

REHABILITERING OCH SAMORDNING

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

Delrapport 2: Kvalitetsbedömning av forskning inom Rehsam-satsningen

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 har under året också genomfört 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

- göra en vetenskaplig kvalitetsbedömning av den forskning som genomförts inom Rehsam-satsningen
- göra en kunskapssammanställning av forskningen inom de områden satsningen innefattar
- i samråd med myndigheter och aktörer informera om forskningsresultaten och utveckla en modell för målgruppsanpassad information
- lämna förslag på forskningsområden som bedöms finnas behov att finansiera

I denna rapport redovisar vi resultat av arbetet med att göra en vetenskaplig kvalitetsbedömning av forskningen. Då många projekt inte hade slutrapporterat under 2014, har detta arbete inte kunna genomföras förrän under 2015. Fortfarande är inte alla projekt avslutade och rapporterade, varför vi här kan presentera de resultat som rapporterats fram till 4 december 2015. Uppdraget att göra den vetenskapliga kvalitetsbedömningen har gått till professorerna Gunnar Aronsson och Ulf Lundberg, Stockholms universitet. Till arbetet har knutits en referensgrupp bestående av Kjell Torén, Göteborgs universitet, Gunnel Hensing, Göteborgs universitet, Irene Jensen, Karolinska institutet, Staffan Marklund, Karolinska institutet och Bo Melin, Karolinska institutet.

Bland huvudresultat från genomgången kan konstateras att den tidshorisont som Rehsamprojekten planerades för var för kort: rekrytering av patienter har tagit längre

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**

tid än beräknat och uppföljningen bör sträcka sig ett år efter avslutad insats. Vidare har få projekt involverat insatser på arbetsplatserna, men resultat från dessa talar för positiv effekt av insatserna.

Sammanfattningsvis bör fortsatt forskning inom området planeras för längre projekttid och innefatta insatser på arbetsplatsen.

Forte räknar med att under 2016 återkomma med analys av de studier som ännu inte har slutrapporterat. Vi kommer parallellt att i samråd med myndigheter och aktörer informera om forskningsresultat och utveckla målgruppsanpassad information.

Ewa Ståldal
Generaldirektör

Peter Allebeck
Huvudsekreterare

Insatser för att förhindra sjukfrånvaro vid psykiska och muskuloskeletala problem

En utvärdering av REHSAMs forskningsprogram

Gunnar Aronsson

Ulf Lundberg ¹

Psykologiska institutionen

Stockholms universitet

¹ Författarna svarar till lika delar för studien

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	5
Inledning.....	6
Rehabiliteringsgarantin	7
Forskningsprogrammet REHSAM.....	7
REHSAM-programmets metodkrav för medel till forskningsprojekten.....	8
Uppföljning och utvärdering av REHSAM	8
Studiens syfte	8
Metod	9
Beviljade projekt och underlag för utvärdering.....	9
Utfallsmått – total sjukfrånvaro och arbetsförmåga	9
Kriterier för vetenskaplig kvalitet	9
Resultat.....	14
Inledning.....	14
Muskuloskeletala problem	15
Muskuloskeletala problem– sammanfattningar av projekt.....	17
Psykiska problem.....	25
Psykiska problem - sammanfattningar av projekt.....	28
Psykiska och muskuloskeletala problem.....	34
Psykiska och muskuloskeletala problem – sammanfattning av projekt.....	35
Projekten i förhållande till utlysningsskriterierna och vetenskaplig kvalitet	36
Positiva effekter	36
Sammanfattning och diskussion	37
Projektens uppläggning	37
Evidens.....	37
Fortsatt forskning.....	38
Referenser.....	40

Sammanfattning

Regeringen avsatte 2009 medel för forskningsprogrammet REHSAM. Huvudsyftet var att öka den evidensbaserade kunskapsmassan kring vilka insatser som bäst bidrar till rehabilitering av personer som är sjukskrivna, eller riskerar att bli sjukskrivna, på grund av psykiska eller muskuloskeletala problem. Syftet med föreliggande studie var att undersöka i vad mån REHSAM-programmet och de enskilda projekten har kunnat bidra till detta.

Enligt utlysningen skulle projekten vara interventionsinriktade, kontrollerade och helst randomiserade (RCT), och power-analyser göras för att få tillräckligt stora försöksgrupper. Obligatoriska utfallsmått var ”total sjukfrånvaro” eller återgång i arbete (RTW) och arbetsförmåga och studierna skulle planeras med en uppföljningstid om minst ett år efter avslutad insats. 24 forskningsprojekt beviljades medel för två år under åren 2009-2011. I två fall har två projekt senare slagits samman till ett.

Av de 14 hittills slutrapporterade RCT-projekten (ett projekt var en kvalitativ intervjustudie) har två bedömts vara av hög och 7 av medelhög vetenskaplig kvalitet. Fem bedömdes vara av låg kvalitet, främst på grund av otillräckligt antal deltagare och stort bortfall, i fyra fall cirka 50%. Den faktiska tidsperioden mellan projektstart och slutrapport har varierat mellan 3 och 6 år och 7 projekt har hittills (4 december 2015) inte slutrapporterats. Endast 9 av de 14 RCT-projekten har följt upp interventionerna i ett år eller mer. I två fall har uppföljning endast gjorts direkt efter avslutad behandling. I två fall saknas mått på RTW och i 7 fall rapporteras inget resultat för arbetsförmåga. Små grupper och/eller mycket sned könsfördelning har medfört att analyser utifrån kön i allmänhet inte varit meningsfulla.

Endast tre projekt visade signifikanta positiva effekter för RTW (minskad sjukfrånvaro) av den aktiva interventionen, två av dessa involverade insatser på arbetsplatsen, en gällande muskuloskeletala problem och en psykiska problem. Det tredje projektet med inriktning på smärta i nacke/skuldra visade positiva effekter på RTW av speciellt anpassad sjukgymnastik.

REHSAM-projektens resultat pekar i samma riktning som en tidigare internationell kunskapsöversikt och stärker slutsatsen att rehabiliteringsinsatser och interventioner även bör omfatta arbetsplatsen.

Mot bakgrund av projektens svårigheter att uppfylla metodmålen är det inte helt förvånande att REHSAM-projekten som helhet hittills ger svagt stöd för vilka interventioner som bäst främjar ökad arbetsförmåga och RTW efter sjukskrivning pga muskuloskeletala och psykiska problem. Detta innebär också att redovisningen av kostnadsberäkningarna och hur framgångsrika metoder skulle kunna införas i praktisk rehabiliteringsverksamhet blir av begränsat värde.

I kommande programsatsningar bör projekttiden vara betydligt längre än två år för att möjliggöra rekrytering av tillräckligt antal deltagare, organisera behandlingsinsatserna och en uppföljning under minst ett år. Insatser på arbetsplatsen skall ingå i projekten.

Inledning

Sjukskrivningsnivån i Sverige bestäms av inflödet till och utflödet från sjukförsäkringen till sjuk- och aktivitetsersättning, pensionering eller återgång i lönearbete. Diskussionen i Sverige sedan slutet av 1990-talet har med få undantag dominerats av uppfattningen att sjukfrånvaron är för hög och bör minska. Över tid har sjukfrånvaron varierat kraftigt både rent kvantitativt men också med avseende på sjukskrivningarnas längd och orsak (Försäkringskassan, 2015). Under 1980-talet dominerade de korta sjukskrivningarna – korttidsfrånvaron. Vid den uppgång som började 1997 och nådde sin topp 2003 var det framförallt de långa sjukskrivningarna som bidrog till det höga frånvarotalet. Sjukdomspanoramata under senare år kännetecknas av att andelen sjukskrivningar i psykiska diagnoser ökar medan andelen i muskuloskeletala minskar (Försäkringskassan, 2013; Vingård, 2015). Dessa två diagnoser har länge varit de vanligaste orsakerna till långtidssjukskrivning i Sverige och en stor del av västvärlden. I Sverige svarar de tillsammans för cirka 60% av sjukskrivningarna som registreras av Försäkringskassan. En annan stabil trend är att kvinnors andel av sjukskrivningarna ökar (Försäkringskassan, 2015).

Långtidssjukskrivningars stora andel av den totala sjukfrånvaron innebär att effektiva insatser och åtgärder som reducerar tiden för återgång i arbete kan ha stor betydelse. Ökad användning och tillämpning av vetenskaplig evidensbaserad kunskap kan förhindra förtida pensioneringar, vilket kommer att betyda mycket både för enskilda människors livskvalitet och för samhällets kostnader för ohälsa. Ett steg i riktning mot en starkare evidensbaserad praktik inom företagshälsovården har tagits genom de av Företagshälsans riktlinjegrupp nyligen publicerade riktlinjerna för utredning och åtgärder vid psykisk ohälsa på arbetsplatsen (Företagshälsans riktlinjegrupp, 2015).

Nyligen genomfördes en internationell kunskapssammanställning, som byggde på metaanalyser av interventioner för återgång i arbete (return-to-work, RTW) i samband med psykiska och muskuloskeletala problem (Aronsson & Lundberg, 2015). Syftet var att summera den vetenskapliga evidensen i systematiska forskningsöversikter av interventioner för att främja återgång i arbete efter sjukskrivning, minskad sjukfrånvaro och förbättrad arbetsförmåga. Underlaget utgjordes av 17 relevanta översiktsartiklar av hög vetenskaplig kvalitet, vars slutsatser baserades på drygt 350 kontrollerade randomiserade (RCT) originalstudier. Elva översikter gällde muskelsmärta, huvudsakligen ryggproblem, tre gällde psykiska problem, såsom depression, ångest, oro och reaktioner på stress, och tre gällde blandade muskuloskeletala och psykiska problem.

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 problem. Det vetenskapliga underlaget för multimodala interventioner mot psykiska problem 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 fysioterapi, 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. Psykoterapi eller fysioterapi 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. I några av översiktsartiklarna dras slutsatsen att insatserna bör sättas in relativt tidigt men mera specifik information om när man kan förvänta sig de mest positiva resultaten framgår dock inte av dessa översiktsstudier och systematisk forskning saknas. Det saknas

också forskning kring vilka komponenter i de multimodala behandlingarna, förutom insatser på arbetsplatsen, som är mest effektiva.

Det kan tyckas förvånande att enskilda etablerade behandlingsmetoder som kognitiv beteendeterapi, fysioterapi och medicinering endast i begränsad utsträckning avspeglas i ökad återgång i arbete. Huvudsyftet med dessa behandlingar är dock i första hand att förbättra individens psykiska och fysiska hälsa. Återgång i arbete antas sedan vara en naturlig följd av förbättrad hälsa. I vissa fall kan dock återgång i arbete vara olämpligt, t ex om problemen har orsakats av individens arbetsförhållanden. Här saknas i stort sett forskning men sannolikt är risken för återfall i sjukskrivning förhöjd. I dessa fall krävs att insatser samtidigt görs för att förbättra arbetssituationen.

Rehabiliteringsgarantin

Med utgångspunkt från den kraftiga uppgången i sjukfrånvaron vid sekelskiftet togs ett antal initiativ från regering och myndigheter för att reducera såväl inflödet till sjukförsäkringen som tiden till återgång i arbete. Den sannolikt största satsningen var Rehabiliteringsgarantin, som 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 lätta till medelsvåra psykiska problem som depression, ångesttillstånd och stress. För ersättning inom rehabiliteringsgarantin, som startade 2007, krävdes att behandling baserades på de medicinska behandlings- och rehabiliteringsmetoder, som utifrån främst rapporter från Statens beredning för medicinsk utvärdering (2010, 2013 a, b) bedömdes ha evidens för reduktion av sjukfrånvarotiden fram till att personer åter var i arbete. De behandlingar som omfattades av garantin var multimodal rehabilitering (för en närmare beskrivning se SBU, 2010) för icke specifik muskelsmärta och olika former av kognitiv beteendeterapi för psykiska problem (REHSAM, odaterat, SBU 2014a). Ekonomiskt baserades Rehabgarantin på en överenskommelse mellan Staten och Sveriges Kommuner och Landsting för åren 2007-2015 med målet att förebygga sjukskrivningar och stödja kvinnor och män i arbetsför ålder att återgå i arbete. Överenskommelsen innebar att regeringen lämnade ett särskilt statsbidrag som uppgick mellan 1 miljard kronor till 750 miljoner kronor per år 2007–2015.

Forskningsprogrammet REHSAM

Regeringen avsatte även medel för ett forskningsprogram, REHSAM-forskning (rehabilitering och samordning), för ytterligare utveckling av evidensbaserade behandlingsmetoder. Programmet hade som mål att ”öka den evidensbaserade kunskapsmassan och långsiktigt stimulera framväxten av innovativa lärandemiljöer för samverkan inom rehabiliteringsområdet, som syftar till att återställa arbetsförmågan och återgång i arbetet”. I ett REHSAM-dokument heter det vidare om det långsiktiga syftet med forskningsprogrammet: ”REHSAM ska bidra till ett kostnadseffektivt och långsiktigt hållbart system för rehabilitering av personer som är sjukskrivna, eller riskerar att bli sjukskrivna med diagnoser som ospecifik smärta i nacke axlar och rygg och/eller lätt till medelsvår psykisk ohälsa som depression, ångesttillstånd och stress” (REHSAM, odaterat).

Riktlinjerna för utlysningarna finns i regeringsuppdrag (11:2 S2009/5072SF; 2009-06-25) och de kompletterades med att projekten också borde/skulle ha ett genusperspektiv, göra kostnadseffektivitetsberäkningar, redovisa en implementeringsstrategi för införande av interventionsmodellen i det kliniska arbetet (inom det egna landstinget) samt beskriva samverkan mellan landstinget och utförande universitet.

Vårdalstiftelsen var ansvarig för utlysningssprocessen och ansökningarna expertbedömdes. Tre utlysningar gjordes under åren 2009-2011 och projektbidragen var avsedda för 2 års forskning. I villkoren ingick även att landstingen skulle gå in med resurser och delfinansiera forskningsprogrammen. Huvudsökande för anslagen var respektive landsting och anslag kunde enbart sökas när ett samarbete mellan universitet och landstinget var dokumenterat i ansökan. Representanter för båda parterna skulle skriva under ansökan. Flera landsting kunde gå samman i en ansökan.

REHSAM-programmets metodkrav för medel till forskningsprojekten

En rad metodkrav ställdes på REHSAM-projekten (REHSAM, odatat). Projekten skulle vara interventionsinriktade och studierna skulle vara kontrollerade och helst randomiserade, d v s patienterna skulle slumpmässigt fördelas på olika rehabiliteringsinsatser som kunde jämföras. Storleken på försöksgrupperna skulle räknas fram med hjälp av statistiska metoder (power-analys) och redovisas i ansökan. Obligatoriska utfallsmått var ”total sjukfrånvaro” utan närmare precisering och arbetsförmåga, och de utvärderingsinstrument som användes skulle vara validerade. Studierna skulle planeras med en uppföljningstid om minst ett år efter avslutad insats. I kriterierna för att erhålla anslag fanns inget stipulerat om att interventionen bara riktades mot sjukskrivna.

Därutöver skulle kostnadseffektiviteten utvärderas med en analys av relationen mellan kostnaderna för insatserna och eventuella vinster genom minskning av sjukfrånvaron.

Projekten skulle dessutom redovisa en implementeringsstrategi, som beskrev hur man planerade att samverka för att framgångsrika metoder skulle kunna införas i praktisk rehabiliteringsverksamhet.

Uppföljning och utvärdering av REHSAM

Som en uppföljning av REHSAMs forskningsprogram fick forskningsrådet FORTE 2014 uppdraget, dels att genomföra en internationell kunskapssammanställning kring återgång i arbete vid sjukskrivning, dels att göra en vetenskaplig utvärdering av REHSAM-forskningen. Kunskapssammanställningen har tillställts regeringen och även publicerats i den vetenskapliga rapportserien Arbete och hälsa (Aronsson & Lundberg, 2015). Föreliggande rapport är resultatet av den vetenskapliga utvärderingen av den samlade forskning som hittills slutredovisats i de projekt som beviljades medel inom REHSAMs forskningsprogram.

Studiens syfte

Huvudsyftet med REHSAMs forskningssatsning var att öka den evidensbaserade kunskapsmassan kring vilka insatser som bäst bidrar till ökad arbetsförmåga och återgång i arbete efter sjukskrivning på grund av psykiska eller muskuloskeletala problem. Syftet med föreliggande studie är att undersöka i vad mån REHSAM-programmet och de enskilda projekten har kunnat bidra till detta. Studien baseras på en genomgång av vetenskaplig metod och resultat av de projekt som redovisats. Det faktum att slutredovisning ännu inte gjorts för några studier vägs också in i utvärderingen av programmet som helhet.

Metod

Beviljade projekt och underlag för utvärdering

Totalt inkom 76 ansökningar. 24 projekt har fått delvis eller full finansiering till en summa av cirka 75 MKR (Tabell 1). 8 projekt beviljades medel i respektive omgång. Av de 24 beviljade projekten rör 12 psykiska och 12 muskuloskeletala problem. Projekten är verksamma i totalt 11 landsting/regioner. Senare slogs några projekt ihop så att totalt 22 projekt bildades. 15 slutrapporter har hittills (4 december) inkommit till Försäkringskassan, vilka ligger till grund för denna rapport. Den faktiska projekttiden har varierat mellan 3 och 6 år. Uppföljningstiderna fördelas enligt följande:

- 9 rapporter 1 års uppföljning
- 1 rapport 9 månaders uppföljning
- 2 rapporter 6 månaders uppföljning
- 2 rapporter 3 månaders (eller kortare) uppföljning

En rapport baseras på en intervjustudie och saknar uppföljning.

Utifrån kraven i utlysningen kan även följande noteras:

- 2 av rapporterna redovisar i dagsläget inte någon form av data på återgång i arbete/minskad sjukskrivning eller ökad arbetsförmåga
- 11 av rapporterna redovisar kostnadseffektivitetsberäkningar
- Analyser utifrån ett genusperspektiv rapporteras endast i enstaka fall.

Slutrapporterna har följt ett enhetligt mönster enligt Försäkringskassans rekommendationer. I denna rapport har slutrapporterna jämförts med projektplanerna i ansökningarna och de metodkrav som angavs i utlysningen.

Utfallsmått – total sjukfrånvaro och arbetsförmåga

I utlysningsskraven fanns två obligatoriska mått – ”total sjukfrånvaro” utan närmare precisering och arbetsförmåga - samt krav på en uppföljningstid på minst ett år. I den vetenskapliga litteraturen finns en rad olika sjukfrånvaromått och många olika frånvaromått och mätpunkter har även använts i de genomförda empiriska studierna. Sjukfrånvarodata har insamlats dels via självrapportering, dels via data från Försäkringskassans register rörande ersättning, vilka dock inte innefattar arbetsgivarperioden (14 dagar). Det finns också en fördröjning i tillgänglighet till data från Försäkringskassan som leder till att publicering av projektresultat kan försenas. Till svårigheterna hör även att sjukfrånvaro kan vara på deltid.

Arbetsförmåga har vanligen mätts med instrumentet Work Ability Index, WAI (de Zwart et al., 2002; Ilmarinen, 2007), och i ett fall med instrumentet Dialogue about working ability (DOA) (Norrby & Linddahl, 2006). Både dessa instrument har dokumenterat god reliabilitet.

Kriterier för vetenskaplig kvalitet

För att erhålla medel krävdes som tidigare nämnts att studierna skulle vara interventionsinriktade, kontrollerade och helst randomiserade, dvs ha en design som kunde ge studiernas resultat hög evidens för praktiska åtgärder. Med detta

som utgångspunkt har studiernas vetenskapliga kvalitet bedömts som hög, medelhög eller låg. I bedömningarna har antal deltagare jämförts med vad som ansetts nödvändigt enligt power-beräkningen i ansökan, omfattningen av bortfallet vid uppföljningen, självrapporterat eller objektiva utfallsmått och tidpunkt för uppföljningen. Samtliga projekt utom en kvalitativ intervjustudie (RS2010-008) bygger på RCT-design.

1. Hög kvalitet:
 - a. antalet deltagare är i samma storleksordning som power-beräkningen anger
 - b. bortfallet vid uppföljningen är <25%
 - c. uppföljning görs tidigast 6 månader efter avslutad behandling
 - d. utfallsmåttet är validerat, dvs. bygger inte enbart på självskattningar av sjukfrånvaro. Instrumenten WAI och DOA har här betraktats som valida instrument för att mäta arbetsförmåga.
2. Medelhög kvalitet: projektet uppfyller inte ett eller två av ovanstående fyra kriterier.
3. Låg kvalitet: projektet uppfyller inte tre av ovanstående fyra kriterier.

Tabell 1. Översikt av beviljade projektmedel enligt diagnos och i kronologisk ordning

Projekt nr och ansvarig forskare	Titel	Sökande	Anslag	Projektlängd till slutrapport
Muskuloskeletala problem				
RS2009/006 Fahlström et al.	Multimodal smärtrehabilitering med "fjärrkontroll".	Västerbottens läns landsting	600 000 för en pilot (genomförd).	Se 2010/005 nedan och not 1.
RS2009/007 Linton et al. (2009 - sept-2013)	Implementering av tidiga arbetsplatsbaserade preventiva insatser för personer med smärtrelaterad funktionsnedsättning.	Örebro läns landsting	1 910 000	4 år
RS2009/010 Gerdle et al. (2009 - mars 2013)	Acceptansorienterad KBT via internet vid multimodal rehabilitering av långvarig smärta i nacke - skuldra och ländrygg.	Landstinget i Östergötland	2 500 000	4 år
RS2009/011 Lundqvist et al. (2009 - aug 2013)	Effekter av guidad basal kroppskänedom för reducering av smärta i nacke och axlar hos personer med synnedsättning.	Örebro läns landsting	1 200 000	4 år
RS2009/014 Gustavsson et al. (2009 - feb 2014)	Aktivitets- och livsrollsorienterad arbetsrehabilitering i primärvård; en randomiserad kontrollerad intervention för återgång i arbete.	Landstinget i Dalarna	832 500	5 år
RS2010/002 Gerdle et al. (2010 - maj 2014)	Multimodala rehabiliteringsprogram vid långvarig smärta levererade av en behandlare.	Landstinget i Östergötland	5 000 000	4 år
RS2010/005 Fahlström et al.	"Multimodal smärtrehabilitering med fjärrkontroll"	Västerbottens läns landsting	4 500 000	Avstod då man ej fann annan finansieringskälla
RS2010/008 Müllersdorf et al.	Kronisk muskuloskeletal smärta hos irakiska kvinnor som flytt till Sverige, upplevda orsaker och förslag till åtgärd, behovsbedömning och intervention.	Landstinget i Sörmland	1 500 000	Intervjustu-die. Ingen uppföljning.
RS2010/009 Peolsson et al. (2010 - dec 2013)	Vad tillför nackspecifik träning utöver multimodal rehabilitering för personer med långvariga problem av Whiplashskada.	Landstinget i Sörmland <i>Medsökande</i> Landstingen i Östergötland och Örebro.	4 500 000	3 år
RS2010/025 Gard et al.	Skräddarsytt web-stöd som tillägg till multimodal	Norrbottnens läns landsting	4 800 000	5 år

(2010 – dec 2015) ihopslaget med RS2011/008 Zingmark et al.	smärtrehabilitering inom primärvård.	Norrbottnens läns landsting	5 000 000	Uppföljning planeras i mars 2016
RS2011/002 Gerdle et al. ihopslaget med RS2011/007 Stålnacke	Utveckling av ett instrument för bedömning, urval till och utvärdering av multimodal rehabilitering i primärvård	Östergötlands läns landsting Västerbottens läns landsting	2 600 000 2 600 000	Ej slut-rapporterat
RS2011/005 Grahn et al.	WorkUp. Tidig strukturerad vård med motivations- och arbetsplatsintervention för förbättrad arbetsförmåga vid nack-, skulder- och/eller ryggsmärta. En prospektiv parvis klusterrandomiserad kontrollerad studie inom primärvården med ett års uppföljning	Region Skåne	5 500 000	Ej slut-rapporterat

- 1) Sökte pengar i andra utlysningssyften. Beviljades medel men landstinget tackade Nej då man inte kunde få full finansiering.

Psykiska problem				
RS2009/009 Slunga et al. (2009 – sept 2015)	Effekter av kognitiv och fysisk träning som tillägg till ett multifaktoriellt rehabiliteringsprogram för patienter med utmattningssyndrom.	Västerbottens läns landsting	2 000 000	6 år
RS2009/016 Perseius et al. (2009 – mars 2013)	Problembaserad metod, en genväg till förbättrad arbets-förmåga hos personer med lätta och medelsvåra depressioner, ångestsyndrom och stress? En randomiserad design.	Landstinget i Kalmar län <i>Medsökande</i> 1 Landstinget I Jönköpings län	1 800 000	4 år
RS2009/027 Forsell et al. (2009 - dec 2014)	REGASSA - Psykisk ohälsa - randomiserad klinisk prövning av internetbaserad KBT, fysisk aktivitet och TAU på sjukskrivning och arbetsförmåga.	Stockholms läns landsting Medsökande Region Skåne	6 000 000	5 år
RS2010/006 Björkelund et al. (2010 – nov 2013)	Har datoriserad kognitiv terapi positiv effekt på funktion, arbetsförmåga och sjukskrivningseffekt vid mild till måttlig depression i primärvården?	Västra Götalands-regionen	5 000 000	3 år
RS2010/013 Holmqvist	Randomiserad undersökning av depressionsbehandling med Interpersonell psykoterapi (IPT) och kognitiv beteendeterapi (KBT).	Landstinget i Västernorrland	2 000 000	Ej slut-rapporterat
RS2010/014 Bejerholm et al. (2010 – maj 2015)	Kortare sjukfrånvaro och optimering av rehabiliteringsinsatser. En Individual Enabling and Support, IES, modell för ett fungerande arbetsliv för personer med depression.	Region Skåne <i>Medsökande</i> Västra Götalands-regionen	5 000 000	5 år
RS2010/017 Jonsdottir	Bedömning och träning av kritiska funktioner av betydelse för tidig och hållbar arbetsåtergång för patienter med utmattningssyndrom.	Västra Götalands-regionen	3 000 000	Ej slut-rapporterat
RS2011/003 Björkelund et al. (2011 – nov 2013 + juni 2015)	MADRS-S och patient centrerade besök i primärvården vid depression - kortare sjukskrivning och bättre funktion?	Västra Götalands-regionen	3 500 000	4 år
RS2011/004 Sandell et al.	POSE. Psykoterapeutiskt utfall och självvalseffekter för paniksyndrom.	Region Skåne	1 650 000	Ej slut-rapporterat
RS2011/009 Holländare et al.	Regional studie av Internet-baserad återfallsprevention som tillägg till en delvis framgångsrik antidepressiv medicinering.	Örebro läns landsting	2 200 000	Ej slut-rapporterat
RS2011/012 Tengström et al.	Rehabilitering av psykiatriska tillstånd - interventions studie rörande faktorer av betydelse för arbetsåtergång	Stockholms läns landsting	2 500 000 Delprojekt 3	Ej slut-rapporterat

Muskuloskeletal och psykiska problem				
RS2011/010 Anderzen et al. (2011 – sep 2014)	VITALIS - Tillbaka till livet och tillbaka till arbete	Uppsala läns landsting	2 200 000	3 år

Resultat

Inledning

I den internationella forskningen finns en stor mängd olika indikatorer på vad som kallas RTW (Return-To-Work), men sjukfrånvaro och daglig arbetstid i en eller annan mening ingår som regel i måttet. I en genomgång av forskningen inom området gör Wasiak och medarbetare (2007) en tredelning i RTW-utfall: mätbara egenskaper (vanligtvis tidsmått), dimensioner som är de relevanta parametrarna i RTW, samt instrumenten för att mäta och kvantifiera RTW. I en genomgång av epidemiologiska studier om sjukfrånvaro påpekas att valet av sjukfrånvaroindikator sällan diskuteras (Hensing, Alexanderson, Allebeck & Bjurulf, 1998). Forskarna argumenterar för att valet av sjukfrånvaroindikator bör avgöras utifrån studiens mål och målpopulation och presenterar fem grundläggande mått för epidemiologiska studier. Dessa är frekvens (antal frånvarotillfällen), längd (antal frånvarodagar vid olika tillfällen), genomsnittlig varaktighet (genomsnittliga antalet frånvarodagar per frånvarotillfälle), ackumulerad frånvaro (andel med sjukfrånvaro under en avgränsad tidsperiod) och varaktighet (antal frånvarodagar vid nya tillfällen).

I REHSAM-projekten används många olika utfallsmått för sjukfrånvaro. Några projekt redovisar flera mått medan andra bara enstaka. I några projekt saknas eller redovisas inte sjukfrånvaromätningar och det är bara undantagsvis som det i slutrapporterna ges någon utförligare argumentation för valet av mått eller indikator på RTW. Exempel på mått är att räkna antal dagar till återgång i arbetet oavsett daglig arbetstid från interventionens/behandlings slut. Ett annat är att räkna genomsnittliga antalet sjukdagar per månad under uppföljningstiden. En ytterligare 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 variation mellan olika studier, såväl vad gäller uppföljningarnas längd som antal uppföljningstillfällen. I de flesta fall är dessa mått självrapporterade, men ibland har forskarna undersökt om personen faktiskt är i arbete, vanligtvis via Försäkringskassans register där det framgår om personen inte längre är sjukskriven.

Som framgår av Tabell 2-4 har inte alla projekt redovisat sjukfrånvaromått i slutrapporten. Det framgår inte heller tydligt av en del slutrapporter om forskarna följt upp frånvaro och inte heller om de som ingick i interventionen var sjukskrivna eller om de valdes ut för att de sökt vård för sina problem och därför uppfattades vara i riskzonen för sjukfrånvaro. Vi har trots detta, d v s att det ibland är oklart hur stor andel av deltagarna som var sjukskrivna från början, valt att i den fortsatta texten använda begreppet RTW/sjukfrånvaro, som allmän beteckning för utfallet av interventionen.

Granskningen visar således att det finns en heterogenitet i mått på RTW i de olika projekten, som inte meningsfullt kan redovisas i detalj eller evalueras i föreliggande rapport. Något mer detaljerade uppgifter om mått finns i sammanfattningarna av respektive projekt. För varje projekt är det centrala att RTW eller arbetsförmåga mäts lika i de grupper som jämförts. I de sammanfattande tabellerna 2, 3 och 4 har vi redovisat utfallet oberoende av vilket mått man använt.

Vad gäller mått på arbetsförmåga är studierna långt mer enhetliga och när arbetsförmågemätningar gjorts har som nämnts de flesta forskarna använt WAI.

Utöver dessa utfallsmått har man i flertalet projekt även mätt graden av symtomlindring efter behandling, d v s vanligen graden av smärta vid muskuloskeletala problem och graden av depression, ångest eller stress vid psykisk ohälsa. Dessa resultat redovisas också i Tabell 2, 3 och 4. Endast statistiskt signifikanta resultat ($p < .05$) redovisas i tabellerna. Instrumenten för att mäta symtomlindring har såvitt vi kan bedöma varit väl etablerade.

Med undantag för en intervjustudie (RS2010/008) är projekten genomgående upplagda som kontrollerade randomiserade (RCT) studier, d v s patienterna har slumpmässigt fördelats på olika rehabiliteringsinsatser, ibland på individnivå, ibland på gruppnivå.

Omfattningen av bortfallet av deltagare vid uppföljningen redovisas i sammanfattningen av projekten nedan. Vid stort bortfall finns risk för snedvridning av resultaten på grund av selektivt bortfall i interventions- och kontrollgrupp.

Muskuloskeletala problem

Muskuloskeletala problem omfattar värk i övre rörelseapparaten (nacke, skuldror, armar) eller rygg, vanligtvis ländrygg. Både personer med akut och kronisk smärta med oklar etiologi har ingått i projekten. I de flesta fall blandas olika typer av muskuloskeletala problem i studierna. Undantag är projekten som rör personer med specifika problem som synnedsättning i kombination med kronisk smärta i nacke/skuldra (RS2009-011) och whiplash-skada (RS2010-009). Hittills har 8 projekt rörande muskuloskeletala problem slutredovisats, varav 7 RCT-studier.

Som framgår av Tabell 2 är det bara två projekt som intervenerar på arbetsplatsen (Linton och Gustavsson) och det saknas mått på arbetsförmåga i slutrapporterna i alla projekt utom två.

De flesta interventionstyperna gav positiva resultat i form av minskade problem/symtom, men endast i två fall (Linton, Lundqvist) ger interventionen signifikant bättre resultat i form av minskad sjukskrivning eller ökad RTW jämfört med kontrollbetingelsen. Båda projekten bedömdes vara av medelhög vetenskaplig kvalitet. I Lintons studie jämfördes preventiv intervention, som bland annat omfattade KBT och insatser på arbetsplatsen, med sedvanlig behandling och uppföljningen gjordes efter 6 månader. I Lundqvists studie jämfördes en speciell form av sjukgymnastik med ingen behandling alls och uppföljningen gjordes efter 12 månader. Den enda studien med hög vetenskaplig kvalitet (Gard) visar positiva effekter efter 12 månader på arbetsförmåga och smärtintensitet i båda betingelserna, men ingen signifikant skillnad mellan dem.

Tabell 2. Sammanfattning av resultaten från 7 RCT-projekt gällande muskuloskeletala problem.

Studie	Intervention	Jämförelse	Uppföljnings-tid	Kva-litet	Utfall: RTW/sjukfrånvaro	Utfall: Arbets-förmåga	Utfall: Symtom
RS2009-007 Linton et al. (2009-sept-2013)	Preventiv intervention (bl a KBT) inkl. arbetsplatsen	TAU	6 mån	M	Preventiv intervention gav lägre sjukfrånvaro.	Saknas	Bättre hälsostatus och mindre smärta i interventionsgruppen.
RS2009-010 Gerdle et al. (2009-mars 2013)	Internetbaserad acceptans-orienterad KBT + MM	MM	6 mån	L	Saknas	Saknas	Ingen skillnad i symtom mellan interventions- och kontrollgrupp.
RS2009-011 Lundqvist et al. (2009-aug 2013)	Sjukgymnastik	Ingen behandling	12 mån	M	Sjukgymnastik gav lägre sjukfrånvaro.	Saknas	Smärta minskade mer efter sjukgymnastik.
RS2009-014 Gustavsson et al. (2009-feb 2014)	ALAR (arbetsrehabilitering)	MM (TAU)	12 mån	L	Ingen skillnad i sjukfrånvaro.	Saknas	Ingen skillnad mellan grupperna vad gäller hur nöjd man var med behandlingen.
RS 2010-002 Gerdle et al. (2010-maj 2014)	ACT + stresshantering resp. fysisk träning	Grupp-baserad diskussion kring smärta	7 veckor	L	Saknas	Saknas	Minskad smärta efter fysisk träning jämfört med övriga behandlingar.
RS2010-009 Peolsson et al. (2010-dec 2013)	Nackspecifik träning (NST) under 3 mån	MM resp. FaR	12 mån	M	Ingen skillnad i sjukfrånvaro.	MM gav bättre arbetsförmåga än FaR	Större smärtreduktion efter NST och MM jämfört med FaR.
RS2010-025 Gard et al. (2010-dec 2015)	MM + web-program	MM	4 och 12 mån	H	Saknas	Ingen skillnad i arbetsförmåga	Ingen skillnad i self-efficacy.

Förklaringar: ACT = Acceptance commitment therapy, FaR = fysisk aktivitet på recept, KBT = kognitiv beteendeterapi, L = låg vetenskaplig kvalitet, M = medelhög vetenskaplig kvalitet, H = hög vetenskaplig kvalitet, MM = multimodal intervention, TAU = treatment as usual, RTW = return to work.

Muskuloskeletal problem– sammanfattningar av projekt

RS2009-007 Steven Linton **Implementering av tidiga, arbetsplatsbaserade, preventiva insatser för personer med smärtrelaterad funktionsnedsättning.**

Syfte: Att jämföra sedvanlig vård (TAU) med preventiv intervention (WWP) vad gäller muskuloskeletal smärta.

Metod: En randomiserad kontrollerad studie (RCT) där deltagarna slumpmässigt tilldelades en av två behandlingar: sedvanlig vård (TAU, n=72) eller preventiv intervention (WWP, n=68). Den anställdes arbetsledare utgjorde enhet för randomiseringen. Uppföljning 6 månader efter intervention (1 år enligt ansökan). Bortfall vid uppföljning 22 procent (TAU=17%, WWP=26%).

Deltagare: Totalt 140 kommunal- och landstingsanställda personer (130 kvinnor = 94%), som led av muskuloskeletal smärta. Inklusionskriterier: (1) pågående muskuloskeletal smärta som varat i max 1 år, (2) risk för utveckling av kronisk muskuloskeletal smärta enligt screening-instrument, (3) anställd, (4) tillstånd att kontakt tas med arbetsledare för deltagande i studien, (5) inga ytterligare medicinska komplikationer som försvårar behandlingen. Enligt ansökans power-beräkning krävdes totalt 150 deltagare till randomisering. Dessutom krävdes att den anställdes arbetsledare medverkade i studien.

Intervention

Det nya med denna ansats är att behandlingen levereras på två olika nivåer samtidigt. För det första riktar sig interventionen mot personer som lider av muskuloskeletal smärta. För det andra, riktar den sig också mot en bredare arbetsplatskontext med speciellt fokus på arbetsledare som spelar en viktig roll i utformning av arbetsmiljön. Interventionen pågick i 8 veckor.

Screening: Först användes ett screeningsinstrument avsett för att tidigt identifiera personer med hög risk för att utveckla kroniska smärtproblem, samt en kort preventiv intervention baserad huvudsakligen på KBT-tekniker. Arbetsledare för 150 anställda randomiserade till (1) behandling som vanligt (TAU: $n_{\text{supervisors}} = 32$, $n_{\text{workers}} = 68$) och preventiv intervention (WWP: $n_{\text{supervisors}} = 29$; $n_{\text{workers}} = 72$). Behandlingen ägde rum på Landstingshälsans vårdcentral där den anställda och arbetsledaren fick fokusera på vilka arbetsrelaterade hinder som smärtproblemen gav upphov till. 110 personer fanns kvar vid uppföljningen: TAU, n = 56, WWP, n = 54. Bortfallet = 21%, något olika i interventions- och kontrollgrupp. Självrapporterad sjukfrånvaro.

Individintervention: Huvudsyftet var att öka den anställdes egen förmåga att hantera problem som kunde uppstå till följd av smärtproblematiken genom information, diskussion och träning.

Arbetsledarintervention: Två individuella sessioner (90-120 min) med syfte att minimera de psykosociala riskerna för utveckling av kronisk smärta och skapa en stödjande social miljö för den anställda med smärtproblem.

Utfall: Självrapporterad sjukfrånvaro: Resultatet visar att båda grupperna har förbättrats på samtliga utfallsvariabler. Dock visade vid 6 månaders uppföljning

deltagarna från interventionsgruppen signifikant färre sjukskrivningsdagar på grund av smärta de tre senaste månaderna.

Kliniskt:

- 1) Muskuloskeletal smärta: Interventionsgruppen sökte hjälp för sina smärtproblem signifikant mindre frekvent än den grupp som erhållit sedvanlig vård.
- 2) Hälsostatus: Interventionsgruppen bedömde sin hälsostatus som signifikant bättre än deltagarna från den grupp som erhållit sedvanlig vård.

Kommentar: Uppföljning efter 1 år kommer inte att genomföras. Studien publicerad online 23 juli 2015 i Journal of Occupational Rehabilitation.

RS2009-010 Björn Gerdle **Acceptansorienterad KBT via internet vid multimodal rehabilitering av långvarig smärta i nacke-skuldror och ländrygg.**

Syfte: Att undersöka om effekten av multimodal behandling som vanligt (MMRP) bland patienter med kronisk smärta skulle kunna förbättras med ytterligare resurser som levereras genom ett internetbaserat acceptansorienterat tillägg (MMRP-IT).

Metod: En randomiserad kontrollerad studie av patienter med kronisk smärta. Patienterna randomiserades gruppvis till intervention (MMRP-IT) respektive kontrollgrupp (MMRP). Uppföljning efter 6 månader (12 månader enligt ansökan).

Deltagare: Deltagarna rekryterades bland patienter vid ett smärt- och rehabiliteringscenter vid Linköpings universitetssjukhus. 23 patientgrupper med 4-8 individer i varje grupp randomiserades till intervention (MMRP-IT, n=64) respektive kontrollgrupp (MMRP, n=70). Antalet patienter med kronisk smärta som fullföljde denna studie var n = 35 i MMRP och n = 34 i MMRP-IT. Enligt ansökans powerberäkning krävdes totalt 150 deltagare till randomisering. 84% var kvinnor. Bortfall = 49%.

Intervention: Ett internetbaserat acceptansorienterat tillägg (<http://www.mer-it.se>), som är motivationshöjande inledningsvis och vidmakthållande avslutningsvis, till ett befintligt och effektivt multimodalt rehabiliteringsprogram.

Utfall: Att lägga till en Internet-komponent till ett befintligt och effektivt multimodalt rehabiliteringsprogram ökade inte markant de positiva resultaten vad gäller symptom, emotionell funktion, funktionsbegränsning eller hälsa (totalt 26 variabler).

Kommentar: Något mått på sjukfrånvaro eller arbetsförmåga tycks inte ha ingått vid 6-månadersuppföljningen.

RS2009-011 Lars-Olov Lundqvist **Effekter av guidad basal kroppskänedom för reducering av smärta i nacke och axlar hos personer med synnedsättning.**

Syfte: Att utvärdera en anpassad etablerad sjukgymnastisk metod för att minska smärta i nacke/skuldra hos personer med synnedsättning.

Metod: Deltagarna randomiserades i behandlingsgrupp och obehandlad kontrollgrupp stratifierat efter kön och ålder. Uppföljning efter ett år.

Deltagare: 61 personer med synnedsättning och kronisk smärta i nacke/skuldra som var patienter vid SynCentralen vid Örebro läns landsting var inbjudna till studien och av dessa fullföljde 52 personer behandlingen. Enligt ansökans power-beräkning krävdes totalt 80 deltagare till randomisering. Oklar könsfördelning. Bortfall = 15%.

Intervention: En anpassad etablerad sjukgymnastisk metod för att öka kroppsmedvetande, kroppsbehärskning och rörelsemönster. Behandlingen gavs 2 timmar per vecka under 12 veckor.

Utfall

Självrapporterad sjukfrånvaro:

1) T1

T2 Andelen sjukskrivna samt antalet självrapporterade sjukskrivningsdagar minskade mer i behandlingsgruppen än i kontrollgruppen, men först vid ettårsuppföljningen.

Symtom:

T1 Smärta i nacke/skuldra minskade mer i behandlingsgruppen än i kontrollgruppen vid uppföljning direkt efter avslutad intervention mätt med International Classification of Functioning, Disability and Health.

T2 Vid uppföljning ett år efter avslutad intervention var minskningen av smärta fortfarande större (skrivfel i sammanfattningen i rapporten*) i behandlingsgruppen.

Kommentar: Antalet deltagare färre än vad som krävdes enligt power-beräkningen.

* Enligt sammanfattningen: ”Vid uppföljning ett år efter avslutad intervention var minskningen av smärta fortfarande lägre i behandlingsgruppen.” (Gäller även den engelska sammanfattningen.)

RS2009-014 Catharina Gustavsson **Aktivitets- och livsrollsorienterad arbetsrehabilitering i primärvård: en randomiserad kontrollerad intervention för återgång i arbete.**

Syfte: Att jämföra aktivitets- och livsrollsorienterad arbetsrehabilitering (ALAR) med sedvanlig multimodal smärtrehabilitering (MMR) bland patienter med långvarig muskuloskeletal smärta.

Metod: En randomiserad kontrollerad studie. Deltagarna fördelades slumpmässigt genom lottning till att antingen få aktivitets- och livsrollsorienterad arbetsrehabilitering (ALAR) eller sedvanlig multimodal smärtrehabilitering (MMR) på vårdcentralen. Uppföljning efter ett år (två år enligt ansökan).

Deltagare: Personer mellan 18-63 år som sökte vård på grund av långvarig muskuloskeletal smärta (≥ 3 månader) vid 6 vårdcentraler i Landstinget i Dalarna. 65 personer, 54 kvinnor (85%) och 11 män, 23-63 år, inkluderades i studien; varav 33 lottades till ALAR och 31 till MMR. Fullständiga data för både uppföljning efter behandling och 1-årsuppföljningen kunde samlas från 32 deltagare: 15 i ALAR-gruppen och 17 i MMR-gruppen. Enligt ansökans power-beräkning krävdes totalt 233 deltagare till randomisering. Bortfall = 51%.

Intervention: ALAR är ett rehabiliteringsprogram för minskad aktivitetsbegränsning och ökad arbetsförmåga, som utvecklats för att vara tillämpligt i primärvården. ALAR riktar sig till personer med långvariga smärttillstånd. I detta projekt prövade man effekten av ALAR genom att jämföra mot primärvårdens teambaserade multimodala smärtrehabilitering. Effekten av behandlingen (avseende de primära utfallsvariablerna självrapporterad sjukskrivning och faktisk arbetsförmåga liksom kompletterande sekundära utfallsvariabler) följdes upp genom ett självskattningsformulär vid behandlingsavslut (9 veckor), samt vid 1 år räknat från datum för påbörjad behandling. Dessutom telefonintervjuades deltagarna om sjukskrivning och arbetsförmåga, samt hämtades uppgifter om erhållen behandling (antal besök, innehåll i behandlingen och behandlingsperiod) från patientjournalerna på vårdcentralerna.

Utfall: Analyser baserat på de 32 deltagarna med fullständiga data indikerade att ALAR hade en effekt på återgång i arbete mätt som en minskning i självrapporterad sjukfrånvaro vid 1-årsuppföljningen jämfört med före behandlingen. Men det var ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna. Det var ingen skillnad mellan grupperna vad gäller hur nöjd man var med behandlingen.

Kommentar: Antalet deltagare betydligt färre än vad som krävdes enligt power-beräkningen. Uppgift om utfallet för arbetsförmåga saknas.

RS 2010-002 Björn Gerdle **Multimodala rehabiliteringsprogram vid långvarig smärta levererade av en behandlare – En randomiserad studie.**

Syfte: Att jämföra gruppbaserad rehabilitering baserad på konceptet Acceptance and Commitment Training -Stress Management Intervention (ACT-SMI) och gruppbaserad rehabilitering baserad på fysisk träning (Träning) med en kontrollbehandling bland patienter med långvarig muskuloskeletal smärta.

Metod: Patienter med kronisk smärta randomiserades på tre olika insatser som vardera levererades av en behandlare. Uppföljning direkt efter avslutad behandling (7 veckor). (Uppföljning efter 6 och 12 månader enligt ansökan.)

Deltagare: 496 patienter med kronisk rygg- eller nacksmärta rekryterades från ett smärt- och rehabiliteringscenter vid Linköpings universitetssjukhus. 299 av dessa uppfyllde inklusionskriterierna och randomiserades på två olika interventioner (fysisk träning och Acceptance and Commitment Training, ACT-SMI) och en kontrollgrupp. 65 deltagare fullföljde fysisk träning, 60 ACT-SMI och 65 i kontrollgruppen. Enligt ansökans power-beräkning krävdes totalt 320 deltagare till randomisering. 65% kvinnor. Bortfall = 36%.

Intervention: (1) Gruppbaserad rehabilitering baserad på konceptet Acceptance and Commitment Training -Stress Management Intervention (ACT-SMI). (2) Gruppbaserad rehabilitering baserad på fysisk träning (Träning). (3) Gruppbaserade diskussioner om smärta och dess konsekvenser (kontrollgruppen, CON). Interventionerna jämfördes med avseende på långsiktiga effekter på smärta och dess konsekvenser, bland annat upplevd hälsa och återgång till arbete/sjukskrivning.

Utfall: Viktiga resultat vid första uppföljningen direkt efter interventionerna var: 1) Endast Träning visade signifikanta förbättringar i smärtintensitetsaspekter vid mellangrupsjämförelserna. För övriga utfallsområden fanns endast några få signifikanta skillnader till förmån för Träning (FABQ-fysisk aktivitet och LISAT-Leisure). 2) Inomgruppsanalyser visade fler förbättringar i Träningsinterventionen (19 av 35 utfallsvariabler) än i ACT-SMI (7 av 35 utfallsvariabler) och CON (2 av 35 utfallsvariabler). 3) De multivariata analyserna visade en mer komplex bild där flera variabler visade samtidiga förändringar till förmån för både ACT-SMI och Träning i förhållande till CON. Därtill hade Träningsinterventionen fördelar i flera avseenden jämfört med ACT-SMI. 4) Förändring av funktionshinder (ODI) efter den aktuella interventionen kunde till en viss grad förutsägas med hjälp av uppgifter vid baseline i de tre grupperna. Dock fanns det skillnader mellan interventionerna vilka variabler som var viktiga. Den övergripande hypotesen har inte kunnat bekräftas vid utvärderingen direkt efter interventionerna. Istället föreföll Träning vara mer effektivt. Interventionerna kan dock uppvisa olika förlopp långsiktigt.

Kommentar: Uppföljning efter avslutad behandling saknas. Inget mått på sjukfrånvaro eller arbetsförmåga.

RS2010-008 Viktoria Zander **Kronisk muskuloskeletal smärta hos irakiska kvinnor som flytt till Sverige, upplevda orsaker och förslag till åtgärd, behovsbedömning och intervention.**

Syfte: (1) Att beskriva förslag till åtgärder bland irakiska kvinnor som flytt till Sverige och som lider av kronisk muskuloskeletal smärta, (2) att utveckla ett instrument för bedömning av rehabiliteringsbehov samt (3) att genomföra en intervention med detta instrument.

Metod: En kvalitativ studie baserad på intervjuer och frågeformulär med irakiska kvinnor samt personal inom primärvården för att identifiera upplevda orsaker till och finna förslag till åtgärder mot kronisk muskuloskeletal smärta.

Deltagare: 11 irakiska kvinnor med kronisk muskelsmärta (40-55 år) och permanent uppehållstillstånd, som hade bott i Sverige mellan 4 och 12 år, deltog i intervjuerna. Dessutom intervjuades 35 representanter från primärvården (läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och psykologer) från 11 områden med ett stort inslag av personer med irakisk bakgrund.

Intervention: Det instrument som utvecklats på basen av de två intervjustudierna för att stödja personalen inom primärvården har testats under våren och man planerar att använda och utvärdera dem i en kommande interventionsstudie.

Utfall: Analyserna av intervjuerna med kvinnorna baserade på Grounded Theory pekade på att kvinnorna upplevde sig sakna kontroll över sin smärta och sin situation i tillvaron. Deras kamp för att nå kontroll skiftade mellan uppgivenhet och hopp, där deras gudstro hade en avgörande roll. Intervjuerna med representanter för primärvården resulterade i fem temata: (1) orsaker till och påverkan på smärtan, (2) möten med vårdgivare, (3) möten med vården, (4) vårdens åtaganden och (5) övriga behov. Uppfattningen bland vårdpersonalen var att de irakiska kvinnornas smärtproblem hade en multifaktoriell bakgrund där psykosociala faktorer kopplade till konflikter mellan det svenska samhällets syn på arbete och ansvaret för hem och familj spelade en viktig roll.

Kommentar: Utvärderingen av det utvecklade instrumentet kommer inte att genomföras. Projektet har bara en indirekt koppling till arbetsförmåga och sjukfrånvaro. Tre vetenskapliga artiklar har publicerats vilka listas nedan då projektet inte som övriga hade en design för uppföljning.

Müllersdorf, M., Zander, V., & Eriksson, H. (2011). The magnitude of reciprocity in chronic pain management: Experiences of dispersed ethnic populations of Muslim women. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(4), 637-645.

Zander, V., Müllersdorf, M., Christensson, K., & Eriksson, H. (2013). Struggling for sense of control: Everyday life with chronic pain for women of the Iraqi diaspora in Sweden. *Scandinavian journal of public health*, 1403494813492033.

Zander, V., Eriksson, H., Christensson, K., & Müllersdorf, M. (2015). Development of an Interview Guide Identifying the Rehabilitation Needs of Women from the Middle East Living with Chronic Pain. *International journal of environmental research and public health*, 12(10), 12043-12056.

RS2010-009 Anneli Peolsson **Vad tillför nackspecifik träning utöver multimodal rehabilitering för personer med långvariga problem efter whiplashskada?**

Syfte: Att jämföra (A) Nackspecifik träning, (B) Multimodal behandling och (C) fysisk aktivitet på recept (FaR) för behandling av personer med med pisksnärtskada.

Metod: En prospektiv randomiserad kontrollerad multicenterstudie. Deltagarna lottades till en av tre behandlingar. Uppföljning efter 1 år (2 år enligt ansökan).

Deltagare: Deltagare rekryterades genom sökning i patientjournaler vid sex olika landsting, 216 personer (18 till 63 år) med pisksnärtskada (whiplash associated disorders; WAD) (>6 månader och <3 år) grad 2 eller 3 inkluderades. Efter ett år fanns kompletta data för hälsorelaterad livskvalitet (EQ-5D) för 116 personer och skattad arbetsförmåga (WAI) för 67 personer. Enligt ansökans power-beräkning krävdes totalt 200 deltagare till randomisering. 66% kvinnor. Bortfall = 46%.

Intervention: (A) Nackspecifik träning, (B) Multimodal behandling eller (C) fysisk aktivitet på recept (FaR), där nackspecifika övningar inte inkluderades i behandlingen. Träningsperioden pågick i 3 månader med rekommendation om fortsatt träning därefter. Fysisk och psykisk funktion, smärtintensitet, arbetsförmåga samt hälsoekonomisk nytta undersöktes.

Utfall: Vad gäller självskattad arbetsförmåga (WAI) var Multimodala gruppen mer förbättrad än FaR gruppen ($p=0.016$) vid ettårsuppföljningen. Avseende procent arbetstimmar av heltid utfört arbete (enligt FK) var det dock ingen skillnad mellan grupperna ($p=0.19$) utan en förbättring fanns av hela gruppen över tid ($p=0.02$). Nackspecifik funktion och smärta under senaste veckan var mer förbättrad i Nackspecifika och Multimodala gruppen jämfört med FaR ($p=0.003$ till <0.0001). Den Nackspecifika gruppen hade även signifikant mindre rörelserädsla och den Multimodala gruppen hade bättre hälsorelaterad livskvalitet jämfört med FaR gruppen ($p=0.003-0.008$). Vid behandlingsstart förklarades 50 % av arbetsförmågan av självskattad nackspecifik funktion. Nacksmärta just nu förbättrades i samtliga tre grupper över tid ($p<0.0001$), medan bästa och värsta smärtan under senaste veckan endast förbättrades för Nackspecifika och Multimodala gruppen ($p=0.002$ till <0.0001).

RS2010-025 Gunvor Gard **Effekter av multimodal smärtrehabilitering med tillägg av ett webbaserat beteendeförändringsprogram för ökad aktivitet (web-BCPA) – En RCT-studie inom primärvården i Sverige.**

Syfte: Att utvärdera om MMR med ett web-program för beteendeförändring (web-BCPA) kunde förbättra arbetsförmåga och arbetsåtergång och tilltro till att återgå i arbete hos personer med långvarig muskuloskeletal smärta från skuldra, nacke och rygg jämfört med MMR.

Metod: En randomiserad kontrollerad studie genomfördes vid 17 hälsocentraler i Norrbotten certifierade för MMR. Uppföljning efter 4 och 12 månader.

Deltagare: Inklusionskriterierna var långvarig eller återkommande muskuloskeletal smärta från nacke, skuldra eller rygg med en duration av 3 månader eller mer, ålder 18-63 år, med Lintonskattning ≥ 90 , aktiv i arbetslivet eller att stå till arbetsmarknadens förfogande åtminstone 25%. Efter inklusion var deltagarna (85% kvinnor) randomiserade till antingen MMR eller MMR med web-BCPA. 55 deltagare (44% arbetade inte) genomgick MMR+ web-BCPA, 49 (43% arbetade inte) MMR. Enligt power-beräkningar krävdes 84 deltagare i varje grupp (förväntat bortfall = 20%). Vid 4 månader var bortfallet 7 (MMR+ web-BCPA), respektive 9 personer (MMR), vid 12 månader 11 (MMR+ web-BCPA), respektive 8 personer (MMR). Bortfall = 18%.

Intervention: Web-programmet inkluderade pedagogiska texter, uppgifter att utföra och övningar att reflektera över för ökad förståelse och bestod av åtta moduler; 1) smärta, 2) aktivitet, 3) beteende, 4) stress och tankar, 5) sömn och negativa tankar, 6) kommunikation och självkänsla, 7) problemlösningar, 8) framsteg.

Utfall: Det var inga signifikanta skillnader mellan interventionsgrupperna eller skillnad över tid i arbetsförmåga eller self-efficacy gällande arbetsåtergång. Smärtintensitet minskade och funktionsförmåga* ökade signifikant över tid och 20 till 30% av deltagarna i båda grupperna uppnådde MIC (minimal important change), men utan signifikanta skillnader mellan grupperna.

Kommentar: *I rapporten står att funktionsförmågan minskade över tid, men siffrorna i Tabell 6 i slutrapporten visar ökning i WAI-score vid 4 och 12 månaders uppföljning i båda grupperna.

Psykiska problem

Psykiska problem i studierna omfattar depression, ångest, oro, utmattningssyndrom eller liknande ofta stressrelaterade syndrom (ej psykoser, djupare depressioner, svårare trauman). Hittills har 6 projekt rörande psykiska problem och ett som rör både muskuloskeletal och psykiska problem redovisats. Tabell 3 visar resultaten i sammanfattning.

En studie (Perseus) baserad på en jämförelse mellan problembaserad behandling (PBM) och kognitiv beteendeterapi (KBT) visar något förbättrad arbetsförmåga med KBT (2 av 3 delskalor), medan behandlingarna inte skiljer sig åt vad gäller RTW. Uppföljningen i detta fall gjordes dock direkt efter 12 veckors behandling, varför effekter på RTW knappast kan förväntas. Senare uppföljning saknas. Projektet har utifrån dessa förhållanden, samt få deltagare och stort bortfall, bedömts vara av låg vetenskaplig kvalitet.

I en studie av medelhög vetenskaplig kvalitet (Slunga) ingår insatser på arbetsplatsen både i kontroll- och interventionsgrupperna och positiva effekter (arbetsförmåga) rapporteras efter ett år i alla grupper, men ingen signifikant skillnad fanns mellan dem. Bortfallet vid uppföljningen är dock stort (47%).

I Bejerholms studie (medelhög kvalitet) jämfördes insatser på arbetsplatsen med sedvanlig behandling. Resultaten för RTW var positiva då interventionen även inbegrep insatser på arbetsplatsen.

Den enda studien med hög vetenskaplig kvalitet (Forsell) visar ingen signifikant skillnad i RTW eller arbetsförmåga efter ett år för intervention med internetbaserad KBT eller fysisk aktivitet jämfört med sedvanlig behandling.

Som framgår av Tabell 3 är det bara två projekt som intervererat på arbetsplatsen (Slunga och Bejerholm). Arbetsförmåga har mätts i mycket högre utsträckning i projekten med inriktning på psykiska problem än i projekten om muskuloskeletala problem.

Tabell 3. Sammanfattning av resultaten från 6 RCT-projekt av psykiska problem

Studie	Intervention	Jämförelse	Uppföljningstid	Kvalitet	Utfall: RTW/sjukfrånvaro	Utfall: Arbetsförmåga	Utfall: Symtom
RS2009-009 Slunga et al. (2009-sept-2015)	MM (inkl. arbetsplats) + kognitiv resp fysisk träning.	MM (inkl arbetsplatsen)	12 mån	M	Ingen skillnad i sjukfrånvaro.	Ingen skillnad	Minskad utbrändhet vid MM+KBT jämfört med MM. Ingen skillnad i ångest och depression
RS2009-016 Perseus et al (2009-mars 2013)	PBM	KBT	12 veckor	L	Ingen skillnad i sjukfrånvaro	Något bättre för KBT	Minskad ångest, depression och stress i båda grupperna, men något tydligare efter KBT.
RS2009-027 Forsell et al. (2009-dec 2014)	Internetbaserad KBT resp. fysisk aktivitet	TAU	9 mån	H	Ingen skillnad i sjukfrånvaro	Ingen skillnad	Ingen skillnad i depression mellan grupperna.
RS2010-006 Björkelund et al. (2010-nov 2013)	Internetbaserad KBT	TAU	3, 6, 12 mån	L	Ingen skillnad i sjukfrånvaro	Har mätts men ej rapporterat	Ingen skillnad i depression och livskvalitet vid 6 mån. Data saknas för 12 mån.
RS2010-014 Bejerholm (2010-maj 2015)	IES	TAU	12 mån	M	Fler i arbete efter IES.	Upplevelser av ökad egenmakt	Minskad depression efter IES jämfört med TAU

RF11-003 Björkelund et al. (2011- nov 2013 + jun 2015)	Självskattnings-formuläret MADRS-S	TAU	12 mån	M	Ingen skillnad i sjukfrånvaro	Ingen skillnad i arbetsförmåga	Ingen skillnad i depression, livskvalitet eller självskattad hälsa
---	---------------------------------------	-----	--------	---	-------------------------------	--------------------------------	--

Förklaringar: ACT = Acceptance commitment therapy, FaR = fysisk aktivitet på recept, IES = Individual Enabling and Support (arbetsplatsrehabilitering), KBT = kognitiv beteendeterapi, L = låg vetenskaplig kvalitet, M = medelhög vetenskaplig kvalitet, H = hög vetenskaplig kvalitet, MM = multimodal intervention, TAU = treatment as usual, PBM = problembaserad metod, RTW = return to work.

Psykiska problem - sammanfattningar av projekt

RS2009-009 Lisbeth Slunga **Effekter av kognitiv och fysisk träning som tillägg till ett multifaktoriellt rehabiliteringsprogram för patienter med utmattningssyndrom.**

Syfte: Att utvärdera om tillägg av kognitiv eller fysisk träning till en multimodal basrehabilitering (BasRehab) kan ge förbättringar av kognitiv funktion, arbetsförmåga samt minskad sjukfrånvaro bland patienter med utmattningssyndrom.

Metod: Alla patienter deltog under 24 veckor i multimodal basrehabilitering. Efter 12 veckor randomiserades deltagarna i varje grupp till en av följande betingelser: (1) fortsatt multimodal rehabilitering utan tillägg (kontrollbetingelse), (2) tillägg med datorbaserad kognitiv träning eller (3) tillägg med fysisk konditionsträning. Den extra träningen genomfördes under 12 veckor och med tre pass per vecka. Uppföljning efter ett år.

Deltagare: Totalt 161 patienter som var sjukskrivna med diagnosticerade utmattningssyndrom i åldern 18-60 år (133 kvinnor = 83%, 28 män) rekryterades vid Stressrehabiliteringen vid Norrlands universitetssjukhus. Totalt 85 (53%) personer fullföljde behandlingen; 33 från kontrollbetingelsen, 28 från kognitiv träning och 24 från fysisk konditionsträning. Enligt ansökans power-beräkning krävdes totalt 144 deltagare till randomisering. Förväntat bortfall var 20-30 %. Faktiskt bortfall = 47%.

Intervention: Basrehabilitering (multimodal rehabilitering) utfördes av ett multidisciplinärt team och innehåller flera olika komponenter som samordnas med ett gemensamt kognitivt förhållningssätt.

(1) Basrehabiliteringen (kontrollgrupp) bestod av kognitiv beteendearterad terapi i grupp med upp till åtta personer med 24 träffar (en halvdag per vecka), fysisk aktivitet bestående av ett individuellt motiverande samtal enligt fysisk aktivitet på recept (FaR) och arbetslivsinriktade åtgärder. Arbetslivsinriktade åtgärder bestod av återbesök till läkare, avstämningssmöten, kontakter med Försäkringskassan, arbetsgivare, arbetsförmedling m.fl. och stöd till patienten i samband med arbetsträning inklusive eventuellt arbetsplatsbesök.

(2) Efter basrehabiliteringen påbörjas kognitiv datorbaserad träning i den ena interventionsgruppen. Träningen pågick i 40 minuter, 3 gånger/vecka under 12 veckor med totalt 36 sessioner.

(3) I den andra interventionsgruppen påbörjades efter basrehabiliteringen spinning (inomhuscykling) 40 minuter, tre gånger/vecka under 12 veckor med totalt 36 sessioner. Träningen skedde i grupp på ett sportcenter med utbildad spinninginstruktör.

Utfall: Arbetsförmåga (WAI) och hälsorelaterad livskvalitet förbättrades signifikant över tid i alla tre grupperna, men 1 år efter avslut fanns inte några säkra skillnader mellan grupperna i dessa variabler eller i registrerad sjukfrånvaro enligt FK. Graden av utbrändhet minskade signifikant mer i gruppen med KBT jämfört med kontrollgruppen (multimodal rehabilitering).

RS2009-016 Kent-Inge Perseus **Problembaserad metod, en genväg till förbättrad arbetsförmåga hos personer med lätta och medelsvåra depressioner, ångestsyndrom och stress? En randomiserad studie.**

Syfte: Att utvärdera egenvårdsgrupper med problembaserad metod (PBM) och deras effekter på hälsa och arbetsförmåga för personer sjukskrivna (eller i riskzonen för sjukskrivning) på grund av depression, ångest eller stressyndrom. PBM jämfördes med sedvanlig kognitiv beteendeterapi (KBT).

Metod: Randomisering av patienter med psykiska problem till problembaserad metod (PBM) resp KBT. Uppföljning efter 12 veckors intervention (2 år enligt ansökan).

Deltagare: Patienterna rekryterades vid vårdcentraler, företagshälsovård och psykiatriska öppenvårdsmottagningar inom landstingen i Kalmar och Jönköpings län. Patienterna (18-65 år) som var sjukskrivna (max 8 veckor) eller i riskzon för sjukskrivning på grund av mild till måttlig ångest, depression eller stressyndrom (ICD-koder: F32, F40-41, F43) var av intresse för att inkluderas i studien. Totalt randomiserades 89 personer till behandling, 44 till problembaserad metod (PBM) och 45 till KBT. 50 personer avslutade behandling (22 PBM och 28 KBT). Enligt ansökans power-beräkning krävdes totalt 200 deltagare till randomisering. 88% var kvinnor. Bortfall = 44%.

Intervention: Egenvårdsgrupper arbetar med problembaserad metod (PBM) där deltagarna ska bli engagerade och aktivt styrande i sin egen rehabilitering snarare än passiva mottagare av information. De arbetar, med stöd av handledare, mot egendefinierade förändringsmål som ska vara konkreta och väl avgränsade.

Utfall: Resultatet visar att båda interventionerna var förknippade med signifikant symptomlindring (ångest, depression och stress). Effekterna var tydligare för KBT än för PBM. Däremot ledde den förbättrade arbetsförmågan (DOA) inte till några signifikanta förbättringar i fråga om självrapporterad faktisk arbetsåtergång under de 12 veckor (median) som interventionerna pågick. Nästa steg blir en uppföljning efter 6 månader.

Kommentar: Antalet deltagare betydligt färre än vad som krävdes enligt power-beräkningen. Studien var planerad att pågå i totalt 5 år. Studien publicerad i Journal of Occupational Rehabilitation 2015 Mar;25(1):127-40.

RS2009-027 Yvonne Forsell **REGASSA- Psykisk ohälsa. Randomiserad klinisk prövning av internetbaserad kognitiv terapi, fysisk aktivitet och TAU på sjukskrivning och arbetsförmåga.**

Syfte: Att jämföra effekterna av internetbaserad KBT och fysisk aktivitet med sedvanlig behandling (TAU) i samband med psykisk ohälsa.

Metod: Randomiserad kontrollerad studie med tre behandlingsmetoder: (1) Internetbaserad kognitiv beteendeterapi, (2) fysisk aktivitet och (3) TAU bland patienter med psykisk ohälsa. Uppföljning efter 9 månader (12 månader enligt ansökan).

Deltagare: Studien inkluderade 946 personer (73% kvinnor) med måttlig depression, ångest eller stressrelaterad psykisk ohälsa, rekryterade via primärvården i sex län i Sverige. 88% fanns kvar vid uppföljningen. Enligt ansökan planerades 1080 personer delta (power-beräkning saknas). Bortfall = 12%.

Intervention: Internetbaserad KBT skedde via en säker websida som drevs av landstinget. Patienterna introducerades per telefon i processen. Fysisk träning på tre olika nivåer genomfördes via Friskis & Svettis. Sedvanlig behandling omfattade KBT-baserad rådgivning. Behandlingen pågick i 12 veckor.

Utfall: Samtliga grupper förbättrade sin hälsa (ångest, depression, stress) och arbetsförmåga (WAI), men ingen signifikant skillnad förelåg mellan de tre behandlingsgrupperna vad gäller sjukskrivning, arbetsförmåga eller hälsa efter 9 månader. Män förbättrade sin arbetsförmåga mer än kvinnor ($p < .05$).

Kommentar: Uppföljning via registerdata planerad även under 3-4 år, men denna del ingår inte i REHSAM-ansökan.

RS2010-006 Cecilia Björkelund **Har datoriserad kognitiv terapi positiv effekt på funktion, arbetsförmåga och sjukskrivningsfrekvens vid mild till måttlig depression i primärvården?**

Syfte: Syftet med PRIM-NET-projektet är att utvärdera om behandling av depression i primärvården kan förbättras genom användning av internetbaserad KBT (IKBT), speciellt med avseende på långtidseffekter (6 och 12 månader). IKBT jämförs med sedvanlig KBT-behandling bland patienter med måttlig depression.

Metod: Projektet genomfördes som en randomiserad kontrollerad studie av patienter i primärvården i Västra Götalandsregionen. Uppföljning efter 3, 6 och 12 månader.

Deltagare: Sexton vårdcentraler har deltagit med inklusion av patienter med depressiva symtom, och under mars 2010 - mars 2013 har 90 patienter inkluderats i PRIM-NET-studien och randomiserats till antingen IKBT (n=44) eller sedvanlig KBT-behandling (n=46). Vid 3 mån uppföljning deltog 30 (IKBT) respektive 35 (sedvanlig behandling) patienter. Enligt ansökans power-beräkning krävdes totalt ca 200 deltagare till randomisering. 70% kvinnor. Bortfall efter 3 månader = 28%.

Intervention: Internetbaserad KBT (IKBT) som innebär internetkontakt med psykolog en gång i veckan via ”mina vårdkontakter”. Effekter på depressiva symtom samt funktion, arbetsförmåga, sjukskrivning och livskvalitet på kort och lång sikt studerades.

Utfall: I tremånaders-uppföljningen ses ingen signifikant skillnad avseende reduktion av depressiva symtom eller självrapporterad sjukskrivningsfrekvens mellan gruppen som behandlats med IKBT respektive sedvanlig behandling. Å andra sidan finns en betydande skillnad mellan IKBT-behandling och sedvanlig behandling vad gäller användningen av antidepressiva läkemedel till förmån för IKBT-gruppen. Vid uppföljning efter 6 respektive 12 månader hade denna skillnad försvunnit och inga andra signifikanta skillnader fanns mellan grupperna. Studien visar att IKBT är ett lika effektivt behandlingsalternativ för patienter i primärvården med mild-måttlig depression som sedvanlig KBT-behandling.

Kommentar: Antalet deltagare betydligt färre än vad som krävdes enligt power-beräkningen. Sju patienter som tillhörde TAU-gruppen övergick till IKBT-gruppen efter 3 månader. Oklart om behandlingen pågick under 3 månader tills första uppföljningen. Arbetsförmåga har mätts (WAI), men ej rapporterats från uppföljningarna.

RS2010-014 Ulrica Bejerholm **Kortare sjukfrånvaro och optimering av rehabiliteringsinsatser – En ”Individual Enabling and Support, IES, modell” för ett fungerande arbetsliv för personer med depression.**

Syfte: Att testa om en skräddarsydd arbetsrehabiliteringsmodell, Individual Enabling and Support, IES, för att förkorta sjukskrivningsprocessen och optimera stödet på vägen tillbaka till arbete, ger bättre resultat än sedvanlig rehabilitering.

Metod: Projektet genomfördes som en randomiserad kontrollerad studie av patienter med depressiva symtom där IES jämfördes med sedvanlig rehabilitering. Effekter på depressiva symtom samt funktion, arbetsförmåga, sjukskrivning och livskvalitet på kort och lång sikt studerades. Uppföljning efter 6 och 12 månader (6 + 18 månader enligt ansökan). Vid 12 månaders uppföljningen deltog 33 (IES) respektive 26 (sedvanlig behandling) patienter. Enligt ansökans power-beräkning krävdes totalt ca 120 deltagare till randomisering. Förväntat bortfall cirka 20%.

Deltagare: 77 patienter sjukskrivna minst ett år på grund av depressiva symtom rekryterades via FK och primärvården i region Skåne och Västra Götalandsregionen, samt genom annonsering. 63 (44 kvinnor, 17 män) av dessa deltog i basmätningarna och randomiserades till de två behandlingsgrupperna. 72% var kvinnor. Bortfall = 8%.

Intervention: I IES ingår evidensbaserade metoder (bl a KBT) i syfte att mobilisera motivation, tankestrukturer och livsstil, samt att ge stöd för de arbetslivsmål som individen har. Sedvanlig behandling med stegvis yrkesträning (rehabiliteringskedjan) omfattade bland annat KBT, medicinering och fysioterapi för att öka arbetsförmågan.

Utfall: Resultaten visar signifikant ($p < .001$) bättre självrapporterad arbetsåtergång bland patienterna i IES-gruppen jämfört med de som fick sedvanlig behandling. IES-programmet bidrog även till minskad depression och andra positiva hälsoutfall.

Kommentar: Antalet deltagare var betydligt färre än vad som krävdes enligt power-beräkningen. En komplettering med cirka 40 deltagare planeras utanför REHSAM-satsningen.

RF11-003 Cecilia Björkelund **MADRS-S och patient-centrerade besök i primärvården vid depression - kortare sjukskrivning och bättre funktion?**

Syfte: Att jämföra effekter av regelbunden användning av självskattningsinstrumentet MADRS-S med sedvanlig behandling vad gäller depressiva symtom, livskvalitet, självskattad hälsa, sjukskrivningsfrekvens, återgång i arbete, egenskattad funktion och arbetsförmåga på kort (3 månader) och lång (1 år) sikt och också utvärdera patienters och läkares uppfattningar och synpunkter på regelbunden användning av självskattningsinstrumentet.

Metod: En randomiserad kontrollerad studie där MADRS-S jämförts med sedvanlig behandling av patienter i primärvården med lätta eller medelsvåra depressiva symtom. Planerad uppföljning efter 6 och 12 månader.

Deltagare: Deltagarna rekryterades från primärvården i Göteborg och Södra Bohuslän bland patienter 18 år eller äldre med lätta eller medelsvåra depressionsproblem, totalt 258 patienter. 125 patienter randomiserades till intervention, 133 till kontrollgruppen (TAU). Vid 3 månaders uppföljningen deltog 68% av kontrollgruppen och 76% av interventionsgruppen. Vid 12 månader deltog 69% i kontrollgruppen och 70% i interventionsgruppen. Enligt ansökans power-beräkning krävdes totalt 250 deltagare till randomisering. 70% var kvinnor. Bortfall = 30%.

Intervention: Registrering och utvärdering av depressiva symtom och förändringar med hjälp av självskattningsformuläret MADRS-S för att förbättra depressiva symtom och öka funktion, arbetsförmåga och livskvalitet.

Utfall: Uppföljningen vid 12 månader visar att reduktionen i depressiva symtom är lika stor i båda grupperna och att förändringar i livskvalitet, självskattad hälsa, medicinering, arbetsförmåga eller sjukskrivning inte skiljer sig åt mellan grupperna. Däremot såg man att interventionsgruppen bibehöll en signifikant mer adekvat antidepressiv medicinering vid 6-månadersuppföljningen. Vissa av de patienter som använde självskattningsformulär uppskattade detta och betonade formulärets betydelse för patient-läkarkommunikationen. De flesta läkarna uppfattar inte användningen som något hjälpmedel vad gäller diagnostik eller behandling.

Psykiska och muskuloskeletala problem

Ett projekt (Anderzén) var inriktat mot sjukfrånvaro både på grund av psykiska och muskuloskeletala problem. I projektet jämförs multimodal teambehandling med acceptansorienterad terapi (ACT) med ingen behandling alls. Där finner man förbättrad psykisk hälsa i alla grupperna, men ingen signifikant skillnad i sjukskrivning efter 12 mån.

Tabell 4. Sammanfattning av resultaten från ett REHSAM-projekt av muskuloskeletala och psykiska problem

Studie	Intervention	Jämförelse	Uppföljningstid	Kvalitet	Utfall: RTW/sjukfrånvaro	Utfall: Arbetsförmåga	Utfall: symtom
RS11-010 Anderzén (2011-sep 2014)	MM (Team) resp. ACT	Ingen behandling	12 mån	M	Ingen sign skillnad i sjukskrivning	Saknas	Förbättrad psykisk hälsa i båda inter- ventionsgrupper- na. Större bortfall i behandlings- grupperna.

Förklaringar: ACT = Acceptance commitment therapy, M = medelhög vetenskaplig kvalitet, MM = multimodal intervention, RTW = return to work.

Psykiska och muskuloskeletala problem – sammanfattning av projekt

RF11-010 Ingrid Anderzén VITALIS – tillbaka till livet och tillbaka till arbete

Syfte: Att jämföra multimodal teambehandling (TEAM) och psykoterapi med Acceptance and Commitment Therapy (ACT) med en kontrollbehandling bland patienter med psykisk ohälsa.

Metod: VITALIS var en randomiserad kontrollerad interventionsstudie som vände sig till långtidssjukskrivna kvinnor i Uppsala län. Uppföljning efter 1 år (2 år enligt ansökan).

Deltagare: Kvinnorna var sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa och/eller smärta och väntades inom kort uppnå maxgränsen i sjukförsäkringen (utförsäkras). Av totalt 947 som utförsäkrades under perioden 2010-2012 uppfyllde 648 personer projektets inklusions- och exklusionskriterier och tillfrågades om deltagande. Av dessa tackade 327 stycken (50,4 %) ja till studien. Enligt ansökan planerades 460 personer delta (power-beräkning saknas). Bortfall = 17%.

Intervention: Deltagarna randomiserades till att hamna i någon av följande grupper:

- (1) multimodal teambehandling (TEAM, n=102),
- (2) psykoterapi med Acceptance and Commitment Therapy (ACT, n=102) eller
- (3) kontrollgrupp (n=104).

Vid uppföljning (efter 1 år?); TEAM n=84, ACT n=84, kontrollgrupp (TAU) n=103.

Utfall: Ett år efter utförsäkringen hade 56,9 % i ACT-gruppen, 60,8% i TEAM-gruppen och 48,5% i kontrollgruppen inte återvänt till sjukförsäkringen (enligt FK). Den positiva tendensen till mindre återgång i sjukförsäkringen uppnådde dock inte statistisk signifikans. Det var heller inte någon statistiskt signifikant skillnad i antalet ersättningsdagar från Försäkringskassan under år 1 mellan grupperna, även om det fanns en positiv trend för TEAM-gruppen. Hälsan, mätt med GHQ (General Health Questionnaire) förbättrades signifikant i TEAM-gruppen. Båda interventionsgrupperna uppvisade även en förbättrad psykisk hälsa med mindre ångest och depression mätt med HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Deltagare i ACT-gruppen förbättrade signifikant sin upplevelse av smärta under uppföljningsåret. Self-efficacy var lågt och då speciellt för de som inte var födda i Sverige.

Kommentar: Antalet deltagare färre än vad som planerades.

Projekten i förhållande till utlysningsskriterierna och vetenskaplig kvalitet

Av de 14 hittills slutrapporterade RCT-projekten har två bedömts vara av hög och 7 av medelhög vetenskaplig kvalitet utifrån de tillämpade kriterierna. Övriga 5 har bedömts vara av låg kvalitet, främst på grund av otillräckligt antal deltagare och stort bortfall. Den faktiska tidsperioden mellan projektstart och slutrapport som skulle vara 2 år har varierat mellan 3 och 6 år (Tabell 1).

De fullständiga slutrapporterna finns tillgängliga på följande länk: <http://forte.se/om-forfte/vart-uppdrag/slutrapporter-rehsam/>

Sammanfattningsvis kännetecknas flertalet projekt av någon eller några av följande svagheter (se Tabell 2, 3 och 4, samt projektsammanfattningarna). Endast 9 av de 14 RCT-projekten har följt upp interventionerna i ett år eller mer, trots att detta i enlighet med utlysningen och ansökningarna var avsikten. I två fall har uppföljning endast gjorts direkt efter avslutad behandling.

Jämfört med projektplanerna har i fyra fall antalet deltagare vid start varit mindre än hälften av vad som bedömts vara nödvändigt enligt genomförd power-beräkning.

Bortfallet vid uppföljningen har dessutom i flera fall varit stort, i fyra fall har man förlorat cirka hälften av deltagarna.

I tre fall saknas mått på RTW och i 7 fall rapporteras inget resultat för arbetsförmåga.

Små grupper och/eller mycket sned könsfördelning har medfört att analyser utifrån kön i allmänhet inte varit meningsfulla. En studie (Forsell) med 27% män (av cirka 1000 deltagare) rapporterar en signifikant könsskillnad, där män med psykisk ohälsa förbättrar sin arbetsförmåga mer än kvinnor efter KBT. Andelen kvinnor i de 15 projekten varierar mellan 65 och 100%.

Endast 4 projekt intervenerade på arbetsplatsen – två projekt inom det muskuloskeletala (Linton och Gustavsson) och två inom det psykiska området (Slunga och Bejerholm).

I flertalet projektredovisningar framgår inte huruvida deltagarna varit sjukskrivna eller valts ut för att de sökt hjälp för sina problem och således varit i riskzonen för sjukskrivning.

Positiva effekter

En anledning till att så få studier visar signifikanta skillnader i RTW eller arbetsförmåga mellan de olika rehabiliteringsinsatserna kan ju vara att de flesta insatserna, d v s även jämförelsebetingelsen (t ex sedvanlig behandling, TAU), har varit framgångsrika och gett positiva effekter som inte skiljer sig nämnvärt från de specifika interventionerna. Endast i två fall görs jämförelse mellan intervention och ingen behandling alls. De flesta behandlingarna ger också symtomlindring vid smärta och psykiska problem.

Evidens för positivt utfall av interventionen för RTW (minskad sjukfrånvaro) finns i en studie av muskuloskeletala problem (Linton) och i en studie av psykisk ohälsa (Bejerholm), där båda studierna innefattade intervention även på arbetsplatsen. Båda studierna är av medelhög vetenskaplig kvalitet. I studien av Slunga (medelhög kvalitet), där en arbetsplatskomponent ingick i alla behandlingarna, förbättrades alla tre interventionsgrupperna beträffande arbetsförmåga och livskvalitet, men efter ett år fanns inte några skillnader i mellan grupperna. Bortfallet vid uppföljningen var dock stort (47%).

Ytterligare en studie av medelhög kvalitet (Lundqvist) visar positiva effekter på RTW av fysioterapi vid smärta i nacke/skuldra. För övriga studier gällde att i 9 av dessa fanns ingen signifikant skillnad i RTW vid uppföljningen och i två studier saknas RTW-mått. Av dessa 11 studier bedömdes 5 vara av låg kvalitet.

Sammanfattning och diskussion

Projektens uppläggning

Som framgått har de flesta projekten inte lyckats att utforma studierna enligt kraven i REHSAM-utlysningen och den plan som presenterades i anslagsansökningarna. Jämfört med projektplanerna har deltagarna ofta varit avsevärt färre än vad som bedömts vara nödvändigt enligt genomförd power-beräkning, vilket leder till små möjligheter att statistiskt påvisa eventuella effekter av interventionerna även om sådana skulle finnas.

I stället för uppföljning av RTW/sjukskrivning och arbetsförmåga har man i en del projekt mätt olika symtom, såsom smärtintensitet och grad av ångest, oro, stress eller depression. Dessa mätningar visar att de flesta rehabiliteringsinsatserna har reducerat symtomen. I några fall rapporteras att senare uppföljning av sjukfrånvaro och arbetsförmåga planeras, men det är oklart om så kommer att ske.

Rekryteringsproblemen och det stora bortfallet vid uppföljningen medför förutom låg statistisk styrka också risk för snedvridna resultat på grund av att bortfallet sannolikt är selektivt. Vidare är uppföljningstiderna i 5 av studierna kortare än ett år, i två fall har ingen uppföljning alls gjorts efter avslutad behandling. I de flesta fall har utfallsmåtten byggts på självrapporterad sjukfrånvaro, vilket ökar risken för att rapporterna kan påverkas av förväntade behandlingseffekter. Registeruppgifter om sjukfrånvaro har en fördröjningstid som är oförenlig med 2-årsprojekt. En del projekt har ändå kunnat redovisa sjukfrånvaro via registerdata, vilket torde innebära att man väntat ut dessa data efter projekttidens formella slut eller lyckats förlänga projekttiden.

Att i stort sett alla projekt råkat ut för dessa svårigheter visar att projekttiden varit alldeles för kort. För planering, rekrytering av deltagare och behandlare, genomförande av interventionerna, datainsamlingar, uppföljning efter ett år och slutrapportering kan vi anta att tre år är ett minimum. Inget projekt har kunnat redovisa efter 2 år och det vanliga är 4 år eller mer innan slutredovisningen är färdigställd. I december 2015 är det fortfarande 7 projekt som inte slutredovisats.

I de inlämnade och granskade slutrapporterna finns vanligtvis inga uppgifter om sjukskrivningstidens längd eller ens om deltagarna varit sjukskrivna, varför det inte går att dra några slutsatser kring betydelsen av när i sjukdomsprocessen som insatserna har störst effekt.

Svårigheterna att rekrytera patienter, de sneda könsfördelningarna och det stora bortfallet har också bidragit till att de i programmet stipulerade jämförelserna mellan män och kvinnor i stort sett bortfallit då det funnits alltför få män i projekten (0-35%).

Dessa förutsättningar och omständigheter bör beaktas när REHSAM-programmets bidrag till evidensbaserad kunskap värderas.

Evidens

Av de 14 REHSAM-projekt med RCT-design som hittills redovisats visar tre projekt signifikanta positiva effekter på RTW/sjukskrivning av den aktiva interventionen (Linton, Lundqvist, Bejerholm). I två av dessa fall finns stöd för att interventioner för att främja återgång i arbete, som även omfattar insatser på arbetsplatsen, är mer

effektiva än andra rehabiliteringsinsatser. Ytterligare ett projekt (Slunga) omfattar insatser på arbetsplatsen i alla betingelser och efter ett år rapporteras bland annat förbättrad arbetsförmåga, men inga signifikanta skillnader förelåg mellan interventionerna. Ett fjärde projekt där arbetsrehabilitering ingått (Gustavsson) visar ingen signifikant skillnad i RTW jämfört med sedvanlig behandling, men detta projekt har bedömts vara av låg vetenskaplig kvalitet beroende på få deltagare och stort bortfall (ca 50%) vid uppföljningen.

Inga andra REHSAM-projekt hittills (4 december 2015) än 4 ovan nämnda har kombinerat medicinska, psykologiska och/eller fysiska rehabiliteringsinsatser med åtgärder på arbetsplatsen. Av de övriga 10 RCT-studier, som alltså inte omfattar insatser på arbetsplatsen, har 8 studier haft RTW som utfallsmått (2 projekt saknar sådant mått). Sju av de 8 visar inga signifikanta skillnader i RTW mellan den experimentella interventionen och jämförelsebehandlingen.

REHSAM-projekten, i likhet med den internationella kunskapsöversikten (Aronsson & Lundberg, 2015), ger således visst stöd för att rehabiliteringsinsatserna även bör omfatta insatser på arbetsplatsen för att främja återgång i arbete/minskad sjukfrånvaro.

Mot bakgrund av projektens svårigheter att uppfylla metodmålen är det inte helt förvånande att de REHSAM-projekt som hittills slutrapporterats som helhet ger svagt stöd för vilka interventioner som bäst främjar ökad arbetsförmåga och RTW vid sjukskrivning. Detta innebär rimligen också att reservationer bör göras kring evidensen i kostnadsberäkningarna för de olika interventionerna, liksom redovisningen av hur framgångsrika metoder skulle kunna införas i praktisk rehabiliteringsverksamhet.

Fortsatt forskning

I kommande projekt av olika rehabiliteringsinsatser för att främja arbetsförmåga och återgång i arbete bör projekttiden vara betydligt längre än två år för att möjliggöra rekrytering av tillräckligt antal deltagare och genomföra uppföljningar under minst ett år. På kort sikt kan olika rehabiliteringsinsatser tänkas medföra ökat sjukfrånvarobehov på grund av den tid som åtgår för behandling och de omedelbara effekterna, som bland annat kan vara ökad smärta eller andra problem, medan de långsiktiga kan vara positiva. Det finns indikationer på en sådan effekt i flera studier (se t ex Carlsson et al. 2013). Inspektionen för socialförsäkringen finner också i sin studie av REHAB-garantin att MMR-behandling uppvisade negativa effekter i form av ökad sjukfrånvaro hos såväl sjukskrivna som ej sjukskrivna personer (ISF 2012).

I kommande projekt bör finnas mer information om deltagarnas diagnoser och om de är sjukskrivna vid interventionens början och i så fall hur länge de varit sjukskrivna. Analyser som beaktar detta bör ge säkrare kunskap om effektiviteten i behandlingar och interventioner. Utfallsmåtten bör bland annat innefatta både antal sjukfall, antal sjukdagar (alternativt antal förlorade arbetsdagar) och när dessa inträffar, baserat på både FK-register (>14 dagar) och självrapporterad sjukfrånvaro eller uppgifter via arbetsgivare (<14 dagar). Bättre data om detta skulle kunna öka kunskapen om när rehabiliteringsinsatser lämpligen skall sättas in för olika typer av problem/diagnoser och ge bättre underlag för jämförelser mellan projekt och mellan olika interventioner och evidensbedömningar. För att studera genusaspekter krävs matchade grupper av kvinnor och män.

Vår tidigare internationella kunskapssammanställning visade på betydelsen av arbetsplatsinsatser för reduktion av sjukfrånvaro och snabbare RTW (Aronsson & Lundberg 2015). I REHSAM-programmet var det bara ett fåtal projekt som hade

någon form av arbetsplatsintervention och resultaten från dessa pekar i samma riktning som den internationella kunskapssammanställningen. I fortsatta programsatsningar med inriktning på RTW bör ett villkor vara att även insatser på arbetsplatsen skall ingå.

På ett övergripande plan kvarstår det forskningsbehov som påpekades i den internationella kunskapssammanställningen nämligen att det finns ett stort behov av forskning för att klargöra vilka komponenter och kombinationer av komponenter i interventionerna som har störst betydelse. Om det visar sig att kombinationen av några få rehabiliteringsinslag, t ex KBT kombinerat med insatser på arbetsplatsen, är särskilt effektiva skulle sådan kunskap vara en stor framgång och av stort värde både ur ett individ- och samhällsperspektiv (Aronsson & Lundberg, 2015).

Referenser

- Aronsson, G & Lundberg U. (2015). Interventioner för återgång i arbete vid sjukskrivning - En systematisk kunskapsöversikt av meta-analyser med inriktning på muskuloskeletal och psykiska problem. *Arbete och hälsa*, 49(2).
- Carlsson, L., Englund, L., Hallqvist, J., & Wallman, T. (2013). Early multidisciplinary assessment was associated with longer periods of sick leave: A randomized controlled trial in a primary health care centre. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 31(3), 141-146.
- Företagshälsans riktlinjegrupp. (2015) Riktlinjer för psykisk ohälsa på arbetsplatsen. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin. Karolinska institutet. www.fhvforskning.se
- 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.
- Hensing, G., Alexanderson, K., Allebeck, P. & Bjurulf, P. (1998). How to measure sickness absence? Literature review and suggestion of five basic measures. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 26(2):133–144.
- Ilmarinen, J. (2007). The work ability index (WAI). *Occupational Medicine*, 57(2), 160.
- Inspektionen för socialförsäkringen. (2012). Rehabiliteringsgarantin. Rapport 2012:17
- Norrby E, Linddahl I. (2006). Reliability of the instrument DOA: dialogue about ability related to work. *Work*. 26(2):131-9.
- REHSAM - forskningsprogram. (Odaterat).
- REHSAM - Ett forskningsprogram som ska hitta de bästa metoderna för att behålla och få tillbaka arbetskapaciteten hos människor som till exempel drabbats av psykisk ohälsa eller långvarig smärta. Odaterad powerpointpresentation från REHSAM- programmet.
- SBU. (2003). *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturoversikt*. Rapport nr 167. Stockholm 2003.
- SBU. (2010). *Rehabilitering vid långvarig smärta*. Rapport nr 198. Stockholm 2010.
- SBU (2014a). *Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom. En systematisk litteraturoversikt*. Rapport nr 223. Stockholm 2014.
- SBU. (2014b). *Arbetsmiljöns betydelse för ryggproblem. En systematisk litteraturoversikt*. Rapport nr 227. Stockholm 2014.
- Sveriges kommuner och landsting. www.skl.se/sjukskrivningar
- Vingård, E. (2015). Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro. Stockholm: FORTE.
- Wasiak, R., Young, A. E., Roessler, R. T., McPherson, K. M., Van Poppel, M. N., & Anema, J. R. (2007). Measuring return to work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(4), 766-781.
- Wiholm, C. (2012). *Sammanfattning av alla REHSAM projekt*.
- de Zwart, BC, Frings-Dresen, MH & van Duivenbooden JC: (2002). Test-retest reliability of the work ability index questionnaire. *Occupational Medicine*, 52:177–181.

Projektledare och titlar på hitintills inlämnade slutrapporter inom REHSAM 2009-2011

Länk till slutrapporter: <http://forte.se/om-forte/vart-uppdrag/slutrapporter-rehsam/>

2009/007 Steven Linton. Implementing early workplace-based preventive intervention for pain-related disability.

2009/009 Lisbeth Slunga. RECO – “Rehabilitation for Improved Cognition”. Effects of cognitive and physical fitness training added to a multimodal rehabilitation program for patients with exhaustion disorder.

2009/010 Björn Gerdle. MerIT. Acceptance oriented CBT via Internet in multimodal rehabilitation of chronic pain.

2009/011 Lars-Olov Lundqvist. Effects of a Body Awareness Enhancing Program on Neck/Scapular Pain in People with Visual Impairments

2009/014 Catharina Gustavsson. ALAR. Activity and life-role targeting rehabilitation for people with persistent musculoskeletal pain: A randomised controlled trial of a return-to-work intervention in primary health care.

2009/017 Kent-Inge Perseus. Problem based self-care groups – A shortcut to increase health and working capacity in clients with depression, anxiety or stress syndromes? A randomized controlled study comparing self-care groups and cognitive behavioural therapy.

2009/027 Yvonne Forsell. REGASSA - Psykisk ohälsa. Randomiserad klinisk prövning av internetbaserad kognitiv beteendeterapi, fysisk aktivitet och sedvanlig behandling på sjukskrivning och arbetsförmåga.

2010/002 Björn Gerdle. FACTA. Rehabilitation for patients with chronic pain delivered by one professional – a randomized study.

2010/006 Cecilia Björkelund. PRIM-NET. Effects of cognitive computerized therapy in primary care on mild to moderate depression, work ability, sickness absence and quality of life.

2010/008 Viktoria Zander. Iraqi refugee women with chronic musculoskeletal pain in Sweden – Perceived causes, suggestions to measures and interventions.

2010/009 Anneli Peolsson. A comparison between multimodal approach, neck-specific exercise and prescribed physical activity for individuals with chronic whiplash-associated disorders: a prospective randomized study.

2010/013 Rolf Holmqvist. Randomiserad undersökning av depressionsbehandling med Interpersonell psykoterapi (IPT) och kognitiv beteendeterapi (KBT). Slutrapport ännu ej inlämnad.

2010/014 Ulrika Bejerholm. Kortare sjukfrånvaro och optimering av rehabiliteringsinsatser. En IES-modell (Individual Enabling Support) för ett fungerande arbetsliv för personer med depression.

2010/017 Ingibjörg Jonsdottir. Träning av funktioner med betydelse för tidig och hållbar arbetsåtergång för patienter med utmattningssyndrom. Slutrapport ännu ej inlämnad.

2010/025 Karin Zingmark. Effects of a web Behavior Change Program for Activity (web-BCPA) for persistent pain in primary health care.

2011/002 Björn Gerdle. Utveckling av ett instrument för bedömning, urval till och utvärdering av multimodal rehabilitering i primärvård. ”Norden Light?”. Slutrapport ännu ej inlämnad.

2011/003 Cecilia Björkelund. MADRAS. Monitoring depression in frequent consultations in primary care - effects on depressive symptoms, function, sick-listing, and quality of life – a randomized controlled study.

2011/004 Thomas Nilsson/Lena Eidevall. POSE - Psychotherapy Outcome and Self-selection Effects for Panic disorder. Slutrapport ännu ej inlämnad.

2011/005 Birgitta Grahn. “Work-Up”. Tidig strukturerad vård med motivations- och arbetsplatsintervention för förbättrad arbetsförmåga vid nack-, skulder- och/eller ryggsmärta.

En prospektiv parvis klusterrandomiserad kontrollerad studie inom primärvården med ett års uppföljning. Slutrapport ännu ej inlämnad.

2011/007 Britt-Marie Ståhlbacke. "Norden Light". Sammanslaget med 2011/002. Slutrapport ännu ej inlämnad.

2011/008 Karin Zingmark. Effects of a web Behavior Change Program for Activity (web-BCPA) for persistent pain in primary health care. Sammanslaget med RS2010/025.

2011/009 Fredrik Holländare. Regional studie av Internet-baserad återfallsprevention som tillägg till en delvis framgångsrik antidepressiv medicinering. Slutrapport ännu ej inlämnad.

2011/010 Ingrid Andersén. VITALIS. A randomized intervention and coordination program aiming at Return To Work for women with long term sick leave.

2011/012 Anna Nager. Rehabilitering av psykiatriska tillstånd - interventions studie rörande faktorer av betydelse för arbetsåtergång. Slutrapport ännu ej inlämnad.



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
www.forte.se