

FORTE:

Forskningsrådet för
hälsa, arbetsliv och välfärd

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

REHABI- LITERING OCH SAMORDNING

Slutrapport: Utvärdering av Rehsams forskningsprogram 2009-2011

Förord

DEN DOMINERANDE ANDELEN av långtidssjuk-skrivningar 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 forskning- en 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

Då många projekt varit försenade och inte slutrapporterat inom planerad tid har uppdraget att sammanställa och genomföra kvalitetsbedömning av projekten gjorts i olika etapper, som rapporterats tidigare. I denna rapport finns resultat från 21 projekt, av 24 som ursprungligen beviljats medel. Några projekt har slagits ihop, och ett har blivit påtagligt försenat. Forte betraktar därför detta som slutrapport av uppdraget enligt ovan.

Forte har engagerat professorerna Gunnar Aronsson och Ulf Lundberg att göra den vetenskapliga kvalitetsbedömningen, och dessa är huvudförfattare till denna rapport. 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 tid än beräknat och uppföljningen bör sträcka sig ett år efter avslutad insats. Vidare har få projekt involverat insatser på arbetsplatserna, men resultat talar för att projekt som omfattar insatser på arbetsplatsen är mer effektiva än de projekt som inte genomfört arbetsplatsinterventioner. Vidare har projekt som bedömts ha högre vetenskaplig kvalitet också i högre grad kunnat visa på effekter av insatserna. Projekten har haft många olika typer av utfallsmått, och många har inte haft tydliga mått på återgång i arbetet, vilket lett till att Försäkringskassan under året fått ett särskilt uppdrag att föreslå mått på återgång i arbete för denna typ av forskning.

Erfarenheterna från kvalitetsbedömningen av hittills genomförda projekt har tagits tillvara i den utlysning om nya medel för forskning om insatser för återgång i arbete som Forte planerat under 2016, i samverkan med bland andra Försäkringskassan och Sveriges kommuner och landsting (SKL).

Ethel Forsberg
Generaldirektör

Peter Allebeck
Huvudsekreterare

REHABILITERING OCH SAMORDNING

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

Slutrapport: Utvärdering av Rehsams forskningsprogram 2009-2011

Författare: Gunnar Aronsson och Ulf Lundberg, Psykologiska institutionen, Stockholms universitet

ISBN 978-91-88561-10-7 (pdf)

Forte - Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd

Box 894, 101 37 Stockholm

Telefon: 08-775 40 70, E-post: forte@forte.se

www.forte.se

Innehåll

Förord	3		
Sammanfattning	6		
Inledning	7		
REHABILITERINGSGARANTIN	8		
FORSKNINGSPROGRAMMET REHSAM	8		
REHSAM-PROGRAMMETS METODKRAV FÖR MEDEL TILL FORSKNINGSPROJEKTEN	9		
UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING AV REHSAM	9		
STUDIENS SYFTE	9		
Metod	10		
PROJEKT OCH UNDERLAG FÖR UTVÄRDERING	10		
ANSÖKNINGAR, SAMMANSLAGNINGAR OCH FULLFÖLJDA PROJEKT	10		
PROJEKT- OCH UPPFÖLJNINGSTIDER	10		
UNDERLAGET FÖR BEDÖMNINGAR	10		
UTFALLSMÅTT - TOTAL SJUKFRÅNVARO OCH ARBETSFÖRMÅGA	11		
KRITERIER FÖR VETENSKAPLIG KVALITET	11		
Resultat	14		
INLEDNING	14		
MUSKULOSKELETALA PROBLEM	15		
MUSKULOSKELETALA PROBLEM - SAMMANFATTNINGAR AV PROJEKT	16		
PSYKISKA PROBLEM	24		
PSYKISKA PROBLEM - SAMMANFATTNINGAR AV PROJEKT	26		
PSYKISKA OCH MUSKULOSKELETALA PROBLEM	34		
		PSYKISKA OCH MUSKULOSKELETALA PROBLEM - SAMMANFATTNING AV PROJEKT	35
		METODUTVECKLINGSSTUDIER - SAMMANFATTNING AV TVÅ PROJEKT	36
		PROJEKTEN I FÖRHÅLLANDE TILL UTLYSNINGSKRITERIERNA OCH VETENSKAPLIG KVALITET	38
		Sammanfattning och diskussion	40
		PROJEKTENS UPPLÄGGNING	40
		EVIDENS	40
		FORTSATT FORSKNING	42
		Referenser	44

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 rapport var att undersöka i vad mån REHSAM-programmet och de enskilda projekten har kunnat bidra till detta. Föreliggande utvärdering omfattar 21 projekt och ersätter den tidigare utvärderingen från 2015, som saknade resultat från åtta projekt. I denna avslutande utvärdering saknas resultat från ett projekt som avslutas i december 2017.

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 21 hittills slutrapporterade projekten utgör 19 RCT-projekt och två metodutvecklingsprojekt. Fyra av RCT-projekten har bedömts vara av hög och åtta av medelhög vetenskaplig kvalitet. Sju bedömdes vara av låg kvalitet, främst på grund av otillräckligt antal deltagare och stort bortfall, i fyra fall cirka 50 procent. Den faktiska tidsperioden mellan projektstart och slutrapport har varierat mellan tre och sex år. Tolv av de 19 RCT-projekten har följt upp interventionerna i ett år eller mer. I tre fall har uppföljning endast gjorts direkt efter avslutad behandling. I tre fall saknas mått på RTW och i åtta fall rapporteras inget resultat för arbetsförmåga. Små grupper och/eller mycket sned könsfördelning har medfört att analyser utifrån kön i allmänhet inte varit meningsfulla.

Fyra av de 19 RCT-projekten visade signifikanta positiva effekter för RTW (minskad sjukfrånvaro) av den aktiva interventionen. Tre av dessa projekt involverade insatser på arbetsplatsen, två gällande muskuloskeletala problem och ett gällande psykiska problem. Det fjärde projektet visade positiva effekter på RTW i samband speciellt anpassad sjukgymnastik.

Mot bakgrund av projektens svårigheter att uppfylla metodmålen – främst beträffande för få deltagare, stort bortfall och begränsade uppföljningstider – är det inte helt förvånande att REHSAM-projekten som helhet ger begränsat stöd för vilka interventioner som bäst främjar ökad arbetsförmåga och RTW. En anledning kan även vara att jämförelsebetingelserna ofta inneburit någon form av behandling – ofta multimodal standardbehandling eller någon form av psykoterapi. Dessa behandlingar har också varit framgångsrika och gett positiva effekter som inte skiljer sig nämnvärt från de specifika interventionerna. I kommande programsatsningar bör projekttiden vara betydligt längre än två år för att möjliggöra rekrytering av tillräckligt antal deltagare, organisera behandlings-insatserna och en uppföljning under minst ett år.

Sammanfattningsvis pekar REHSAM-projektens resultat i samma riktning som en tidigare internationell kunskapsöversikt och visar att projekt som omfattar insatser på arbetsplatsen är mer effektiva än de projekt som inte genomfört arbetsplatsinterventioner. Tendensen är även att projekt med högre vetenskaplig kvalitet oftare har signifikanta utfall.

Inledning

SJUJSKRIVNINGSNIVÅN 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 framför allt de långa sjukskrivningarna som bidrog till det höga frånvarotalet. Sjukdomspanoramats 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 procent av sjukskrivningarna som registreras av Försäkringskassan.

En annan stabil trend är att kvinnors andel av sjukskrivningarna ökar (Försäkringskassan, 2015). Resultatet från ett par färskas kunskapssammanställningar nyanserar dock bilden av kvinnors högre frånvaro och visar att den inte är ett ”kvinnoproblem”. Sjukfrånvaro, bland annat på grund av ryggbesvär (SBU, 2014b), kan sammanhålla med ett akut eller kroniskt glapp mellan individens förmåga och arbetets krav. Detta glapp tycks vara störst i vissa kvinnodominerade sektorer, där arbetsmiljöerna tenderar att vara mera stress- och ohälsframkallande (se Sverke m.fl., 2016). Sverke sammanfattar resultaten som att ”kvinnodominerade yrken inom skola, vård och omsorg ofta har en sämre arbetsmiljö med höga krav och låga resurser. Såväl kvinnor och män som arbetar inom dessa områden har högre ohälsa än andra. Det är ett strukturellt problem snarare än könsrelaterat.” (Sverke, 2016). I Fortes kunskapssammanställning

(Forte, 2015) uttrycks detta som att arbetsmiljön, som påverkar risken för att drabbas av besvär, skiljer sig åt mellan olika yrken och därmed mellan kvinnor och män. Män och kvinnor exponeras inte på samma sätt även om det skenbart kan verka så.

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 antagande av riktlinjer för utredning och åtgärder vid psykisk ohälsa på arbetsplatsen (Företagshälsans riktlinjegrupp, 2015) och en kartläggning av insatser som görs via företagshälsovården mot psykisk ohälsa (Bergström m.fl., 2015).

En nyligen genomförd kunskapssammanställning, som är baserad på publicerade metaanalyser av den internationella forskningen om interventioner för återgång i arbete (return-to-work, RTW) i samband med psykiska och muskuloskeletala problem, ger en tydlig bild av arbetsplatsförändringars stora betydelse för återgång i arbete (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 muskelsmärk, 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. Medicinering, 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, till exempel 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 reducering 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 (www.skl.se/sjukskrivningar).

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 utlysningprocessen och ansökningarna expertbedömdes. Tre utlysningar gjordes under åren 2009–2011 och projektbidragen var avsedda för två 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, odaterat). Projekten skulle vara interventionsinriktade och studierna skulle vara kontrollerade och helst randomiserade, dvs. 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 slutredovisats i 21 av de 22 projekt som beviljades medel inom REHSAMs forskningsprogram.

STUDIENS SYFTE

Huvudsyftet med REHSAMs forskningsinsats 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 rapport är att undersöka i vad mån REHSAM-programmet och de enskilda projekten har kunnat bidra till detta. Rapporten baseras på en genomgång av vetenskaplig metod och resultat.

Metod

PROJEKT OCH UNDERLAG FÖR UTVÄRDERING

Ansökningar, sammanslagningar och fullföljda projekt

Totalt inkom 76 ansökningar. 24 projekt har fått delvis eller full finansiering till en summa av cirka 75 miljoner kronor (Tabell 1). Ett ytterligare projekt fick medel till en förstudie men man avstod sedan från att fullfölja projektet på grund av brist på lokal samfinansiering (ingår ej i Tabell 1). Åtta projekt beviljades medel i respektive omgång 2009–2011. Av de 24 beviljade projekten rör elva psykiska och tolv muskuloskeletal problem (två av de senare var metod- och intervjustudier och inte RCT-studier). Ett projekt rör blandade psykiska och muskuloskeletal problem.

Under projektperioden slogs fyra projekt samman till två så att totalt 22 projekt bildades. I den fortsatta redovisningen utgår vi från 22 projekt i presentationerna. 21 av de 22 projekten har levererat slutrapporter till Försäkringskassan, vilka ligger till grund för denna rapport. Ett projekt (RS2011/004) pågår fortfarande och koderna för gruppstillhörighet är inte avslöjade, varför resultat saknas och studien ingår således inte i evidensbedömningarna. Dock ger vi viss information om studien då den har en uppläggnings som bedöms kunna generera värdefulla resultat när den slutrapporteras i december 2017.

Därmed kan evidens bedömas utifrån 19 RCT-projekt. Utöver dessa 19 finns således det oavslutade projektet RS2011/004 med inriktning på psykiska problem samt två metodutvecklingsprojekt (RS2010-008 och RS2011-002 ihopslaget med RS2011-007), som båda är inriktade på muskuloskeletal problem.

Projekten är verksamma i 16 av landets 21 landsting och regioner.

PROJEKT- OCH UPPFÖLJNINGSTIDER

Den faktiska projekttiden för de 19 RCT-projekten har varierat mellan tre och sex år. Uppföljningstiderna fördelas enligt följande:

- 12 projekt med 1 års uppföljning
- 2 projekt med 9 månaders uppföljning
- 2 projekt med 6 månaders uppföljning
- 3 projekt med 3 månaders (eller kortare) uppföljning

Utifrån kraven i utlysningen kan även noteras att analyser utifrån ett genusperspektiv rapporteras endast i enstaka fall.

UNDERLAGET FÖR BEDÖMNINGAR

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. I anslutning till resultatbeskrivningen för de enskilda projekten har vi där så varit möjligt kompletterat med information om vetenskapliga artiklar baserade på projekten. Vanligtvis är dessa publicerade 2015–16 och är i flertalet fall hämtade från den sammanställning (REHSAM:s receptsamling) som publicerades av SKL, Försäkringskassan och Forte i februari 2016. Enligt sammanställningen har 57 artiklar publicerats i vetenskapliga tidskrifter. Vi har dock här begränsat oss till att lista artiklar som direkt berör huvudfrågeställningen, dvs. effekter av interventionen. I tillägg till dessa artiklar har vi fyllt på med några ytterligare artiklar publicerade efter februari 2016. Tidskriftsartiklarna är dock inte en del av underlaget för föreliggande utvärderingsrapport men av klart intresse för den som söker ytterligare information eller vetenskapliga referenser för något av projekten. Ytterligare internationella vetenskapliga artiklar kan ha tillkommit senare.

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 mått och mätpunkter har även använts i de genomförda 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). Båda 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 objektivt utfallsmått och tidpunkt för uppföljningen. Med undantag för en intervjustudie (RS2010/008) och ett metodutvecklingsprojekt (RS2011/002 ihopslaget med RS2011/007) är projekten genomgående upplagda som kontrollerade randomiserade (RCT) studier, dvs. patienterna har slumpmässigt fördelats på olika rehabiliteringsinsatser, ibland på individnivå, ibland på gruppnivå.

1. Hög kvalitet:
 - a. antalet deltagare är i samma storleksordning som power-beräkningen anger
 - b. bortfallet vid uppföljningen är <25 procent
 - c. uppföljning görs tidigast sex 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
<i>Muskuloskeletal problem (n=12)</i>				
RS2009-007 Linton et al. (2009 - sept 2013)	Implementering av tidiga arbetsplatsbaserade preventiva insatser för personer med smärterelaterad 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 guddad 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 livsrollorienterad 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
RS2010-008 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	Metod- och intervjustudie. Uppföljning ingick inte.
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. (2010 - dec 2015) ihop- slaget med RS2011-008 Zingmark et al.	Skräddarsytt webbstöd som tillägg till multimodal smärtrehabilitering inom primärvård.	Norrbottnens läns landsting	4 800 000	5 år
		Norrbottnens läns landsting	5 000 000	
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.	Östergötland läns landsting	2 600 000	5 år
		Västerbottens läns landsting	2 600 000	
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	5 år

Projekt nr och ansvarig forskare	Titel	Sökande	Anslag	Projektlängd till slutrapport
<i>Psykiska problem (n=11)</i>				
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 arbetsförmåga hos personer med lätta och medelsvåra depressioner, ångestsyndrom och stress? En randomiserad design.	Landstinget i Kalmar län <i>Medsökande</i> 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 <i>Medsökande</i> 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 Göta-landsregionen	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	6 år
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 Göta-landsregionen	5 000 000	5 år
RS2010-017 Jonsdottir et al. (2010 - nov 2016)	Bedömning och träning av kritiska funktioner av betydelse för tidig och hållbar arbetsåtergång för patienter med utmattningssyndrom.	Västra Göta-landsregionen	3 000 000	6 år
RS2011-003 Björkelund et al. (2011 - nov 2013 + juni 2015)	MADRS-S och patientcenterade besök i primärvården vid depression – kortare sjukskrivning och bättre funktion?	Västra Göta-landsregionen	3 500 000	4 år
RS2011-004 Sandell et al.	POSE. Psykoterapeutiskt utfall och självvals-effekter för paniksyndrom.	Region Skåne	1 650 000	Slutrapporteras dec 2017
RS2011-009 Höländare et al.	Regional studie av Internet-baserad återfallsprevention som tillägg till en delvis framgångsrik antidepressiv medicinering.	Örebro läns landsting	2 200 000	5 år
RS2011-012 Tengström et al.	Rehabilitering av psykiatriska tillstånd – interventionsstudie rörande faktorer av betydelse för arbetsåtergång.	Stockholms läns landsting	2 500 000	5 år
<i>Muskuloskeletal och psykiska problem (n=1)</i>				
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 tidsmätt), 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 tre,

sex, nio och tolv 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, dvs. 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 mätts 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, dvs. vanligen graden av smärta vid muskuloskeletal 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.

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

Muskuloskeletal 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 muskuloskeletal 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 whiplashskada (RS2010-009).

Som framgår av Tabell 2 är det tre projekt som intervenserar på arbetsplatsen (RS2009-007, RS2009-014

och RS2011-005). Det saknas mått på arbetsförmåga i slutrapporterna i alla projekt utom tre.

De flesta interventionstyperna gav positiva resultat i form av minskade problem/ symtom, men endast i tre fall (RS2009-007, RS2009-011, RS2011-005) ger interventionen signifikant bättre resultat i form av minskad sjukskrivning eller ökad RTW jämfört med kontrollbetingelsen. Två av dessa projekt bedömdes vara av medelhög vetenskaplig kvalitet, ett av hög kvalitet. I studie RS2009-007 jämfördes preventiv intervention, som bland annat omfattade KBT och insatser på arbetsplatsen, med sedvanlig behandling och uppföljningen gjordes efter sex månader. I studie RS2009-011 jämfördes en speciell form av sjukgymnastik med ingen behandling alls och uppföljningen gjordes efter tolv månader. I studie RS2011-005 jämfördes arbetsplatsintervention och fysioterapi med sedvanlig behandling. Ytterligare en studie med hög vetenskaplig kvalitet (RS2010-025) visar positiva effekter efter tolv månader på arbetsförmåga och smärtintensitet med multimodal behandling med och utan webbprogram för beteendeförändringar, men ingen signifikant skillnad mellan behandlingarna.

Tabell 2. Sammanfattning av resultaten från åtta RCT-projekt gällande muskuloskeletal problem.

Studie	Intervention	Jämförelse	Uppföljningstid	Kvalitet	Utfall: RTW/sjukfrånvaro	Utfall: Arbetsförmåga	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.	Redovisas ej	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	Redovisas ej	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.	Redovisas ej	Smärta minskade mer efter sjukgymnastik.
RS2009-014 Gustavsson et al. (2009 - feb 2014)	ALAR (arbetsrehabilitering)	MM (TAU)	12 mån	L	Ingen skillnad	Redovisas ej	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	Gruppbaserad diskussion kring smärta	7 veckor	L	Saknas	Redovisas ej	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	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	Ingen skillnad i self-efficacy.
RF2011-005 Grahn et al. (2011 - sept 2016)	ADA + fysioterapi + TAU	TAU	12 mån	H	Färre sjukskrivna i ADA-gruppen	Bättre i ADA-gruppen	Självskattad sjukskrivning via SMS varje vecka under ett år.

Förklaringar: ACT = Acceptance commitment therapy, ADA = arbetsplatsintervention, FaR = fysisk aktivitet på recept, KBT = kognitiv beteendeterapi, MM = multimodal intervention, TAU = treatment as usual, RTW = return to work. L = låg vetenskaplig kvalitet, M = medelhög vetenskaplig kvalitet, H = hög vetenskaplig kvalitet. När "Redovisas ej" anges i en utfallskolumn betyder detta att uppgifter saknas i slutredovisningen. Det kan dock inte uteslutas att utfallet/variabeln ifråga mätts.

Muskuloskeletala 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 muskuloskeletala 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 sex månader efter intervention (ett 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 muskuloskeletala smärta. Inklusionskriterier: (1) pågående muskuloskeletala smärta som varat i max ett år, (2) risk för utveckling av kronisk muskuloskeletala smärta enligt screeninginstrument, (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 muskuloskeletala 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 åtta 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 procent, 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 sex månaders uppföljning deltagarna från interventionsgruppen signifikant färre sjukskrivningsdagar på grund av smärta de tre senaste månaderna.

KLINISKT: Muskuloskeletala smärta: Interventionsgruppen sökte hjälp för sina smärtproblem signifikant mindre frekvent än den grupp som erhölet sedvanlig vård.

HÄLSOSTATUS: Interventionsgruppen bedömde sin hälsostatus som signifikant bättre än deltagarna från den grupp som erhölet sedvanlig vård.

KOMMENTAR: Den planerade uppföljningen efter ett år genomfördes inte.

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 sex månader (tolv månader enligt ansökan).

DELTAGARE: Deltagarna rekryterades bland patienter vid ett smärt- och rehabiliteringscenter vid Linköpings universitetssjukhus. 23 patientgrupper med fyra–åtta 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

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 procent.

INTERVENTION: En anpassad etablerad sjukgymnastisk metod för att öka kroppsmidvetande, kroppsbe-

Litteratur

Linton, S. J., Boersma, K., Traczyk, M., Shaw, W. & Nicholas, M. (2016). Early Workplace Communication and Problem Solving to Prevent Back Disability: Results of a Randomized Controlled Trial Among High-Risk Workers and Their Supervisors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26 (2), 150–159.

power-beräkning krävdes totalt 150 deltagare till randomisering. 84 procent var kvinnor. Bortfall = 49 procent.

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 internetkomponent till ett befintligt och effektivt multimodalt rehabiliteringsprogram ökade inte markant de positiva resultaten vad gäller symtom, emotionell funktion, funktionsbe-gränsning eller hälsa (totalt 26 variabler).

KOMMENTAR: Något mått på sjukfrånvaro eller arbetsförmåga tycks inte ha ingått vid sexmånadersuppföljningen.

härskning och rörelsemönster. Behandlingen gavs två timmar per vecka under tolv veckor.

UTFALL

Självrapporterad sjukfrånvaro:

T1-T2 Andelen sjukskrivna samt antalet självrapporterade sjukskrivningsdagar minskade mer i behandlingsgruppen än i kontrollgruppen, men först vid ettårs-uppföljningen.

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

hade smärtan minskat mer i behandlingsgruppen.

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

Litteratur

Lundqvist, L. O., Zetterlund, C., & Richter, H. O.

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 sex 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 ettårsuppföljningen 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 procent.

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

(2014). Effects of Feldenkrais method on chronic neck/scapular pain in people with visual impairment: A randomized controlled trial with one-year follow-up. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95(9), 1656–1661.

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 (nio veckor), samt vid ett 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 ettårsuppföljningen 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 (sju veckor). (Uppföljning efter sex och tolv 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 procent kvinnor. Bortfall = 36 procent.

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 mellangruppsjämförelserna. För övriga utfallsområden fanns endast några få signifikanta skillnader till förmån för Träning (FABQ-fysisk aktivitet och LISAT-Leisure).

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: Elva irakiska kvinnor med kronisk muskelsmärta (40–55 år) och permanent uppehållstillstånd, som hade bott i Sverige mellan fyra och tolv år, deltog i intervjuerna. Dessutom intervjuades 35 representanter från primärvården (läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och psykologer) från elva 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 i projektets slutskede och forskarna planerar att utvärdera och

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. I stället föreföll Träning vara mer effektivt. Interventionerna kan dock uppvisa olika förlopp långsiktigt.

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

använda dem i en kommande ej REHSAM-finansierad 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: Det beviljade projektet hade inte som övriga en RCT-design för uppföljning och någon ytterligare utvärdering av det utvecklade instrumentet kommer inte att genomföras inom projektets ram.

Litteratur

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

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 ett år (två år enligt ansökan).

DELTAGARE: Deltagare rekryterades genom sökning i patientjournaler vid sex olika landsting, 216 personer (18-63 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 procent kvinnor. Bortfall = 46 procent.

INTERVENTION: (A) Nackspecifik träning, (B) Multimodal behandling eller (C) fysisk aktivitet på recept (FaR), där nackspecifika övningar inte inkluderades i behandlingen. Träningsperioden pågick i tre 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

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.

och den Multimodala gruppen hade bättre hälsorelaterad livskvalitet jämfört med FaR gruppen ($p=0.003-0.008$). Vid behandlingsstart förklarades 50 procent 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).

Litteratur

Ludvigsson, M. L., Peterson, G., O'Leary, S., Dederig, Å., & Peolsson, A. (2015). The effect of neck-specific exercise with, or without a behavioral approach, on pain, disability, and self-efficacy in chronic whiplash-associated disorders: a randomized clinical trial. *The Clinical Journal of Pain*, 31(4), 294.

Ludvigsson, M.L., Peterson, G., Asa Dederig Å & Peolsson, A (2016). One- and two-year follow-up of a randomized trial of neck-specific exercise with or without a behavioural approach compared with prescription of physical activity in chronic whiplash disorder. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2016, 48(1), 56-64

Treleaven, J., Peterson, G., Ludvigsson, M. L., Kammerlind, A. S., & Peolsson, A. (2016). Balance, dizziness and proprioception in patients with chronic whiplash associated disorders complaining of dizziness: a prospective randomized study comparing three exercise programs. *Manual Therapy*, 22, 122-130.

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 webbprogram 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 fyra och tolv månader.

DELTAGARE: Inklusionskriterierna var långvarig eller återkommande muskuloskeletal smärta från nacke, skuldra eller rygg med en duration av tre månader eller mer, ålder 18-63 år, med Lintonskattning ≥ 90 , aktiv i arbetslivet eller att stå till arbetsmarknadens förfogande åtminstone 25 procent. 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 fyra månader var bortfallet sju (MMR+ web-BCPA), respektive nio personer (MMR), vid tolv månader elva (MMR+ web-BCPA), respektive åtta personer (MMR). Bortfall = 18 procent.

web-BCPA), respektive åtta personer (MMR). Bortfall = 18 procent.

INTERVENTION: Webbprogrammet 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 deltagarnas förväntningar gällande arbetsåtergång. Smärtintensitet minskade och funktionsförmåga ökade signifikant över tid och 20-30 procent av deltagarna i båda grupperna uppnådde MIC (minimal important change), men utan signifikanta skillnader mellan grupperna.

Litteratur

Nordin, C. A., Michaelson, P., Gard, G., & Eriksson, M. K. (2016). Effects of the Web Behavior Change Program for Activity and Multimodal Pain Rehabilitation: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 18(10).

RF2011-05 Birgitta Grahn et al.

WorkUp. Tidig strukturerad vård med motivations- och arbetsplatsintervention för förbättrad arbetsförmåga vid nack-, skulder- och/eller ryggsmärta. En prospektiv parvis kluster-randomiserad kontrollerad studie inom primärvården med ettårsuppföljning.

SYFTE: Att jämföra effekten av strukturerad evidensbaserad fysioterapeutisk intervention kompletterad med arbetsplatsintervention med sedvanlig behandling för patienter med akut/subakut nack- och/eller ryggsmärta inom primärvården.

METOD: En prospektiv parvis klusterrandomiserad studie med ettårsuppföljning genomfördes på 32 vårdenheter/20 rehabiliteringsenheter.

DELTAGARE: Interventionsgruppen omfattade 146 (92 kvinnor, 54 män) och kontrollgruppen 206 patienter (138 kvinnor, 68 män). Cirka 95 procent hade ett arbete. 35 procent i interventionsgruppen och 36 procent i kontrollgruppen var sjukskrivna vid studiens inledning. Vid ettårsuppföljningen återstod 138

patienter i interventionsgruppen och 185 i kontrollgruppen, dvs. ett bortfall om cirka tio procent i båda grupperna. Enligt power-beräkningen krävdes totalt 500 patienter.

INTERVENTIONER: Evidensbaserad sjukgymnastik inkluderande noggrann undersökning och behandling som var baserad på biopsykosociala och kognitiva beteendeterapeutiska (KBT) perspektiv. Arbetsplatsinterventionen bestod av "ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång" (ADA) som omfattar tre delar. (1) Intervju med patienten/arbetstagararen angående orsak och syn på besvären, (2) motsvarande intervju med arbetsledare/chef och (3) gemensamt samtal mellan arbetstagarare, arbetsgivare och vårdgivare (fysioterapeut). I kontrollgruppen erbjuds patienterna sedvan-

lig behandling i enlighet med vårdcentralens rutiner och rehabiliteringsgarantin.

UTFALL: Vid ettårsuppföljningen var det signifikant fler i interventionsgruppen som inte var sjukskrivna jämfört med kontrollgruppen ($p=0,012$). Deltagarna rapporterade sjukfrånvaro genom SMS en gång/vecka under hela uppföljningsåret. Även arbetsförmåga (enskilt item) förbättrades signifikant bättre i interventionsgruppen.

KOMMENTAR: Sjukfrånvaron är självrapporterad men bör genom upprepade mätningar veckovis under ett år vara relativt tillförlitliga.

Psykiska problem

PSYKISKA PROBLEM I studierna omfattar depression, ångest, oro, utmattningssyndrom eller liknande ofta stressrelaterade syndrom (ej psykos, djupare depressioner, svårare trauman). Tio projekt rörande psykiska problem och ett som rör både muskuloskeletal och psykiska problem har redovisats. Tabell 3 visar resultaten för psykiska problem i sammanfattning.

En studie (RS2009-016) baserad på en jämförelse mellan problembaserad behandling (PBM) och kognitiv beteendeterapi (KBT) visar något förbättrad arbetsförmåga med KBT (två av tre delskalor), medan behandlingarna inte skiljer sig åt vad gäller RTW. Uppföljningen i detta fall gjordes dock direkt efter tolv 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 (RS2009-009) ingår insatser på arbetsplatsen både i kontroll- och interventionsgrupperna och positiva effekter (arbetsförmåga) rapporteras efter ett år i båda grupperna, men ingen signifikant skillnad fanns mellan dem. Bortfallet vid uppföljningen är dock stort (47%).

I studie RS2010-014 (medelhög kvalitet) jämfördes insatser på arbetsplatsen med sedvanlig behandling. Resultaten för RTW var positiva då interventionen även inbegrep insatser på arbetsplatsen.

Den ena studien med hög vetenskaplig kvalitet (RS2009-027) visar ingen signifikant skillnad i RTW eller arbetsförmåga efter ett år för intervention med internetbaserad KBT eller fysisk aktivitet jämfört med sedvanlig behandling. Den andra studien med hög vetenskaplig kvalitet (RS2010-017) visar kraftig minskning i sjukfrånvaro och utmattningssymtom,

samt förbättrad arbetsförmåga i båda grupperna som fått MM-behandling, i ena fallet kombinerat med individanpassad behandling, men ingen signifikant skillnad fanns mellan grupperna.

Två studier av medelhög vetenskaplig kvalitet (RS2011-003 och RS2011-012) visar inga signifikanta skillnader i sjukfrånvaro eller arbetsförmåga då regelbunden användning av självskattningsinstrumentet MADRS-S respektive arbetsplats-intervention och "acceptance commitment therapy" (ACT) jämförs med sedvanlig behandling. I en studie med låg vetenskaplig kvalitet (RS2011-009) visar internetbaserad KBT högre sjukfrånvaro jämfört med sedvanlig behandling.

Som framgår av Tabell 3 är det tre projekt som intervererat på arbetsplatsen (RS2009-009, RS2010-014 och RS2011-012). Arbetsförmåga har mätts i mycket högre utsträckning i projekten med inriktning på psykiska problem än i projekten om muskuloskeletal problem.

Tabell 3. Sammanfattning av resultaten från de 10 avslutade RCT-projekt av psykiska problem, samt från ett ännu inte avslutat projekt.

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	Ingen skillnad	Minskad utbrändhet vid MM+kognitiv träning jämfört med MM. Ingen skillnad i ångest och depression.
RS2009-016 Perseus et al (2009 - mars 2013)	PBM	KBT	12 veckor	L	Ingen skillnad	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	Ingen skillnad	Ingen skillnad i depression mellan grupperna.
RS2010-006 Björkelund et al. (2010 - nov 2013)	IKBT	TAU	3, 6, 12 mån	L	Ingen skillnad	Har mätts men ej rapporterats	Ingen skillnad i depression och livskvalitet vid 6 mån. Data saknas för 12 mån.
RS2010-013 Holmqvist et al. (2010 - jun 2016)	IPT	KBT	Vid avslutad behandling	L	Ingen skillnad	Redovisas ej	Minskad depression i båda grupperna.
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.
RS2010-017 Jonsdotir et al. (2010 - nov 2016)	MM + individanpassad behandling	MM	12 mån	H	Ingen skillnad	Ingen skillnad	Sjukskrivningen minskade kraftigt i båda grupperna, samtidigt som arbetsförmågan ökade.
RS2011-003 Björkelund et al. (2011 - nov 2013 + jun 2015)	Självskattningsformuläret MADRS-S	TAU	12 mån	M	Ingen skillnad	Ingen skillnad	Ingen skillnad i depression, livskvalitet eller självskattad hälsa.
RS2011-009 Holmländare (2011 - sep 2016)	IKBT + TAU	TAU	12 mån	L	Högre sjukfrånvaro i IKBT-gruppen	Redovisas ej	Minskad depression i IKBT-gruppen. Stort bortfall (över 50%).
RS2011-012 Finnes et al. (2011 - aug 2016)	ACT, ADA, ADA+ACT	TAU	3, 9 mån	M	Ingen skillnad	Ingen skillnad	Ingen skillnad i symtom mellan grupperna. Stort bortfall (31%).
RS2011-004 Rolf Sandell (2011 - okt 2016)	Självvald eller randomiserad terapiform (KBT eller PDT)	Väntelista	6, 12, 24 mån	H	Studien pågår	Studien pågår	Gruppkoderna är ännu inte avslöjade. Slutrapport planeras till december 2017.

Förklaringar: ACT = Acceptance commitment therapy, ADA = arbetsplatsintervention, FaR = fysisk aktivitet på recept, IES = Individual Enabling and Support (arbetsplatsrehabilitering), KBT = kognitiv beteendeterapi, MM = multimodal intervention, PDT = Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy, TAU = treatment as usual, PBM = problembaserad metod, RTW = return to work, IPT = interpersonell psykoterapi.

L = låg vetenskaplig kvalitet, M = medelhög vetenskaplig kvalitet, H = hög vetenskaplig kvalitet.

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 tolv 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 tolv veckor och med tre pass per vecka. Uppföljning efter ett år.

DELTAGARE: Totalt 161 patienter som var sjukskrivna med diagnostiserade 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 procent. Faktiskt bortfall = 47 procent.

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 beteendearbaserad 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, tre gånger/vecka under tolv veckor med totalt 36 sessioner.

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

UTFALL: Arbetsförmåga (WAI) och hälsorelaterad livskvalitet förbättrades signifikant över tid i alla tre grupperna, men ett 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 kognitiv träning jämfört med kontrollgruppen (multimodal rehabilitering).

Litteratur

Gavelin, H. M., Boraxbekk, C. J., Stenlund, T., Slunga-Järvholm, L & Neely, A. S. (2015). Effects of a process-based cognitive training intervention for patients with stress-related exhaustion. *Stress*, 18(5), 578–588.

RS2009-016 Kent-Inge Perseius

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) respektive KBT. Uppföljning efter tolv veckors intervention (två 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 åtta 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 procent var kvinnor. Bortfall = 44 procent.

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 egendefinerade 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 tolv veckor (median) som interventionerna pågick. Nästa steg blir en uppföljning efter sex månader.

KOMMENTAR: Antalet deltagare betydligt färre än vad som krävdes enligt power-beräkningen. Studien var planerad att pågå i totalt fem år.

Litteratur

Jansson, I., Gunnarsson, A. B., Björklund, A., Brudin, L., & Perseius, K. I. (2015). Problem-based self-care groups versus cognitive behavioural therapy for persons on sick leave due to common mental disorders: A randomised controlled study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(1), 127–140.

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 nio månader (tolv 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 procent fanns kvar vid uppföljningen. Enligt ansökan planerades 1080 personer delta (power-beräkning saknas). Bortfall = 12 procent.

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 tolv 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 nio månader. Män förbättrade sin arbetsförmåga mer än kvinnor ($p < .05$).

KOMMENTAR: Uppföljning via registerdata planerad även under tre–fyra år, men denna del ingår inte i REHSAM-ansökan.

Litteratur

Hallgren, M., Kraepelien, M., Öjehagen, A., Lindfors, N., Zeebari, Z., Kaldo, V., & Forsell, Y. (2015). Physical exercise and internet-based cognitive-be-

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 (sex och tolv 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 tre, sex och tolv 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 tre månaders uppföljning deltog 30 (IKBT) respektive 35 (sedvanlig behandling) patienter. Enligt ansökans power-beräkning krävdes totalt cirka 200 deltagare till randomisering. 70 procent kvinnor. Bortfall efter tre månader = 28 procent.

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 tremånadersuppföljningen ses ingen signifikant skillnad avseende reduktion av depressiva symtom eller självrapporterad sjukskrivningsfrekvens

RS2010-013 Rolf Holmqvist

Randomiserad undersökning av depressions-behandling med interpersonell psykoterapi (IPT) och kognitiv beteendeterapi (KBT).

SYFTE: Att jämföra effekten av interpersonell psykoterapi (IPT) och kognitiv beteendeterapi (KBT) vid behandling av patienter med egentlig depression (lindrigt till måttligt deprimerade).

METOD: Patienterna randomiserades till behandling med IPT respektive KBT. Mätningar gjordes före

havioural therapy in the treatment of depression: randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry, 207(3), 227-234.

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 sex respektive tolv 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 tre månader. Oklart om behandlingen pågick under tre månader tills första uppföljningen. Arbetsförmåga har mätts (WAI), men ej rapporterats från uppföljningarna.

Litteratur

Kivi, M., Eriksson, M. C., Hange, D., Petersson, E. L., Vernmark, K., Johansson, B., & Björkelund, C. (2014). Internet-based therapy for mild to moderate depression in Swedish primary care: short term results from the PRIM-NET randomized controlled trial. Cognitive Behaviour Therapy, 43(4), 289-298.

Kivi, M. (2015). Internet-based Treatment of Depression in Primary Care: Effectiveness and Feasibility. Doktorsavhandling, Göteborgs universitet.

behandling och direkt efter avslutad behandling. Senare uppföljning (tolv månader) planeras.

DELTAGARE: 96 patienter (66 kvinnor) diagnostiserades med depression vid en psykiatrisk klinik i Sundsvall accepterade att delta i studien. Ålder = 18-65 år (medelålder = 34,2 år). 68,1 procent fick antidepressiv

medicinsk behandling. Endast 37,5 procent var sjukskrivna vid rekrytering till studien. Enligt ansökans power-beräkning krävdes totalt 88 deltagare till randomisering för 70 procent power. 63 personer (66%) fullföljde behandlingen, varav 35 i IPT-gruppen och 28 i KBT-gruppen. Störst bortfall (20 personer) ägde rum i KBT-gruppen.

INTERVENTIONER: IPT och KBT praktiserades enligt standardmetoder av erfarna terapeuter vid den aktuella kliniken som en del av deras normala verksamhet. I båda fallen omfattade behandlingen 14 sessioner. IPT-terapeuterna var äldre än KBT-terapeuterna (medelålder = 57,9 respektive 37,6 år).

UTFALL: Signifikanta minskningar i depression ägde rum i både grupperna, men ingen skillnad i utfall erhöles mellan grupperna. Omfattningen av självrapporterad sjukfrånvaro var ungefär lika stor före som efter avslutad behandling.

KOMMENTAR: Ett problem är det stora bortfallet av

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 skraddarsydd 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 sex och tolv månader (6 + 18 månader enligt ansökan). Vid uppföljningen efter tolv månader deltog 33 (IES) respektive 26 (sedvanlig behandling) patienter. Enligt ansökans power-beräkning krävdes totalt cirka 120 deltagare till randomisering. Förväntat bortfall cirka 20 procent.

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 procent

patienter, speciellt i KBT-gruppen. Eftersom bara 37,5 procent var sjukskrivna vid behandlingens början var möjligheterna att hitta skillnader i utfall mellan de två interventionerna små, särskilt som mätningar endast gjordes vid avslutad behandling. Senare uppföljning (tolv månader) saknas. I studien studeras även medierande effekter av distanserad anknytning och lägre mentaliseringsförmåga.

Litteratur

Ekeblad, A. (2016). A Randomized Trial of Interpersonal Psychotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Major Depressive Disorder: Predictors of process and outcome. Doktorsavhandling, Linköpings universitet.

Ekeblad, A., Falkenström, F., Andersson, G., Vestberg, R., & Holmqvist, R. (2016). Randomized trial of interpersonal psychotherapy and cognitive behavioral therapy for major depressive disorder in a community based psychiatric outpatient clinic. Depression and anxiety. DOI: 10.1002/da.22495

var kvinnor. Bortfall = 8 procent.

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 arbetsåtgång 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.

RS2010-017 Ingibjörg Jonsdottir

Bedömning och träning av kritiska funktioner av betydelse för tidig och hållbar arbetsåtergång för patienter med utmattningssyndrom.

SYFTE: Att jämföra effekten av multimodal standardbehandling (MM) med MM kompletterad med omfattande individanpassade insatser vid behandling av patienter med utmattningssyndrom.

METOD: Patienterna randomiserades till behandling med MM respektive MM + individanpassade insatser. Mätningar gjordes före behandling och vid uppföljning efter ett år.

DELTAGARE: 142 patienter (oklar könsfördelning) diagnostiserade med utmattningssyndrom inkluderades i studien. Enligt power-beräkningen krävdes totalt 140 patienter. 71 procent av patienterna i kontrollgruppen och 80 procent i interventionsgruppen var 100 procent sjukskrivna vid studiens inledning enligt FK:s register.

INTERVENTIONER: Den individanpassade insatsen utöver MM omfattade individuell fysisk träning och

stöd samt en speciell kognitiv psykoterapibehandling med fokus på energibrist, kognitiva störningar, externt "locus of control" (bemästring) och låg självkänsla.

UTFALL: Signifikanta minskningar i sjukfrånvaro enligt FK, samt grad av utmattning, ägde rum i båda grupperna, men ingen skillnad i utfall erhöles mellan grupperna. Sjukskrivningarna i kontrollgruppen minskade från 71–35 procent och i interventionsgruppen från 80–42 procent. Andelen med kliniskt definierat utmattningssyndrom i kontrollgruppen minskade från 94–52 procent och i interventionsgruppen från 92–51 procent. Även arbetsförmåga (WAI) minskade signifikant och likvärdigt i båda grupperna.

KOMMENTAR: Betydande förbättringar erhöles i båda grupperna men inga markanta skillnader kunde noteras. Senare uppföljning (18 månader) planeras.

RS2011-003 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 (tre månader) och lång (ett 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 sex och tolv 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 tremånadersuppföljningen deltog 68 procent av kontrollgruppen och 76 procent av interventionsgruppen. Vid tolv månader deltog 69 procent i kontrollgruppen och 70 procent i interventionsgruppen. Enligt ansökans power-beräkning

krävdes totalt 250 deltagare till randomisering. 70 procent var kvinnor. Bortfall = 30 procent.

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 tolv 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 sexmånadersuppföljningen. 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.

Litteratur

Wikberg, C., Nejati, S., Larsson, M. E., Petersson, E. L., Westman, J., Ariai, N., Kivi M., Eriksson, M.,

Eggertsen R, Hange D., Baigi, A. & Björkelund, C. (2015). Comparison Between the Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale-Self and the Beck De-

pression Inventory II in Primary Care. The Primary Care Companion for CNS Disorders, 17(3).

RS2011-004 Rolf Sandell

POSE. Psykoterapeutiskt utfall och självvalseffekter för paniksyndrom.

SYFTE: Att uppskatta effekten av att själv få välja mellan två alternativa behandlingar för paniksyndrom (självvald terapiform) jämfört med randomiserad fördelning av patienter till en evidensbaserad form av kognitiv beteendeterapi, KBT (Panic Control Treatment), eller en form av psykodynamisk terapi, PDT (Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy).

METOD: Patienterna fördelas slumpmässigt till randomiserad respektive självvald terapiform och testas vid behandlingsslut samt sex, tolv och 24 månader därefter. Hälften av patienterna till grupperna befinner sig på väntelista (kontrollgrupp) innan behandlingen börjar. Jämförelser görs mellan de två terapiformerna, mellan randomiserad och självvald terapiform och i relation till kontrollgruppen (patienter på väntelista). Enligt ansökan skulle fördelningen vara 160 (randomiserad terapiform), 160 (självvald terapiform) och 80 patienter (väntelista). Det primära utfallsmåttet är en svensk översättning av Panic Disorder Severity Scale (PDSS), som är en skattning av oberoende bedömare på grundval av en intervju. Bedömarna är blinda för behandlingen. Utöver ett stort antal sekundära utfallsmått kommer också förändringar i olika aspekter av arbetsförmåga att studeras. Inklusion av patienter pågår fortfarande och avslutas i april 2017.

DELTAGARE: Totalt planeras enligt power-beräkning 216 patienter delta t.o.m. april 2017 (320 enligt ansökan). Patienterna rekryteras från primärvården och psykiatriska mottagningar enligt bland annat följande kriterier: paniksyndrom (med eller utan agorafobi) som primärdiagnos, ålder 18–70 år, beredd att avstå från pågående psykoterapibehandling och andra behandlingar som inte tillhör den aktuella studien.

INTERVENTION: Efter detaljerad information om de

två psykoterapiformerna får hälften av patienterna välja antingen PDT eller KBT. Den andra hälften av patienterna randomiseras till en av de två behandlingarna. Båda behandlingarna ges enligt manual och videofilmas. PDT respektive KBT ges under 12–16 veckor, totalt cirka 15 timmar. Behandlingen utförs av terapeuter med minst grundutbildning i KBT eller PDT.

UTFALL: Eftersom koderna för grupptillhörighet inte avslöjas förrän vid avslutad datainsamling kan inga gruppjämförelser genomföras i nuläget. Vad gäller gruppen som helhet visar dock hittills insamlade data baserade på cirka 140 personer (drygt 70% kvinnor) relativt stora effekter på PDSS, i storleksordningen 1,20 standardavvikelser. De specifika effekterna tycks också generaliseras till allmänt psykiskt välbefinnande enligt självskattningar på Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM). Slutsatser om behandlingseffekter på arbetsförmåga är mer osäkra beroende på det mindre antalet inmatade observationer (n = 42), dock tycks arbetsförmågan i olika avseenden ha förbättrats något.

KOMMENTAR: Utfallet för gruppen som helhet förefaller gälla vid avslutad behandling. Det är oklart i vilken utsträckning patienterna var sjukskrivna då studien inleddes. Senare uppföljningar planeras beroende på ekonomiska förutsättningar. Projektet har medgivits förlängning för slutrapport till december 2017.

Litteratur

Sandell, R., Svensson, M., Nilsson, T., Johansson, H., Viborg, G., & Perrin, S. (2015). The POSE study-panic control treatment versus panic-focused psychodynamic psychotherapy under randomized and self-selection conditions: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16(1), 1.

RS2011-009 Fredrik Holländare

Regional studie av internetbaserad återfallsprevention som tillägg till en delvis framgångsrik antidepressiv medicinering (ISAK)

SYFTE: Målet med studien är att undersöka om internetbaserad kognitiv beteendeterapi (IKBT)

kan ge någon ytterligare skyddande effekt, utöver den effekt som pågående antidepressiv medicinering

ger, och om interventionen kan reducera återfall och sjukfrånvaro bland personer som behandlats för depression.

METOD: ISAK-projektet är en randomiserad kontrollerad studie med ett års uppföljning.

DELTAGARE: Totalt 111 personer (72% kvinnor) i åldrarna 18–66 år som studerade eller hade anställning och som genomgick medicinsk behandling för depression randomiserades till IKBT (n=57) eller bara medicinering (n=54). Vid ettårs-uppföljningen återstod 29 personer i IKBT-gruppen och 24 i kontrollgruppen. Bortfall = 52,2 procent. Enligt power-beräkningen krävdes 264 deltagare.

INTERVENTIONER: Den internetbaserade tio veckor

långa interventionen bygger på KBT och är uppdelad i moduler som tar upp behandlingsinslag som beteendeaktivering, kognitiv omstrukturering, medveten närvaro, fysisk aktivitet och ångesthantering. Varje deltagare har en personlig terapeut som guidar henne/honom genom behandlingsmodulerna och krypterad e-post används för all kommunikation. Kontrollgruppen får endast antidepressiv medicinering.

UTFALL: Gruppen som fick IKBT visade positiva effekter av behandlingen på depressiva symtom, men rapporterade signifikant fler sjukdagar i genomsnitt per månad jämfört med kontrollerna.

KOMMENTAR: Det stora bortfallet vid ettårsuppföljningen gör resultaten osäkra.

RS2011-012 Anna Finnes

Rehabilitering av psykiatriska tillstånd - interventionsstudie rörande faktorer av betydelse för arbetsåtergång (SAFARI).

SYFTE: SAFARI-studien syftar till att utvärdera effekten av två olika interventioner:

- en form av psykoterapi, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), och
- en arbetsplatsintervention (Arbetsplatsdialog för arbetsåtergång, ADA), separat och i kombination, i jämförelse med sedvanlig behandling (TAU) bland personer sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa.

METOD: Deltagarna randomiserades till fyra olika betingelser: (1) Endast ACT, (2) endast ADA, (3) ACT+ADA och (4) TAU. Mätningar gjordes före och efter behandling samt vid uppföljning tre och nio månader efter avslutad behandling.

DELTAGARE: Totalt 352 personer (78,4% kvinnor) som var sjukskrivna på grund av psykiska besvär (mildare depression, ångestsyndrom, reaktioner på svår stress, anpassningsstörningar) och bosatta inom Stockholms läns landsting. Ålder = 18–60 år (medelålder = 46,3 år). Samtliga deltagare var anställda minst 50 procent av heltid. Enligt ansökans power-beräkning krävdes totalt 320 deltagare till randomisering. Av 261 deltagare i interventionsgrupperna fullföljde 180 behandlingen (70%). Störst (40 personer) i ADA-gruppen.

INTERVENTIONER: ACT är en etablerad psykologisk terapi som syftar till flexibilitet och förändring baserad på personliga värderingar. Psykologisk flexibilitet innefattar bland annat acceptans och medvetande i nuet, totalt ingår sex specifika komponenter. Be-

handlingen bestod av totalt tre–sex sessioner om 90 minuter, samt information om hemövningar. Behandlingsperioden pågick i maximalt tre månader. ADA omfattade tre möten: (1) intervju med patienten angående orsaker till sjukfrånvaron och faktorer som skulle underlätta RTW, (2) samtal med den anställdes närmaste arbetsledare kring samma frågor och (3) gemensamt möte mellan den sjukskrivne, arbetsledare och terapeut för att finna lösningar. TAU innebar att patienten fortsatte med den behandling som redan var planerad.

UTFALL: Sjukfrånvaron (enligt FK-register) minskade och arbetsförmågan (WAI) ökade och symtomen förbättrades signifikant över tid i alla fyra grupperna både tre och nio månader efter avslutad behandling jämfört med förmätningarna, men inga signifikanta skillnader i utfall erhöles mellan grupperna. Höga nivåer av sjukskrivning två år före interventionen visade samband med ökad sjukskrivning under uppföljningsperioden.

KOMMENTAR: Studiens uppläggning är av hög vetenskaplig kvalitet, men bortfallet (i genomsnitt cirka 30%) är stort, särskilt i ADA-gruppen. En kvalitativ uppföljning av behandlingen visar att patienterna var mest nöjda då ACT ingick i behandlingen. Enligt ansökan skulle totalt 750 patienter inkluderas i en något mer omfattande studie.

Psykiska och muskuloskeletala problem

Ett projekt (RS2011-010) 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 tolv månader.

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
RS2011-010 Anderzén (2011 - sep 2014)	MM (Team) resp. ACT	TAU	12 mån	M	Ingen signifikant skillnad i sjukskrivning	Redovisas ej	Förbättrad psykisk hälsa i båda interventionsgrupperna. Större bortfall i behandlingsgrupperna.

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

Psykiska och muskuloskeletala problem Sammanfattningar 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 (TAU) bland patienter med psykisk ohälsa.

METOD: VITALIS var en randomiserad kontrollerad interventionsstudie som vände sig till långtidssjukskrivna kvinnor i Uppsala län. Uppföljning efter ett år (två 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 procent.

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, TAU (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 procent i ACT-gruppen, 60,8 procent i TEAM-gruppen och 48,5 procent 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 ett 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.

Metodutvecklingsstudier

Sammanfattning av två projekt

TRE AV DE beviljade REHSAM-projekten kan karakteriseras som metodstudier och var inte randomiserade med kontrollgrupper. Dessa kan av naturliga skäl inte redovisas i det tidigare använda tabellformatet för de 19 RCT-studierna. Två metodstudier

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.

SYFTE: Att utveckla ett instrument för bedömning och urval till multimodala rehabiliteringsprogram (MMRP), dvs. att skilja ut patienter med mindre komplex problematik (nivå 1) från patienter med mer uttalad komplexitet (nivå 2), samt utveckla ett register för utvärdering av MMRP i primärvård. Syftet i det första fallet är att identifiera vilka patienter som kan delta i multimodal rehabilitering inom primärvård (nivå 1) och vilka som bör rehabiliteras inom specialistvård (nivå 2).

Inom dessa övergripande syften har studier genomförts som syftar till att underlätta utvecklingen av samt fördjupa kunskapen om MMRP. Utfall av MMRP har studerats i patientgrupper från två landsting (Västerbotten och Östergötland).

METOD: Ett register för MMRP i primärvård har skapats och majoriteten av landstingen/regionerna i landet är anslutna till detta. En prototyp till ett instrument för bedömning och urval till MMRP har utvecklats och klinisk testning av detta pågår för att identifiera vilka patienter som har en mer komplex smärtproblematik och som därför bör rehabiliteras inom specialistvård och vilka patienter som har mindre komplexitet och som kan delta i multimodal rehabilitering inom primärvård.

Mellan augusti 2012 och maj 2015 deltog patienter

var kvantitativa med identisk uppläggning och slogs samman (RS2011-002 och RS2011-007). Den tredje var en kvalitativ intervjustudie. Nedan ges verbala beskrivningar av uppläggning och resultat.

från två landsting i MMRP inom primärvården. Mätningar gjordes före, omedelbart efter och vid ettårs-uppföljning. Kontrollgrupp saknas.

DELTAGARE: Totalt 298 personer från två landsting med konstant eller återkommande smärtproblematik (86,2% kvinnor). Medelålder = 43 år (SD = 11,1 år).

INTERVENTION: Varierande MMRP anpassade till individuella förutsättningar.

UTFALL: Omedelbart efter avslutad intervention: Förbättringar visas i samtliga självskattade utfallsvariabler såsom smärta, coping, funktionsförmåga, hälsa, ångest, depression och arbetsförmåga.

Utfall efter ett år: Signifikanta förbättringar visas i samtliga självskattade utfallsvariabler utom en (aktuell smärtintensitet). Även motsvarande analyser på specialistnivå visade på signifikanta långtidsresultat.

KOMMENTAR: Huvudsyftet med detta projekt, som bygger på två identiska ansökningar från Västerbotten (Stålnacke) respektive Östergötland (Gerdle), var inte att jämföra utfallet av olika typer av intervention jämfört med sedvanlig behandling. Eftersom randomisering och kontrollgrupp saknas kan inga säkra slutsatser dras av interventionernas effekt jämfört med sedvanlig behandling. Projektet omfattar även prediktorer för utfall, såsom smärtintensitet och

sömn, förväntningseffekter och skillnader i kliniska variabler mellan de som väljs ut för MMRP och de som inte väljs ut.

En kvalitativ studie baserad på patientintervjuer visar i allmänhet en positiv upplevelse av behandlingen. Liknande resultat erhöles i en studie av kvinnor från Somalia med smärtproblematik. Intervjuer med professionella utövare visar på en positiv inställning till MMRP, men att vissa problem finns med implemen-

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: Elva irakiska kvinnor med kronisk muskelsmärta (40–55 år) och permanent uppehållstillstånd, som hade bott i Sverige mellan fyra och tolv år, deltog i intervjuerna. Dessutom intervjuades 35 representanter från primärvården (läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och psykologer) från elva 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

tering bland annat beroende på svårigheter att bilda väl fungerande team med olika experter.

Litteratur

Stenberg, G., Pietilä Holmner, E., Stålnacke, B. M., & Enthoven, P. (2015). Healthcare professional experiences with patients who participate in multimodal pain rehabilitation in primary care—a qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 1–10.

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 från projektet.

Litteratur

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.

Projekten i förhållande till utlysningsskriterierna och vetenskaplig kvalitet

AV DE 19 slutrapporterade RCT-projekten har fyra bedömts vara av hög och åtta av medelhög vetenskaplig kvalitet utifrån de tillämpade kriterierna. Övriga sju 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 två år har varierat mellan tre och sex år (Tabell 1).

Sammanfattningsvis kännetecknas flertalet projekt av någon eller några av följande svagheter (se Tabell 2, 3 och 4, samt projektsammanfattningarna). Endast 12 av de 19 RCT-projekten har följt upp interventionerna i ett år eller mer, trots att detta i enlighet med utlysningen och ansökningarna var avsikten. I tre fall har uppföljning enbart gjorts direkt efter avslutad behandling.

Jämfört med projektplanerna har i fem 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 fem fall har man förlorat cirka hälften av deltagarna.

I tre fall saknas mätt på RTW/sjukskrivning och i åtta 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 (RS2009-027) med 27 procent män (av cirka 1 000 deltagare) rapporterar en signifikant könsskillnad, där män med psykisk ohälsa förbättrar sin arbetsförmåga mer än kvinnor efter KBT. Andelen kvinnor i de 19 projekten varierar mellan 65 och 100 procent.

Sex projekt intervenerade på arbetsplatsen – tre projekt inom det muskuloskeletala (RS2009-007, RS2009-014 och RS2011-005) och tre inom det psykiska området (RS2009-009, RS2009-013 och RS2011-012).

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.

Ytterligare en studie av medelhög kvalitet (RS2009-011) visar positiva effekter på RTW efter ett år av fysioterapi vid smärta i nacke/skuldra. För övriga studier gällde att i tio av dessa fanns ingen signifikant ökning i RTW vid uppföljningen av den aktiva interventionen och i tre studier saknas RTW-mått. Av dessa 13 studier bedömdes sex vara av låg kvalitet.

Två projekt har syftat till att utveckla instrument för bedömning av rehabiliteringsbehov, bland annat för att kunna skilja ut patienter med mindre komplex problematik från patienter med mer uttalad komplexitet, samt utveckla ett register för utvärdering av multimodala interventioner i primärvård. Resultaten från dessa metodutvecklingsprojekt testas i pågående och kommande interventionsstudier.

Sammanfattning och diskussion

PROJEKTENS UPPLÄGGNING

Som framgått har många av 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 sju av studierna kortare än ett år, i tre fall har ingen uppföljning alls gjorts mer än vid avslutad behandling. I de flesta fall har utfallsmåtten byggts på självrapporterad sjukfrånvaro, vilket ökar risken för påverkan från förväntade behandlingseffekter. Registeruppgifter om sjukfrånvaro har en fördröjningstid som är oförenlig med tvåårsprojekt. 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 två år och det vanliga är fyra år eller mer innan slutredovisningen är färdigställd. Intressant att observera är också att den vetenskapliga publiceringen på allvar börjar komma igång 2016, alltså i många fall flera år efter att projekttiden gått ut. Det får ses som ytterligare ett tecken på att projekttiden varit för kort, men också ett tecken på starkt engagemang bland forskarna då man trots bristande finansiering ändå producerar och publicerar vetenskapliga artiklar i internationella tidskrifter.

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

Mot bakgrund av projektens svårigheter att uppfylla metodmålen är det inte helt förvånande att REHSAM-projekten som helhet ger begränsat stöd för vilka interventioner som bäst främjar ökad arbetsförmåga och RTW vid sjukskrivning. Detta innebär också att kostnadsberäkningarna för de olika interventionerna, liksom redovisningen av hur framgångsrika metoder skulle kunna införas i praktisk rehabiliteringsverksamhet, blir osäkra.

En anledning, utöver ovannämnda, till att så få studier visar signifikanta skillnader i RTW eller arbetsförmåga mellan de olika rehabiliteringsinsatserna kan vara att även jämförelsebetingelserna ofta inneburit någon form av behandling – ofta multimodal standardbehandling eller någon form av psykoterapi. Dessa har också varit framgångsrika och gett positiva effekter som inte skiljer sig nämnvärt från de specifika interventionerna. Utfallskolumnen för symtom i Tabell 2–4 ger en rad exempel på detta. Endast i ett fall (RS2009-011: ”Effekter av guidad basal kroppskänedom för reducering av smärta i nacke och axlar hos personer med synnedsättning”) görs jämförelse mellan intervention och ingen behandling alls och i ett fall (RS2010-002: ”Multimodala rehabiliteringsprogram vid långvarig smärta levererade av en behandlare”) utgörs kontrollbetingelsen av en grupp-diskussion kring smärta. De flesta behandlingarna ger symtomlindring vid smärta och psykiska problem.

Den internationella kunskapsöversikten (Aronsson & Lundberg, 2015) visade arbetsplatsens betydelse för återgång i arbete och det kan därför vara motiverat att undersöka om motsvarande resultat återkommer i REHSAM-projekten. Tabell 5 är en övergripande sammanställning av de 19 RCT-projekten med uppdelning på typ av hälsoproblem, arbetsplatsintervention och vetenskaplig kvalitet och med utfallen sjukfrånvaro och arbetsförmåga. Den kan utgöra underlag för en sådan analys.

Muskuloskeletala problem. Av de tre projekten med arbetsplatsintervention med inriktning på muskuloskeletala problem finns två signifikanta skillnader för sjukfrånvaro och en för arbetsförmåga.

Det första med positiva effekter gäller minskad sjukfrånvaron i projektet RS2009-007: ”Implementering av tidiga arbetsplatsbaserade preventiva insatser för personer med smärtrelaterad funktionsnedsättning”. Uppgifter om påverkan på arbetsförmåga saknas.

Det andra projektet med positiva effekter är RS2011-005: ”WorkUp. Tidig strukturerad vård med motivations- och arbetsplatsintervention för förbättrad arbetsförmåga vid nack-, skulder- och/eller ryggsmärta”. Här fanns effekter såväl för sjukfrånvaro som för arbetsförmåga.

I det tredje projektet med arbetsplatsintervention (RS2009-014: ”Aktivitets- och livsrollsorienterad arbetsrehabilitering i primärvård; en randomiserad kontrollerad intervention för återgång i arbete.”) fanns ingen signifikant skillnad i sjukfrånvaro mellan behandlings- och kontrollgrupp. Uppgifter om påverkan på arbetsförmåga saknas. Detta projekt

bedömdes dock vara av låg vetenskaplig kvalitet med anledning av få deltagare och cirka 50 procent bortfall vid uppföljningen.

I de fem projekten utan arbetsplatsintervention inriktade på muskuloskeletala problem finns bara en signifikant positiv behandlingseffekt, nämligen minskad sjukfrånvaro i projekt RS2009-011 (”Effekter av guidad basal kroppskänedom för reducering av smärta i nacke och axlar hos personer med synnedsättning.”).

Psykiska problem. Av de tre projekten med arbetsplatsintervention med inriktning på psykiska problem så finns en signifikant skillnad för sjukfrånvaro och en för arbetsförmåga. Båda fallen gäller projekt RS2010-014, ett projekt som var inriktat på arbetsplatsrehabilitering med nätverksbyggande, stöd och stärkande av egenmakt för personer med depression. Arbetsförmåga mättes som upplevelse av egenmakt, framtidsoptimism och livskvalitet.

I ett andra arbetsplatsinterventionsprojekt (RS2009-009: ”Effekter av kognitiv och fysisk träning som tillägg till ett multifaktoriellt rehabiliteringsprogram för patienter med utmattningssyndrom.”) ingick insatser på arbetsplatsen både i kontroll- och interventionsgrupperna och positiva effekter (arbetsförmåga) rapporteras efter ett år i båda grupperna, men ingen signifikant skillnad fanns mellan dem. Bortfallet vid uppföljningen var dock stort (47%).

I det tredje arbetsplatsinterventionsprojektet (RS2011-012: ”Rehabilitering av psykiatriska tillstånd – interventionsstudie rörande faktorer av betydelse för arbetsåtergång.”), framkom inga signifikanta skillnader mellan interventions- och kontrollgruppen. Också här var bortfallet stort, cirka 30 procent.

I de sju projekten utan arbetsplatsintervention inriktade på psykiska problem finns inga signifikanta skillnader mellan behandlings- och kontrollgrupp. I ett projekt vilket bedömdes ha hög vetenskaplig kvalitet (RS 2010-017: Bedömning och träning av kritiska funktioner av betydelse för tidig och hållbar arbetsåtergång för patienter med utmattningssyndrom), jämfördes multimodal standardbehandling med standardbehandling plus en individualiserad tilläggsbehandling. Utvärderingen visade kraftigt positiva effekter i både behandlingsgrupperna för såväl sjukfrånvaro som arbetsförmåga men inga signifikanta skillnader mellan grupperna. I utfallskolumnen i Tabell 3 finns flera exempel på den typen av förbättringar för båda behandlingsgrupperna men grupp-skillnaderna mellan behandlings- och kontrollgrupp har inte varit signifikant. Fyra av de sju studierna bedömdes vara av låg kvalitet.

Både psykiska och muskuloskeletala problem. I ett projekt (RS2011-010) VITALIS – Tillbaka till livet och tillbaka till arbete jämfördes multimodal team-behandling med acceptansorienterad terapi (ACT) med sedvanlig behandling (TAU). Där finner man förbättrad psykisk hälsa i båda behandlingsgrupperna, men ingen signifikant skillnad i sjukskrivning efter tolv månader.

Sammanfattningsvis är tendensen att projekt som omfattar insatser på arbetsplatsen är mer effektiva än de projekt som inte genomfört arbetsplatsinterventioner. Tendensen är även att projekt med högre vetenskaplig kvalitet oftare har signifikanta utfall.

Ser vi till alla 19 RCT-projekten oavsett probleminriktning så uppvisar totalt fyra projekt signifikanta positiva effekter av den aktiva interventionen. Dessa effekter finns bland de tolv projekt som är av hög eller medelhög vetenskaplig kvalitet. Inget av de sju projekten med låg vetenskaplig kvalitet visar signifikanta positiva effekter av interventionen.

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.

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 (<15 dagar). Med syftet att uppnå mer av jämförbarhet mellan olika studier har Försäkringskassan under sommaren 2016 på uppdrag av regeringen inventerat frånvaromått och föreslagit en minimi-uppsättning av mått för användning i fortsatta studier (Försäkringskassan 2016). Högre jämförbarhet skulle långsiktigt 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.

Den internationella kunskapssammanställningen 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 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, till exempel 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).

Tabell 5. Sammanställning av utfall från de 19 RCT projekten med uppdelning på problem inriktade på muskuloskeletala respektive psykiska problem samt arbetsplatsintervention (APInt). Utfallet avser antal studier med positivt utfall för den aktiva interventionen.

Muskuloskeletala problem (n=8)	Antal projekt, vetenskaplig kvalitet	Sjukfrånvaro (positivt utfall)	Arbetsförmåga (positivt utfall)
Med APInt (n=3)	1 Hög	1	1
	1 Medel	1	Redovisas ej
	1 Låg	0	Redovisas ej
Utan APInt (n=5)	1 Hög	Redovisas ej	0
	2 Medel	1	1
	2 Låg	Redovisas ej	Redovisas ej

Psykiska problem (n=10)	Antal projekt, vetenskaplig kvalitet	Sjukfrånvaro (positivt utfall)	Arbetsförmåga (positivt utfall)
Med APInt (n=3)	3 Medel	1	1
Utan APInt (n=7)	2 Hög	0	0
	1 Medel	0	0
	4 Låg	0	0

Både psykiska och muskuloskeletala problem (n=1)	Antal projekt, vetenskaplig kvalitet	Sjukfrånvaro (positivt utfall)	Arbetsförmåga (positivt utfall)
Utan APInt (n=1)	1 Medel	0	Redovisas ej

Referenser

- Aronsson, G & Lundberg U. (2015). Interventioner för återgång i arbete vid sjukskrivning – En systematisk kunskapsöversikt av meta-analyser med inriktning på muskuloskeletala och psykiska problem. *Arbete och hälsa*, 49(2).
- Bergström G., Lundin A., Vaez M., Cedstrand E., Hillert L., Jensen I. Insatser som ges via företagshälsovården för att minska eller förebygga psykisk ohälsa. En kartläggning av forskningen. Rapport 1: 2015, Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet. Stockholm 2015.
- 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.
- Forte. (2015). Förstudie inför utlysning av forskningsmedel rörande arbetsmiljön i kvinnodominerade sektorer. Regeringsuppdrag i Fortes regleringsbrev för 2015 (S2015/04650/SA).
- 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.
- Försäkringskassan (2016) Förslag på utfallsmått för att mäta återgång i arbete efter sjukskrivning. Socialförsäkringsrapport 2016:9
- 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.
- REHSAM. (2016). REHSAM: receptsamling. Vetenskapligt utvärderade rehabiliteringsmetoder inom forskningsprogrammet REHSAM.
- SBU. (2003). *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis*. En systematisk litteraturöversikt. 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 litteraturöversikt. Rapport nr 223. Stockholm 2014.
- SBU. (2014b). *Arbetsmiljöns betydelse för ryggproblem*.
- En systematisk litteraturöversikt*. Rapport nr 227. Stockholm 2014.
- Sveriges kommuner och landsting. www.skil.se/sjukskrivningar
- Sverke M, Falkenberg H, Kecklund G, Magnusson L & Lindfors P (2016) Kvinnors och mäns arbetsvillkor – betydelsen av organisatoriska faktorer och psykosociala arbets- och hälsorelaterade utfall. Arbetsmiljöverket: Kunskapssammanställning 2016:2.
- Sverke, M (2016) <http://www.psychology.su.se/om-oss/nyheter/arbetsrelaterad-oh%C3%A4lsa-inte-ett-kvinnoproblem-1.277916>
- 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.

SPÄNNANDE OCH TANKEVÄCKANDE LÄSNING FRÅN FORTE



Vill du läsa mer om arbetsmiljön i kvinnodominerade sektorer?

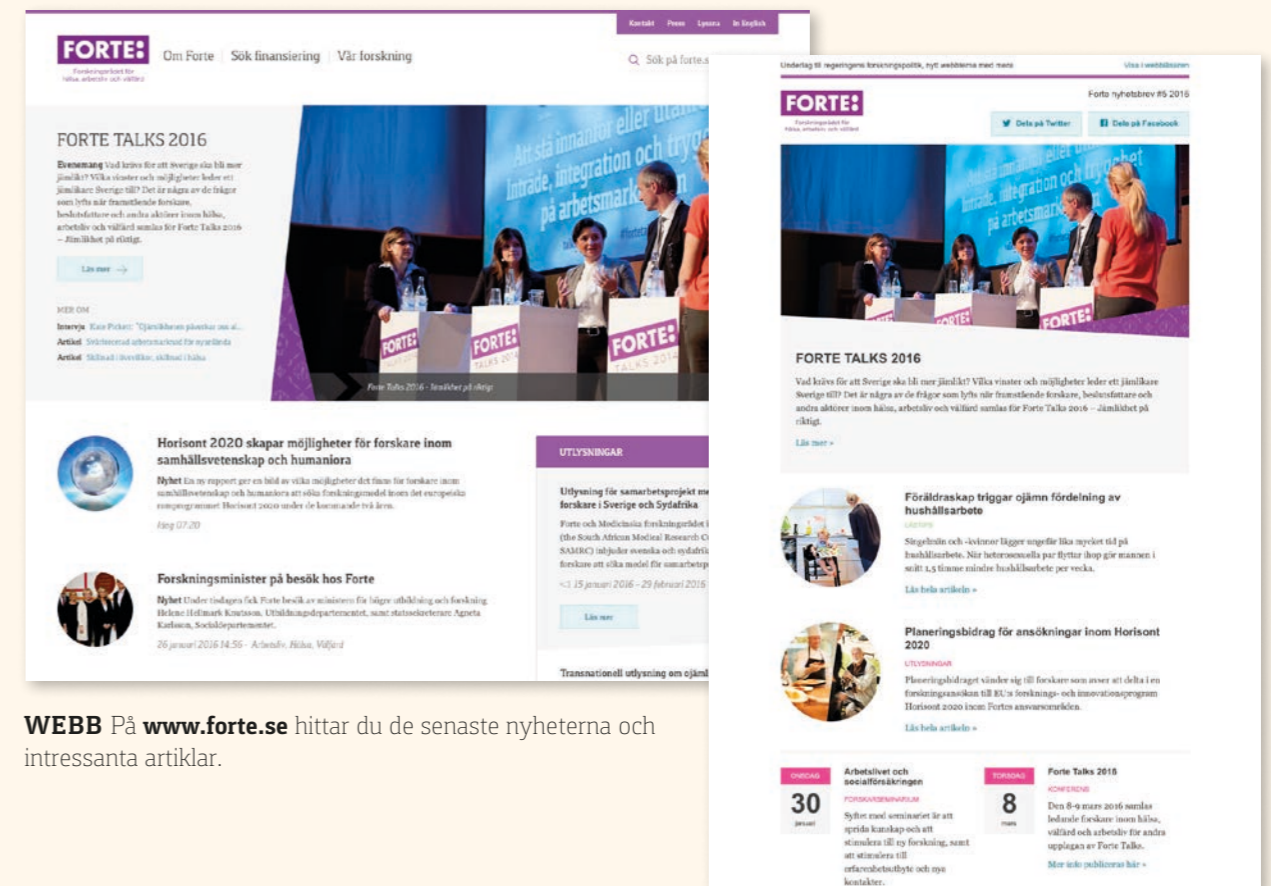
Arbetsmiljön i kvinnodominerade sektorer är generellt sett sämre än för övriga arbetsmarknaden. Inom vård och omsorgsyriken är stress, utmattning och sömnsvårigheter vanligt förekommande, och såväl den fysiska som den mentala belastningen är hög hos anställda - både män och kvinnor.

I april 2016 öppnade Forte en utlysning för att förmedla medel för forskning om arbetsmiljö i kvinnodominerade sektorer. Tio forskningsprojekt beviljades medel och ska slutredovisas 2020. I den här publikationen kan du läsa mer om de tio projekt Forte finansierar.

Ladda ner publikationen här:

<http://forte.se/publikation/10-projekt-om-arbetsmiljo-i-kvinnodominerade-sektorer/>

Trevlig läsning!



WEBB På www.forte.se hittar du de senaste nyheterna och intressanta artiklar.

NYHETSBRIV Prenumerera på Fortes nyhetsbrev och få löpande nyheter, evenemangstips, utlysningar och forskningsresultat via e-post. Gå in på forte.se för att anmäla dig som prenumerant.



PUBLIKATIONER På vår webb kan du ladda ner eller beställa alla våra publikationer gratis. Gå till www.forte.se/publikationer

SOCIALA MEDIER Följ oss i sociala medier för nyheter och diskussioner om vad som händer i Fortes värld. Vi finns på: [facebook.com/forteforskning](https://www.facebook.com/forteforskning), twitter.com/forteforskning och [linkedin.com/company/forteforskning](https://www.linkedin.com/company/forteforskning)

