

NR 2010;44(3)

# Återgång i arbete efter sjukskrivning för rörelseorganens sjukdomar och lättare psykisk ohälsa

*– en systematisk kunskapsmanställning om effekten av interventioner,  
rehabilitering och exponeringar på arbetet*

*Lena Holm, Margareta Torgén, Ann-Sophie Hansson, Roma Runeson,  
Malin Josephson, Magnus Helgesson & Eva Vingård*

ARBETE OCH HÄLSA

|

VETENSKAPLIG SKRIFTSERIE

ISBN 978-91-85971-20-6

ISSN 0346-7821



GÖTEBORGS  
UNIVERSITET

## **Arbete och Hälsa**

Skriftserien Arbete och Hälsa ges ut av Arbets- och miljömedicin vid Göteborgs universitet. I serien publiceras vetenskapliga originalarbeten, översiktsartiklar, kriteriedokument, och doktorsavhandlingar. Samtliga publikationer är refereegranskade.

Arbete och Hälsa har en bred målgrupp och ser gärna artiklar inom skilda områden.

Instruktioner och mall för utformning av manus finns att hämta på Arbets- och miljömedicins hemsida <http://www.amm.se/aoh>

Där finns också sammanfattningar på svenska och engelska samt rapporter i fulltext tillgängliga från och med 1997 års utgivning.

### **Arbete och Hälsa**

Chefredaktör: Kjell Torén

Redaktion: Maria Albin, Ewa Wigaeus Tornqvist, Marianne Törner, Lotta Dellve, Roger Persson och Kristin Svendsen  
Redaktionsassistent: Cina Holmer  
Teknisk redaktör: Cina Holmer

© Göteborgs universitet & författare 2010  
Göteborgs universitet, 405 30 Göteborg

ISBN 978-91-85971-20-6

ISSN 0346-7821

<http://www.amm.se/aoh>

Tryckt hos Geson Hylte Tryck, Göteborg

### **Redaktionsråd:**

Tor Aasen, Bergen  
Gunnar Ahlborg, Göteborg  
Kristina Alexanderson, Stockholm  
Berit Bakke, Oslo  
Lars Barregård, Göteborg  
Jens Peter Bonde, Köpenhamn  
Jörgen Eklund, Linköping  
Mats Eklöf, Göteborg  
Mats Hagberg, Göteborg  
Kari Heldal, Oslo  
Kristina Jakobsson, Lund  
Malin Josephson, Uppsala  
Bengt Järholm, Umeå  
Anette Kærgaard, Herning  
Ann Kryger, Köpenhamn  
Carola Lidén, Stockholm  
Svend Erik Mathiassen, Gävle  
Gunnar D. Nielsen, Köpenhamn  
Catarina Nordander, Lund  
Torben Sigsgaard, Århus  
Staffan Skerfving, Lund  
Gerd Sällsten, Göteborg  
Allan Toomingas, Stockholm  
Ewa Wikström, Göteborg  
Eva Vingård, Uppsala

## Förord

De höga sjukskrivningstalen med långa sjukskrivningar under början av 2000-talet har ökat intresset för rehabilitering i Sverige och på senare år har både en rehabiliteringskedja i sjukförsäkringen och en rehabiliteringsgaranti införts. Exakt vilka metoder som är mest effektiva har dock varit höljt i visst dunkel.

Avsikten med denna skrift är att beskriva vilka åtgärder som främjar återgång i arbete. Enbart artiklar publicerade i vetenskaplig litteratur har medtagits. Två fokus har funnits med den systematiska litteraturgenomgången; dels att undersöka effekten av rehabilitering och andra icke-kirurgiska/farmakologiska interventioner dels att undersöka effekten av förhållanden i arbetsmiljön.

Litteraturgenomgång har utgått från vetenskapliga originalartiklar i litteraturlöslagarna Medline, PsychInfo, och Cochrane-biblioteket från 900101-081231. De två diagnosgrupper som har undersökts är rörelseorganens sjukdomar och "lättare" psykisk ohälsa. Rörelseorganens sjukdomar innefattar besvär från ländrygg, nacke, skuldra, armar, händer höft, knä, ben och fot. För många av dessa sjukdomar finns ingen specifik diagnos utan de är symtomdiagnoser där smärta och funktionsinskränkning är centrala fenomen. "Lättare" psykisk ohälsa inkluderade i denna sammanställning är depression, ångest, utbrändhet eller utmattningsdepression samt anpassningsstörning.

Författarna vill tacka AFA Försäkring som har finansierats framtagandet av denna litteraturoversikt.

Uppsala i juni 2010

Eva Vingård



Syfte	1
Introduktion	1
Återgång i arbete - teori	2
Intervention	4
Rehabilitering ur ett samhällsperspektiv	4
Multimodal eller multidisciplinär rehabilitering?	6
Olika typer av vetenskapliga studier	6
Tidigare forskning	8
Metod och material	10
Sökstrategi	10
En första genomgång (Screening)	10
Vetenskaplig granskning	11
Resultat	13
Rörelseorganens sjukdomar	13
Lättare psykisk ohälsa	35
Diskussion	39
Interventioner	40
Tidsmässiga aspekter på interventioner	41
Arbetsexponeringar	43
Styrkor och begränsningar	43
Rekommendationer för fortsatt forskning	43
Utökad sammanfattning	45
Extended summary	52
Referenser	59
Tabeller	
Evidenstabeller - Rörelseorganens sjukdomar	65
Arbetsfaktorer – Rörelseorganens sjukdomar	92
Evidenstabeller - ”Lättare” psykisk ohälsa	95
Arbetsfaktorer – ”Lättare” psykisk ohälsa	99
Sammanfattning	100
Summary	102
Appendix 1 – Sökstrategi	104
Appendix 2 – Granskningsprotokoll	106
Appendix 3 - Sammanfattning av sjukförsäkringssystem	109
Referenser (Appendix 3)	112



# Syfte

Syftet med detta projekt var att genom en vetenskaplig systematisk litteraturoversikt beskriva vad som främjar återgång i arbete efter sjukskrivning för besvär från rörelseapparaten och s.k. ”lättare” psykisk ohälsa. Två fokus har funnits:

1. Effekten av rehabilitering och andra icke-kirurgiska/farmakologiska interventioner
2. Effekten av förhållanden i arbetsmiljön

Att bägge dessa två områden undersöks förklaras av att återgång i arbete är beroende av arbetsförmåga och att den arbetsförmåga som krävs är beroende på aktuella arbetsförhållanden. En intervention för individen som syftar till arbetsåtergång måste alltid ha förhållanden i arbetsmiljön i åtanke.

## Introduktion

Arbetslinjen är sedan länge förhärskande i det svenska samhället. Varje person förutsätts tjäna sitt eget uppehälle. I Sverige yrkesarbetar också en mycket hög andel av befolkningen, män som kvinnor. Om en person av någon anledning inte kan arbeta finns ett trygghetssystem som träder in och ser till att individen inte står helt utan försörjning. Vid arbetslöshet finns arbetslöshetsersättning, vid sjukdom sjukpenning och aktivitets- och sjukersättning och vid svårighet att försörja sig i övrigt finns möjlighet till ekonomiskt bistånd eller arbetsmarknadsåtgärder. Dessa trygghetssystem är solidariskt finansierade och de kräver att alla som har möjlighet till det, försöker arbeta. I slutet av 2008 hade vi drygt en miljon människor utanför arbetsmarknaden, försörjda av något av trygghetssystemen.

Generellt sett är arbete gott för individen och främjar hälsa och ekonomi. Långa sjukskrivningstider är därför negativt för den enskilde, och innebär för många en starkt försämrad självkänsla och minskat självförtroende som gör det än svårare att återfå arbetsförmågan (Falkdal et al. 2006). Många och långa sjukskrivningar leder också till höga kostnader för samhället och minskad produktivitet. Därtill kommer att många sjukskrivna står utan arbetsgivare efter en lång tids bortovaro från arbetslivet vilket i sin tur medför försämrad psykisk hälsa och eventuellt ny sjukskrivning (Riksrevisionen 2007).

Långtidssjukskrivning har varit ett stort problem i Sverige i över tio år. Antalet långtidssjukskrivna har sjunkit under de senaste åren men siffran är fortfarande mycket hög. Majoriteten av individerna är sjukskrivna på grund av besvär i rörelseorganen eller för psykisk ohälsa av olika slag. Orsakerna till sjukskrivning är komplexa och kunskapen bristfällig. Ännu mindre är kunskapen om hur individen kan återgå i arbete och inkluderas i arbetsmarknaden igen speciellt i de fall arbetsförmågan inte är 100 procentig.

Försäkringssystemets omfattning och villkor kan också påverka frekvensen och längden på sjukfrånvaro (Henrekson et al. 2004). Vi har därför i ett appendix till denna rapport bilagt en kortfattad sammanfattning över sjukförsäkringssystem i länder där flera studier som ingår i vår rapport, har genomförts.

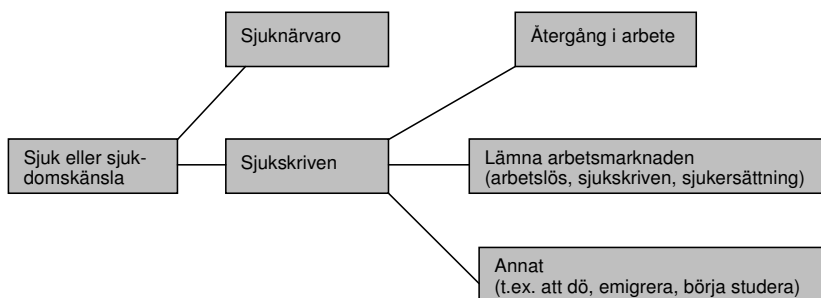
Begreppet återgång i arbete har ingen entydig definition och metodiken att studera detta är inte heller välutvecklad. Detta försvårar naturligtvis hållbara slutsatser i dagsläget.

## Återgång i arbete - teori

Återgång i arbete efter långtidssjukskrivning är en långdragen och komplex process. Flera studier har visat att nedsatt arbetsförmåga inte enbart beror på sjukdom och symtom utan även individuella faktorer, arbetets art och sociala förhållanden (Friesen et al. 2001, Young et al. 2005).

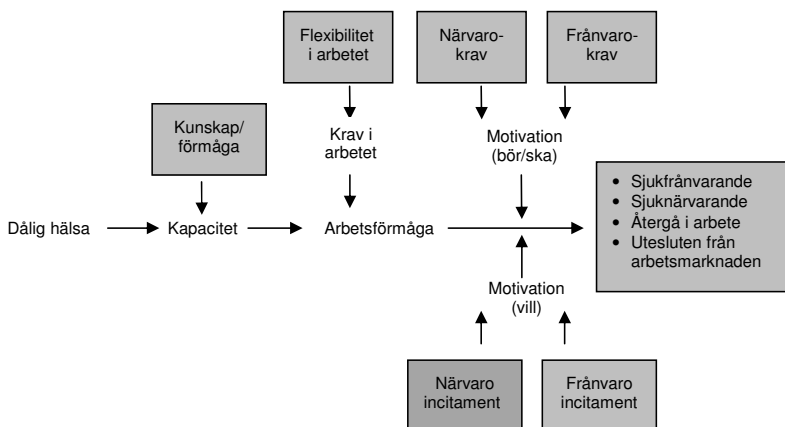
Samhällets ramverk i form av socialförsäkringar, sjukvård, arbetarskydd och folkhälsoarbete, den kontext som varje individ befinner sig i, är viktiga fundament för hälsan och arbetsförmågan. Arbetsförmågan har beskrivits som mänskliga resurser hos en individ i relation till kraven i arbetet. Arbetets art, innehåll, organisation och arbetsmiljön är av betydelse för de krav som arbetet ställer. Dessa krav måste matcha individens kapacitet. Vid sjukdom eller annan anledning till nedsatt arbetsförmåga kan en obalans uppstå mellan krav och kapacitet. Åtgärder på arbetet för att modifiera kraven eller kapacitetsstärkande åtgärder för individen kan vara olika sätt att återfå balansen. Samspelet är alltid dynamiskt och en god intervention för en bra och hållbar arbetsförmåga måste alltid ha denna dynamik i fokus. Detta innebär att interventioner för individen och åtgärder på arbetsplatsen ofta bör och kan göras samtidigt (Ilmarinen 2001, SOU 2009:47).

Det finns flera alternativa vägar att välja för en person som är sjuk eller känner symtom (se figur 1) (Johansson 2007). Om kraven går att anpassa och göra flexibla minskar risken för arbetsoförmåga. På arbetsplatser med goda möjligheter till flexibilitet både när det gäller fysiska och mentala krav, borde därför sjukskrivningarna vara färre.



**Figur 1.** Alternativa vägar då en person är sjuk eller känner symtom (Johansson 2007)





**Figur 2.** Sjukflexibilitetsmodellen enligt Gun Johansson (Johansson et al. 2004)

På en arbetsplats kan det också finnas förhållanden, som antingen ökar incitamenten för närvaro eller frånvaro. Detta har beskrivits i sjukflexibilitetsmodellen där incitament och krav i arbetet och möjlighet till anpassning har stor betydelse för individens väg tillbaka till arbete eller ut från arbetsmarknaden (se figur 2) (Johansson et al. 2004).

Franche och Krause har anpassat en modell från beteendeforskningen ”Readiness to change” (Prochaska et al. 1992) till processen runt sjukskrivning och återgång i arbete (Franche et al. 2002). Modellen innehåller fem faser:

1. Sjukskrivningsfas där arbetsåtergång känns avlägsen (Precontemplation) Sjelva sjukdomen och dess symtom är centrala i denna fas och individens energi läggs på tillfrisknande och återhämtning.

2. Sjukskrivningsfas där reflektioner på arbetsåtergång startar (Contemplation) Individen börjar reflektera över arbetsåtergång inom en överskådlig framtid. Fasen karaktäriseras dock ofta av ambivalens och osäkerhet där den anställde har svårt att starta förändringsprocessen mot arbete. Egen motivation och arbetets art spelar stor roll här liksom i nästa fas.

3. Förberedelser för arbetsåtergång (Preparation for action) Den anställde börjar förbereda sig för arbetsåtergång genom att söka information om detta, testa sin förmåga och göra upp planer. I detta skede är individen mottaglig för hjälp utifrån i form av rehabilitering, coaching eller arbetsanpassning för att sätta planerna i verket.

4. Handling (Action) I detta skede försöker individen sätta sina planer i verket och är också mycket mottaglig för hjälp utifrån. Risken för återfall till tidigare stadier är stor här om planerna misslyckas helt eller delvis beroende på tillkortakommanden hos individen eller dåligt eller bristfälligt stöd från omgivningen.

5. Upprätthållande (Maintenance) I detta stadium har den anställde återvänt till arbetet och försöker upprätthålla och förbättra sin arbetsförmåga genom att vara observant på risker att falla tillbaka i

tidigare faser. Hjälp med arbetsanpassningar och kapacitetsökande övningar för individen är viktiga i detta skede.

Ett mätinstrument har lanserat för att mäta i vilket stadium en sjukskriven individ befinner sig. Denna klassificering kan utgöra ett underlag för att bedöma vilka interventioner som är lämpliga och har möjlighet att bli framgångsrika (Franche et al. 2007a).

Längden på de olika faserna skiljer sig naturligtvis åt beroende på sjukdom, symtomgrad och individuella förutsättningar. Att möta individen på rätt sätt och med rätt intervention kräver förståelse för var i processen den sjukskrivne befinner sig.

I debatten har det ibland framhållits att individer gör en ekonomisk kalkyl och att sjukskrivning är ett aktivt positivt val ur försörjningssynpunkt. Inga studier i den vetenskapliga litteraturen stödjer med säkerhet detta resonemang.

## Intervention

Begreppet intervention betyder ursprungligen ”inblandning” och omfattar i medicinvetenskapligt hänseende alla åtgärder som sätts in inom prevention, såväl primär (för att förhindra ohälsa), sekundär (att bota och lindra ohälsa) som tertiär (begränsa negativa effekter av ohälsa). Rehabilitering finns oftast i gruppen tertiär prevention men kan också räknas till grupperna sekundär och primär prevention. Även åtgärder som till exempel införandet av riktlinjer eller nya lagar kan betraktas som en intervention (men är inte undersökt här).

## Rehabilitering ur ett samhällsperspektiv

Medicinsk och arbetsinriktad rehabilitering är vanligt förekommande interventioner. Rehabilitering definieras enligt nordisk familjebok 1944 enligt följande: ”Rehabilitering = att återge någon dennes forna ställning”. I ett första skede behöver en sjuk individ ibland en medicinsk rehabilitering och därefter en arbetslivsinriktad rehabilitering. Gränserna mellan det ena och det andra finns som en administrativ konstruktion med olika ansvarsinstanser medan verkligheten ofta visar mycket flytande gränser mellan de bägge formerna av rehabilitering. Den medicinska rehabiliteringen är sjuk- och hälsovårdens ansvar medan ansvaret för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen mer diffust är fördelat mellan hälso- och sjukvård, försäkringskassa, arbetsgivare och arbetsförmedling. Dessa aktörer har olika mål och instruktioner och arbetar ofta var och en i sitt ”stuprör”. Samordning har visat sig svår att uppnå och processen med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen tar därför ofta lång tid vilket i sig självt troligtvis är kontraproduktivt för arbetsåtergång.

Metodutveckling kring rehabilitering och prevention är ett aktuellt behov som också generellt lyfts fram i många sammanhang. Åtgärderna kan vara allt från strukturella insatser grundade på politiska beslut till informations- och utbildningsinsatser på gruppnivå, individrelaterade rehabiliteringsåtgärder baserade på olika, både fysiskt och psykiskt inriktade modeller. Arbetslivsinriktad rehabilitering

ing anses oftast som en bra och önskvärd åtgärd. Under 2000-talet har två statliga rehabiliteringsutredningar genomförts och presenterats. I Gerhard Larsson utredning ”Rehabilitering till arbete – en reform med individen i centrum” (SOU 2000:78) fastslogs sju hörnstenar för en god rehabiliteringsprocess. Flera av dessa var och är inte politiskt möjliga, men flera har en generell karaktär och bör uppmärksammas igen. Dessa fortfarande giltiga hörnstenar är:

- Individen i centrum vid rehabiliteringsarbetet. En förutsättning för ett gott resultat är individens engagemang och motivation
- Stärkta förebyggande insatser
- Ökat utbud av resurser och ökad kunskap. Forskning om åtgärders effektivitet bör stärkas för att evidensbaserade metoder skall bli fler
- Tydligare drivkrafter för en tidig och samordnad rehabilitering

I utredningen gjordes också ekonomiska kalkyler som visade att en satsad krona i rehabiliteringsåtgärder gav nio kronor tillbaka för samhället i stort.

Övergripande för rehabiliteringsprocessen är individens eget ansvar. Individen måste aktivt delta i arbetet med sin rehabilitering och inte passiviseras av samhällets processer och experttänkande. Individens egen kraft och motivation måste stärkas. Rehabilitering som utgår från individens behov och egen kraft och underlättas av expertfunktioner är den bästa modellen i stället för ett uppifrån- perspektiv på processen. Detta exemplifieras väl i en svensk kvalitativ studie (Arneson et al. 2005).

En ny rehabiliteringsutredning ”Fokus på åtgärder - En plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet” presenterades för tre år sedan (SOU 2006:107). I denna utredning konstateras att det är ett stort problem att kunskapen är begränsad om vilka typer av arbetslivsinriktad rehabilitering som har effekt.

Den 1 juli 2008 infördes en ny lag om sjukförsäkring i Sverige; där den så kallade Rehabiliteringskedjan ingår. Lagen gäller fullt ut från och med 1 januari, 2009. Den sjukskrivnes arbetsförmåga och rätt till sjukpenning bedöms olika beroende på hur länge sjukperioden varat. Under de första 90 dagarna av sjukperioden bedöms om den sjukskrivne kan klara av sitt vanliga arbete och om det finns möjlighet till andra arbetsuppgifter, eller att anpassa arbetsplatsen eller arbetsförhållandena på ett sådant sätt att det blir möjligt för den anställda att arbeta trots sin sjukdom. Efter tre månader har den anställde bara rätt till sjukpenning om han eller hon inte kan utföra något arbete alls hos sin arbetsgivare. Om den anställde fortfarande inte kan arbeta på grund sjukdom när det har gått sex månader ska man undersöka möjligheterna att ta tillvara arbetsförmåga utanför den ordinarie arbetsplatsen. Om det bedöms att den anställde med stor sannolikhet kommer att kunna gå tillbaka till ett arbete någonstans hos den ordinarie arbetsgivaren senast ett år efter sjukskrivningen avvaktar man med prövningen av arbetsförmåga utanför den ordinarie arbetsplatsen. Efter tolv månaders sjukskrivning bedöms den anställdes arbetsförmåga, med få undantag, alltid i förhållande till alla arbeten på den reguljära arbetsmarknaden. Staten har också träffat överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om en rehabiliteringsgaranti.

Målet för en rehabilitering kan vara olika i olika situationer och bör klargöras vid utvärdering av resultaten. Hur målet sätts är också beroende på vem som är intressent i frågan, den sjukskrivne själv, arbetsgivaren, sjukvården, Försäkringskassan eller samhället. Målen kan till exempel vara:

- Ökad funktionsförmåga
- Bättre livskvalitet
- Återgång till arbete på hel- eller deltid

Forskningsuppgiften att undersöka effekterna av olika rehabiliteringsmetoder vid olika sjuklighet och diagnoser i olika samhällen är komplicerad och forskningen om arbetslivsinriktad rehabilitering är relativt begränsad. Märkligt nog har aldrig ett forsknings- eller utvärderingsuppdrag kopplats till de åtgärder och reformer samhället har gjort på området i Sverige.

## Multimodal eller multidisciplinär rehabilitering?

I rehabiliteringssammanhang förekommer frekvent begreppen *multimodal rehabilitering* och *multidisciplinär rehabilitering*. Dessa begrepp används ofta synonymt trots att det finns distinkta skillnader. Multidisciplinär rehabilitering innebär att behandlingen är sammansatt av olika komponenter, till exempel träningsorienterad sjukgymnastik, översyn av arbetsplats, terapeutiska samtal för att bemästra smärta, och/eller läkarvård. Vid multidisciplinär rehabilitering ingår olika medicinska/arbetslivsinriktade yrkesprofessioner som tillsammans med den sjukskrivne ansvarar för rehabiliteringen. Även multimodal rehabilitering innebär att behandlingen/interventionen är sammansatt av olika komponenter, men här kan den sjukskrivne ha kontakt med en eller flera yrkesprofessioner som förmedlar eller ger komponenterna i interventionsprogrammet. Till exempel kan en sjukgymnast som lägger upp och övervakar ett träningsprogram också ha kompetensen att förmedla ett kognitivt förhållningssätt för att uppnå beteendeförändringar.

## Olika typer av vetenskapliga studier

I en strikt systematisk genomgång av litteraturen som denna, har enbart vetenskapliga studier publicerade i internationell vetenskaplig litteratur medtagits. Den så kallade grå litteraturen, det vill säga rapporter och undersökningar som inte är vetenskapligt granskade vid publicering har inte beaktats. Denna sfär är stor inom området rehabilitering och återgång i arbete men är svåra att värdera. Effektiva åtgärder kan naturligtvis finnas även om de inte är vetenskapligt rapporterade, men den litteraturen har inte ingått i vårt uppdrag att bedöma. De typer av vetenskapliga studier som inkluderats beskrivs nedan.

### **Randomiserade kontrollerade försök (RCT)**

Denna studieuppläggnings är den mest säkra och allmänt vedertagna för att av-

göra om den effekt som uppnåtts i en vetenskaplig interventionsstudie kommer från intervention och inte från någon annan förändring hos individen eller gruppen som undersöks. Principen för en randomiserad kontrollerad studie är att studiepersoner slumpvis (randomiserat) fördelas till en interventionsgrupp och en jämförelsegrupp som får en annan intervention eller ingen intervention alls. Man kan med denna studiedesign mäta om en typ av rehabilitering är bättre än en annan typ av rehabilitering eller ordinarie vård. Alla andra intressanta faktorer mäts i bägge grupperna vid försöksstarten och därefter sker slumpningen till den ena eller den andra gruppen (randomiseringen). Idealet är att försöksledaren och de personer som är inblandade i försöket inte vet om randomiseringens resultat, de är vad man kallar "blinda" för om de ingår i interventionsgruppen eller jämförelsegruppen. Detta går att uppnå ibland, till exempel vid utprovning av nya läkemedel. Interventionsgruppen får då aktiv substans och jämförelsegruppen inaktiv substans men som ser likadan ut och smakar likadant som den aktiva medicinen. Det går inte att se på pillret som ges om det är verksam materia eller inte. Ett randomiserat försök med en rehabiliteringsform går av förståeliga skäl inte att göra blint. Studiepersonerna vet vilken grupp de har blivit randomiserade till men utvärderaren bör inte ha kännedom om detta. Denne får då analysera resultatet utan att veta om försökspersonen fått rehabilitering eller inte.

### **Observationsstudier**

Att göra en randomiserad kontrollerad studie är oftast resurskrävande. Man får därför ibland nöja sig med en observationsstudie. I en sådan studie följs en eller flera grupper under en period och försöksledaren ser vad som händer med individerna i gruppen. Kontrollerade observationsstudier har högst kvalitet där det då finns en grupp som får en intervention och en adekvat kontrollgrupp. På en arbetsplats eller vid en Försäkringskassa kan man bland sjukskrivna jämföra en grupp som återgått i arbete med en grupp som inte gjort det. Det viktiga är då att man har mätt så många olika person- och miljöfaktorer som möjligt hos studiepersonerna, för att i efterhand kunna göra statistiska beräkningar som kontrollerar för eventuella skillnader som finns mellan grupperna och som i sig kan påverka resultatet.

Observationsstudier är ofta så kallade naturliga experiment där t.ex. ett företag gör något speciellt och forskaren kommer in och följer detta så systematiskt det går. Att följa ett skeende eller en åtgärd medan den pågår och mäta andra intressanta faktorer innan experimentet startar är bättre än att mäta efteråt. Risken för felinformation och feltolkning är större om man mäter t.ex. arbetsplatsfaktorer som kan påverka en återgång i arbete när man vet hur det går för patienterna. Lyckas inte rehabiliteringen kan det vara lättare att förklara detta med ogynnsamma arbetsfaktorer än om rehabiliteringen lyckas. Det kan vara helt korrekt det som rapporteras i efterhand men det är inte säkerställt och är svårt att utgå från i vetenskapliga sammanhang.

Observationsstudier görs också när man vill undersöka faktorer som påverkar ett utfall, exempelvis återgång i arbete. Då handlar det oftast om att man mäter dessa faktorer i början av en sjukskrivning för att analysera i vilken mån faktorerna

na har någon betydelse för om personen återgår tidigare i arbete eller inte. Till exempel mäter man oftast psykosociala och fysiska arbetsfaktorer tillsammans med individuella faktorer för att undersöka och kontrollera eventuella samvarieringar, och få fram oberoende effekter.

En fråga man ställer sig vid såväl randomiserade studier, som vid observationsstudier är; Är resultaten generaliserbara eller gäller de just bara i den just nu undersökta gruppen? Har bara kvinnor undersökts är det svårt att dra slutsatser om män. Har bara unga undersökts är det svårt att dra slutsatser om äldre. Har bara personer på en ort med stor arbetslöshet undersökts är det svårt att dra slutsatser till en ort med en blomstrande arbetsmarknad. Har individer från ett land med ett speciellt försäkringssystem undersökts är det svårt att dra slutsatser till ett annat land med ett annat försäkringssystem.

## Tidigare forskning

Det finns ett fåtal systematiska kunskapssammanställningar där man specifikt har haft syftet att sammanfatta vetenskapliga studier med fokus på återgång i arbete. En av de tidiga kunskapssammanställningarna publicerades av Krause m.fl. år 1998, och omfattade studier mellan 1975 och 1997 som undersökt effekter av anpassningar på arbetsplatsen (Krause et al. 1998). Flera av dessa anpassningsprogram var framgångsrika med avseende på återgång i arbete och vissa kunde visa på sänkta kostnader för arbetsgivare och samhälle. Programmen omfattade olika åtgärder som möjlighet till "lättare" jobb, reducerad arbetstid, ergonomiska förbättringar, graderad återgång i arbete och "job coaching". I en senare systematisk översiktsartikel om arbetsplatsbaserade interventioner för återgång i arbete har författarna sökt igenom den vetenskapliga litteraturen mellan åren 1996-2003 (Franche et al. 2005). Även dessa författare fann, i studier av god kvalitet, att de åtgärder som hade starkast evidens när det gällde att återgå i arbete efter sjukskrivning, var att anpassa arbetet till individens behov, men också att en god kontakt mellan behandlande läkare och arbetsplatsen var effektivt. Andra viktiga faktorer med moderat evidens för effekt var ergonomisk rådgivning på arbetsplatsen och en koordinator eller coach som hjälpte till i processen med att komma tillbaka i arbete. I övrigt finns det även en mängd systematiska sammanställningar med såväl hälsomått som sjukskrivningsdagar som utfall. Det finns däremot, såvitt känt, ingen kunskapssammanställning där man renodlat inkluderat alla studier av interventioner och deras betydelse för återgång i arbete, oavsett typ av intervention. Inte heller har vi funnit någon kunskapssammanställning där man har fokuserat på arbetsexponeringar som har betydelse för dylikt utfall. Därför har syftet med denna studie varit att identifiera alla relevanta vetenskapliga studier inom det medicinska området som har återgång i arbete som utfall. Vidare var syftet att kritiskt granska den vetenskapliga kvalitén av dessa studier och sammanfatta evidensen för vilka interventioner och arbetsplatsfaktorer som påverkar återgång i arbete efter sjukfrånvaro. De diagnoser som valdes är de vanligaste sjukskrivningsdiagnoserna i Sverige, det vill säga sjukdomar i rörelseorganen och lättare psykisk ohälsa. Närmare två tredjedelar av sjukfallen har endera eller bägge av dessa dia-

gnoser. Med vetskapen att dessa är de vanligaste diagnoserna inkluderade vi i ett senare skede också de studier som i sina urval inkluderat alla, i exempelvis ett sjukförsäkringsregister förekommande diagnoser. För de senare studierna exkluderade vid sökningen studier där man använt sig av i medelvärde av sjukdagar eller andra mera ospecifika mått på återgång i arbete.

# Metod och material

## Sökstrategi

Den systematiska litteraturgenomgången utgick från vetenskapliga originalartiklar, som fanns i litteraturdatabaserna Medline, PsychInfo, och Cochrane-biblioteket. Sökstrategin grundade sig på författarnas samlade kunskap inom området och utarbetades i samarbete med bibliotekarier vid medicinska universitetsbiblioteket på Akademiska sjukhuset i Uppsala. Vi använde både söktermer och fritextord för att säkerställa att alla relevanta studier skulle identifieras vid sökningen (Lowe et al. 1994) Vår sökstrategi för Medline och PsychInfo framgår av Appendix 1. Det visade sig att samtliga interventionsstudier som fanns i Cochrane-biblioteket, även var indexerade i Medline.

Två separata sökprocedurer genomfördes; en för studier av rörelseorganens sjukdomar och smärta (muskuloskeletala diagnoser) samt en för psykiatriska diagnoser. Sökprocedurernas förmåga att hitta relevanta studier prövades genom att lägga till ett antal nya söktermer och därefter granska av relevansen för de abstrakt som tillkom vid sådan utökning. När nya termer inte gav ytterligare relevanta studier, ansåg vi att sökstrategin var tillfredställande för syftet med vår studie. Sökningen omfattade publikationer från 1 januari 1990 till 31 december 2008.

## En första genomgång (Screening)

Studiernas sammanfattningar granskades med avseende på relevans för litteraturgenomgångens syfte. Granskningen gjordes av två personer oberoende av varandra och utifrån på förhand fastställda kriterier, som framgår av figur 3.

**Inklusion:** (a) studier publicerade mellan 1 januari, 1990 och 31 december, 2008, och indexerade i databaserna: Medline, PsychInfo, och Cochrane Library, (b) engelska, danska, norska eller svenska vetenskapliga originalmanuskript, publicerade i tidskrifter med så kallad *peer-review* granskning (c) med muskuloskeletala diagnoser, exempelvis ospecifik ländryggsmärta, smärta i nacke/skuldra/arm, knä eller höft, lättare psykisk sjukdom som exempelvis depressiv episod, uttalad trötthet, utbrändhet och andra stressrelaterade tillstånd. Vi inkluderade även studier utan specificerade diagnoser. (d) interventionsstudier som undersökte effekter av medicinska och pedagogiska åtgärder med avseende på återgång i arbete, (e) kohort eller fall/kontroll studier som undersökte arbetsplatsfaktors inverkan på återgång i arbete (f) systematiska litteraturgenomgångar/meta-analyser som omfattar ovanstående kriterier (användes endast för att spåra relevanta originalstudier), (g) återgång i arbete skulle vara ett av utfallen.

**Exklusion:** om (a) studien omfattade mindre än 20 personer som var sjukskrivna eller hade sjukersättning vid studiestart, eller avseende kohortstudier, var i riskzonen för sjukskrivning eller sjuk-ersättning, (b) studien innehöll arbetslösa personer utan att man i studien hade stratifierat resultaten med avseende på arbetsförhållanden vid studiestarten, (c) undersökningspersonerna inte var sjukskrivna vid studiestart, (d) studien undersökte effekter av kirurgi eller läkemedel, (e) behandlingsstudier som saknade kontrollgrupp, (undantag; väl kontrollerade observationsstudier), (f) diagnoserna var frakturer eller dislokationer; whiplashrelaterade besvär, reumatoid artrit eller andra inflammatoriska led-sjukdomar; tumörer; fibromyalgi eller kroniskt smärttillstånd ADHD; schizofreni; bipolär sjukdom, Aspergers syndrom; eller andra personlighets- och anpassningsstörningar, liksom olika former av missbruk.

**Figur 3.** Kriterier för granskning av relevans



Om de två granskarna gjorde olika bedömningar, diskuterades studiens relevans vidare mellan dem eller med någon av de övriga fyra granskarna i gruppen. Förutom sökning i de medicinska databaserna granskades även litteraturlistorna i de studier som befunnits relevanta, för att på så sätt hitta ytterligare relevanta studier som inte kommit med i vår sökning. Motsvarande genomgång av litteraturreferenser gjordes även för systematiska litteratursammanställningar och metaanalyser som innehöll minst en artikel med återgång i arbete som utfall. Alla studier som identifierats på detta sätt blev föremål för samma vetenskapliga granskning och bedömning.

## Vetenskaplig granskning

För varje sammanfattning som befunnits relevant granskades sedan den fullständiga artikeln av två granskare var för sig. I denna procedur följde vi ett specifikt granskningsprotokoll med uppställda kriterier (se appendix 2) som fokuserade på förekomst av systematiska fel exempelvis fel vid urval av studiepersoner, förekomst av okontrollerade störfaktorer med mera, och i vad mån detta i så fall kunde ha haft effekt på resultaten i studien. Vi diskuterade även generaliserbarheten av resultaten. Granskningsprotokollet användes för att lyfta fram viktig information ur artiklarnas textmassa och för att koncentrera granskningen på metodologiska aspekter. De kriterier som användes är internationellt och generellt accepterade (Altman et al. 2001, Des Jarlais et al. 2004).

Sammanfattande bedömning av artiklarnas vetenskapliga meritvärde gjordes på en arbiträr 4-gradig skala (0, 1, 2, 3,) där nivå 0 betyder att studien inte uppfyllde kriterierna för acceptans och den beskrivs därför inte närmare i denna rapport. Varje artikel diskuterades av de två granskarna och beslut om vetenskaplig merit fattades i konsensus. Om granskarna inte var ense fördes diskussionen vidare till hela gruppen av granskare.

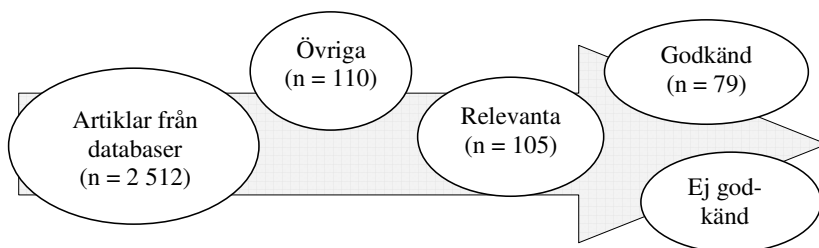
Resultatet presenteras i så kallade evidenstabeller och med korta sammanfattningar av respektive godtagbar studie. Vi har delat in sammanfattningarna i två huvuddelar; diagnoser som omfattar (1) rörelseorganens sjukdomar samt (2) lättare psykisk ohälsa. Inom respektive diagnosområde återfinns två huvuddelar; *Interventioner*, och *Arbetsplatsexponeringar*. Interventionerna är i sin tur indelade i följande huvudgrupper: (1) mindre insatser, som till exempel information, vägledning, koordinering av vård etc., (2) arbetsplatsinterventioner, (3) multidisciplinära interventioner (två eller fler disciplinära komponenter), (4) psykologisk intervention samt (5) manuell terapi och träning. En studie kan förekomma under mer än en av interventionsgrupperna. Exempelvis om man i studien har utvärderat en multidisciplinär intervention och jämfört den med lättare insatser och en kontrollgrupp, finns studien omnämnd både under rubriken "multidisciplinära interventioner" och under rubriken "mindre insatser".

Arbetsplatsexponeringar kan vara fysiska eller psykiska exponeringar i arbetet. Som exempel kan nämnas, i vilken mån man utför tunga lyft i arbete, hur säker arbetsmiljö man arbetar i, hur mentalt ansträngande arbetet är eller vilken handlingsfrihet man har på arbetet. Till arbetsplatsexponeringar hör också arbetsorganisatoriska

faktorer som till exempel tillgång till rehabiliteringskoordinator eller typ av företag. Vissa av arbetsexponeringar går att förändra, andra inte. En exponering som visar sig påverka utfallet (i vårt fall återgång i arbete) och är förändringsbar, kan man inkludera när man utformar nya interventioner som sedan utvärderas.

# Resultat

Vi fann totalt 2 622 sammanfattningar, som lästes och vars relevans bedömdes enligt de i förväg uppsatta kriterierna (se figur 4). Av dessa var 105 relevanta för vår kvalitetsgranskning, 97 rörde besvär i rörelseorganen, sju av dem gällde lättare psykisk ohälsa, samt en omfattade både rörelseorganen och lättare psykisk ohälsa.



**Figur 4.** Antal artiklar. (Godkänd = Godtagbar kvalitet)

Av de granskade artiklarna ansåg vi att totalt 79 var av godtagbar kvalitet och har inkluderats i vår studie. 71 omfattade sjukdomar i rörelseorganen, sju av dem omfattade "lättare" psykisk ohälsa, och en av dem omfattade både rörelseorganen och "lättare" psykisk ohälsa. Majoriteten av de inkluderade artiklarna, 59 stycken, avsåg interventioner och 20 hade studerat arbetsplatsexponeringar. Dessutom fann vi 23 systematiska kunskapssammanställningar som hade inkluderat minst en studie med återgång i arbete som utfall. Det var dock endast två av dessa som hade som specifikt syfte studera återgång i arbete. Vi sökte genom referenslistorna i samtliga systematiska kunskapssammanställningar för att försäkra oss om att vi inte hade missat någon relevant studie. I övrigt granskades inte kunskapssammanställningarna.

## Rörelseorganens sjukdomar

### Definitioner

Rörelseorganens sjukdomar innefattar besvär från ländrygg, nacke, skuldra, armar, händer, höft, knä, ben och fot. För många av dessa sjukdomar finns ingen specifik diagnos utan de är symtomdiagnoser där smärta och funktionsinskränkning är centrala fenomen.

### Interventioner; rörelseorganens sjukdomar

Vi inkluderade 45 randomiserade kontrollerade studier (RCT) där man hade utvärderat olika interventioner. En RCT anses av många vara den starkaste studiede-

signen när man explicit ska undersöka hur *effektiv* en intervention är. Dessutom inkluderade vi 11 kontrollerade observationsstudier.

Majoriteten av evidensen på området rör specifikt ländryggsmärta (n=45) och merparten är utförda på 1990 talet. De flesta studier är utförda i Sverige (15), Norge (13) samt Nederländerna (9). I majoriteten av studierna har man inkluderat individerna i ett relativt tidigt skede av sjukskrivningen. Från några dagars sjukskrivning till några månader och i resterade studier var sjukskrivningstiden max 6 månader och i några enstaka fall 12 månader eller mer innan interventioner påbörjades.

### **Mindre insatser (information, vägledning, koordinering av vård)**

#### *Sammanfattning ”mindre insatser”*

Sammanlagt 14 relevanta publikationer finns inom området ”mindre insatser” (Tabell 1). Resultaten är motstridiga när det gäller effekten av dessa insatser, som till exempel råd om att vara aktiv vid akuta och subakuta besvär i rörelseorganen. Resultaten från de bästa studierna tyder på en positiv effekt när åtgärder genomförts under kontrollerade former. Vi fann också bevis för att koordinerade insatser och strukturerade arbetssätt minskar tiden till återgång i arbete för personer med besvär i rörelseorganen. Däremot fanns ingen evidens att ryggsckolor där det ges information och råd, har någon betydelsefull effekt på återgång i arbete om det ges som enda intervention. Inte heller att informationsbroschyrer skickade via post, påverkar sådant utfall.

Det finns bevis från en stor studie att det är svårt att få genomslag för tillämpningen av läkarförskrivning av aktiv sjukskrivning vid ländryggsbesvär. Trots olika aktiviteter att öka tillämpningen av sådan intervention var ökningen måttlig och påverkade inte tid till återgång i arbete på gruppnivå.

#### *Beskrivning av respektive studie – ”mindre insatser”*

De 14 inkluderade publikationerna omfattar 10 olika studier. Två av studierna, där effekten av mindre interventioner har jämförts med andra behandlingar eller ordinarie vård, kommer från Norge. De är baserade på sjukskrivningsfall hämtade från norska försäkringskassan och från olika regioner. En RCT utvärderade ”lättrehabilitering” som bestod av en ryggundersökning, och råd om att vara aktiv. Detta jämfördes med den vård som normalt ges vid ryggsckmärtä i Norge (Hagen et al. 2000, Hagen et al. 2003, Lie et al. 2008). Studieguppen utgjordes av 457 anställda (48 % kvinnor) som var sjukskrivna 8-12 veckor för ländryggsckmärtä. Personerna som fick interventionen återgick i arbete tidigare än personerna i kontrollgruppen, och skillnaderna var störst under första halvåret efter interventionen. Efter ett år hade skillnaderna jämnats ut och kvarstod under efterföljande två år. Interventionen hade också en skyddande effekt för att åter bli sjukskriven under en 18 månaders period (Lie et al. 2008), men vid treårsuppföljningen av studien fanns det inte längre någon skillnad i återinsjuknande (Hagen et al. 2003).

Liknande resultat fann man i den andra norska studien (Indahl et al. 1995, Indahl et al. 1998). Det är en stor icke-randomiserad kontrollerad studie från Östfold som omfattade 975 personer (39 % kvinnor) som hade varit sjukskrivna för

besvär i ländryggen under 8-12 veckor. Personerna i interventionsgruppen fick information om sitt tillstånd och en försäkran om att lätta aktiviteter snarare skulle öka chanserna till läkningsprocessen, än det motsatta. De fick också råd om hur de skulle lyfta och patienternas föreställningar om orsaker till ländryggsbesvär diskuterades. Efter 200 dagar hade 60 % av interventionsgruppen återgått i arbete, jämfört med 30 % i kontrollgruppen där ordinarie vård hade erbjudits. Resultaten var samma för kvinnor och män. En femårsuppföljning av delar av studiegruppen, (n=489) visade i motsats till studien av (Hagen et al. 2003), att effekten av interventionen kvarstod även vid långtidsuppföljning. Åttioen procent var åter i arbete i interventionsgruppen jämfört med 66 % i kontrollgruppen (Indahl et al. 1998). Personerna i interventionsgruppen hade dessutom färre återfall i sjukfrånvaro under uppföljningstiden. Det är dock oklart i vilken utsträckning som studiedeltagarna hade deltagit i andra interventioner under den långa uppföljningstiden och om dessa i så fall skiljde sig åt mellan grupperna.

I en RCT från USA undersöktes effekten av en informationsbroschyr, där man hade samlat råd och anvisningar enligt senaste riktlinjer, (att vara aktiv, egenvård och råd om förhållningssätt, samt rekommendationer att försöka gå tillbaka till arbetet så snart som möjligt) (Hazard et al. 2000). Man inkluderade personer som var sjukskrivna och som kunde kontaktas inom 11 dagar efter det att de anmält ett sjukfall på grund av ländryggsbesvär till sjukförsäkringen för anställda i Vermont. Studiegruppen bestod av 450 sjukskrivna yrkesarbetare (39 % kvinnor). Kontrollgruppen fick ordinarie vård. Informationsbroschyren hade ingen effekt på återgång i arbete. Av de 229 som fick broschyren, kom 87 % ihåg vid uppföljning tre månader senare, att de hade fått en broschyr och 82 % att de hade tittat i den. Drygt två av tre, ansåg att broschyren hade innehållit värdefull information, och 4 av 10 ansåg att informationen hade hjälpt dem att tillfriskna. Sjukskrivningstiden var dock kort för deltagarna i studien och det hade varit intressant att se om informationen hade effekt om den gavs till mer långdragna fall.

### *Ryggsolor*

Två studier har utvärderat effekten av ryggsolor för personer med subakuta ryggsbesvär (Heymans et al. 2006, Leclaire et al. 1996). I en kanadensisk studie undersöktes i vilken mån ryggskola, som bestod av tre tillfällen om vardera 90 minuter under åtta veckor, hade någon effekt på arbetsåtergång utöver daglig sjukgymnastik (Leclaire et al. 1996). Man inkluderade 168 personer (42 % kvinnor) sjukskrivna mindre än 3 månader för ländryggsbesvär. Gruppen som deltog i ryggskola utöver daglig sjukgymnastik, jämfördes med personer i kontrollgruppen som även de deltog i daglig sjukgymnastik. Man fann ingen skillnad i återgång i arbete mellan grupperna.

Positiva, men icke-signifikanta resultat hade man emellertid i en studie från Nederländerna där man jämförde låg- och högintensiv ryggskola med en kontrollgrupp som fick ordinarie vård (Heymans et al. 2006). Man inkluderade 299 personer (21 % kvinnor) som varit sjukskrivna 3-6 veckor för ländryggsbesvär. En fjärdedel fick lågintensiv ryggskola, en fjärdedel högintensiv ryggskola. Dessa jämfördes med resterande personer som fick ordinarie vård. Personer som deltog

i den lågintensiva ryggskolan återgick i arbete tidigare än personerna i de andra grupperna (30-40 % snabbare), men skillnaden var inte statistiskt säkerställd. Det fanns däremot ingen skillnad mellan högintensiv ryggskola och kontrollgruppen. Man fann ingen skillnad i återinsjuknande mellan grupperna. Få kvinnor i studien, gör att det är svårt att dra några slutsatser för kvinnor.

#### *Koordinerad och strukturerad vårdkedja*

Sammanlagt tre RCT och en observationsstudie hade undersökt hur effekten av strukturerad vårdkedja eller arbetssätt inom vården eller hos försäkringsgivare, påverkar återgång i arbete. Det finns motstridiga bevis för värdet av dessa arbetssätt. De tre största studierna (Abasolo et al. 2005, Abasolo et al. 2007, Stephens et al. 2007) visade tydliga positiva effekter, medan en studie inte fann att denna typ av koordinerad samverkan hade något betydelsefull effekt (Rossignol et al. 2000). Resultatet från två andra studier visade på möjliga svårigheter när det gällde att få genomslag av tillämpning av riktlinjer inom vården, vilket egentligen inte har med interventionerna utan vårdens organisation att göra (Hiebert et al. 2003, Scheel et al. 2002).

En observationsstudie var utförd i Alberta, en västlig provins i Kanada (Stephens et al. 2007) där man utvärderade införandet av en strukturerad modell för att hantera sjukdomar i rörelseorganen inom arbetsskadeförsäkringen. Det fanns tre hörnstenar i modellen; Stegvis tillämpning av rehabiliteringsservicen, hantering av sjukfallen enligt protokoll och planering med avstämningstillfällen, samt kontrakterad service inklusive vård, med vårdgivare och andra aktörer. Som jämförelsegrupp använde man de personer som inte hade de identifierade diagnoserna och man jämförde sjukfallen före och efter införandet av den nya modellen. Man inkluderade över 170 000 personer (ca 25 % kvinnor) i studien och uppföljning skedde under 12 månader. Resultaten visade att personerna återgick i arbete tidigare efter det att man hade infört de nya rutinerna. Modellens tidsramar följdes i 93 % av fallen. Det verkar dock finnas en förändring i anmälningsfrekvensen under de utvärderade perioderna i det att sjukdomar i rörelseorganen utgjorde 54 % av fallen före modellen implementerades men endast 39 % under tredje och fjärde året efter införandet. Författarna har inte diskuterat dessa skillnader, som är mycket intressanta och vilken eventuell inverkan det kan ha haft på resultaten.

En RCT utförd i Spanien är publicerad som två studier och har utvärderat effekten av ett strukturerat arbetssätt med stegvisa rehabiliteringsåtgärder efter en 2-8 veckors tidsaxel (Abasolo et al. 2005, Abasolo et al. 2007). Man inkluderade över 13 000 personer (52 % kvinnor) från trakten av Madrid, som var sjukskrivna för besvär i rörelseorganen. Personerna randomiserades efter i genomsnitt fem dagars sjukskrivning, till antingen interventionsgrupp eller kontrollgrupp som fick ordinarie vård. I interventionsprogrammet fick alla patienter kontakt med en reumatolog som blev deras behandlande läkare. Det gjordes klinisk undersökning och viss klinisk behandling. Patienterna fick också utbildning. Behandlande reumatolog fick också ett ansvar att hantera de administrativa göromålen på samma sätt som normalt sett allmänläkaren ansvarade för (receptförskrivning, intyg etc.). Modellen innehöll tre steg; 1) (2-6 veckor): Undersökning och diagnostisering av fysiska och psykiska besvär, viss klinisk behandling samt patientutbildning; 2)

(4-8 veckor): Fortsatt behandling samt remiss till formell rehabilitering, och kompletterande undersökningar som laboratorietester, CT, MRI etc., 3) (8 veckor och senare): Fortsatta utredningar och remiss till annan specialistvård vid behov. Man arbetade också efter ”röda och gula flaggor” som identifierats som patientrelaterade riskfaktorer för att inte återgå i arbete. Röda flaggor inkluderade; ålder > 50 år för personer med ryggsmärta, tidigare trauma, cancer, inflammatorisk smärta, nattlig smärta, drogberoende, feber, ökande neurologiska svårigheter mm. Gula flaggor inkluderade, psykiatrisk sjukdom, familjeproblem, konflikter på arbetsplatsen, arbetslöshet och yrkesrelaterad orsak till sjukfrånvaron. Patienter med någon eller några av dessa riskfaktorer, identifierades redan efter det första steget i rehabiliteringen och man satte då in mera intensiva terapeutiska åtgärder. Uppföljningstiden var 12 månader från sjukfrånvarons början och man fann att majoriteten av patienterna återgick i arbete inom två månader oavsett behandlingsgrupp. De 13 077 personerna hade tillsammans 16 297 episoder av sjukfrånvaro och dessa var totalt sett färre i interventionsgruppen än i kontrollgruppen. Sjukperioderna var också signifikant kortare för personer som ingått i interventionsgruppen. Efter fyra månaders sjukfrånvaro sågs en utplanande effekt av interventionen och återgång i arbete var ovanligt efter sex månader, varför man inte kan dra någon egentlig slutsats från det tredje steget i rehabiliteringsmodellen. I en uppföljande artikel har man gjort analyser grupperade efter diagnoser (exempelvis, ryggbesvär, karpaltunnelsyndrom, nacksmärta, ischias, knäbesvär, mm), (Abasolo et al. 2007). Resultaten visade att utredningsmodellen fungerade positivt för samtliga diagnoser utom för knäbesvär.

Liknade syfte hade man i en RCT utförd i Montreal i fransktalande delen av Kanada. Man utvärderade effekten av ett koordinerat sätt att arbeta med att få personer, sjukskrivna för ryggsmärta 4-8 veckor, tillbaka i arbete (Rossignol et al. 2000). Etthundratio personer (28 % kvinnor) rekryterades och en grupp randomiserades till en strukturerad intervention bestående av en undersökning av en läkare som fokuserade på tre aspekter; medicinskt, psykosocialt och yrkesrelaterat. Utifrån resultatet av undersökningen, fastställdes en aktivitetsplan tillsammans med patienten. Planen baserades på gällande kliniska riktlinjer för ryggsmärta. En personal i undersökningsteamet stöttade därefter både behandlande läkare och patienten på olika sätt till dess att man var åter i arbete. Inga direkta kontakter togs med arbetsgivarna. Kontrollgruppen fick ordinarie vård. Uppföljningsperioden sträckte sig över sex månader. Personerna i gruppen som fick interventionen återgick inte i arbete snabbare än kontrollgruppen.

Två studier, en RCT och en observationsstudie har undersökt hur läkare har använt sig av möjlighet att förskriva arbetsanpassning och i vilken mån det påverkat återgång i arbete. I en stor välgjord RCT från Norge, undersöktes effekten av två olika strategier för att öka tillämpning av så kallad aktiv sjukskrivning (Scheel et al. 2002). Aktiv sjukskrivning (ASL) är ett tillvägagångssätt som introducerades i Norge 1993 men nyttjandegraden var blygsam, trots en politisk vilja att öka tillämpningen. Aktiv sjukskrivning innebär att den anställde återgår i anpassat arbete men behåller sin sjukpenning, som är 100 % av normala inkomsten. I studien randomiserade man kommuner i stället för personer och syftet var att studera mönster av behandlande läkares förskrivning av ASL och om det påverkade individer att

komma tillbaka i arbete snabbare. Studieggruppen bestod av 6 179 personer (50 % kvinnor) sjukskrivna på grund av ländryggssmärta under mer än 16 dagar. En av interventionerna ”passiv ASL” innebar att man på intygsblanketten för sjukskrivning påminde sjukskrivande läkare om att tillhandahålla ASL, och man hade där också en skriftlig överenskommelse med läkaren om att tillämpa ASL. Man hade dessutom försett läkaren med en ”lathund” som påminde om de gällande kliniska riktlinjer vid ländryggssmärta och om att ge råd till patienten att hålla sig i rörelse. Den andra interventionen, ”pro-aktiv intervention”, innehöll dessutom en utbildnings-workshop för allmänläkare och en specialutbildad resursperson, kopplade till det geografiska område som läkaren verkade i, och som skulle leda och samordna användningen av ASL. Dessa två interventioner jämfördes med kontrollgrupp som hade ordinarie hanteringsprocess i sin sjukskrivning. Grupperna följdes upp efter 50 veckor. I gruppen med pro-aktiv intervention var remittering till ASL ca 18 %, medan drygt 11 % i de andra två grupperna fick hantering enligt detta koncept. Det fanns dock ingen skillnad mellan grupperna när tid till återgång i arbete (68 -71 dagar oavsett grupptillhörighet) och efter 50 veckor var 90 % i arbete i alla grupperna. Inte heller fanns det någon skillnad i antal fall med återinsjuknande. Trots en drygt 50 % ökning av ASL tillämpning i den pro-aktiva gruppen, gav det alltså inte genomslag i sjukskrivningstid. Man är nog med att poängtera att det inte nödvändigtvis betyder att ASL är fruktlöst. En delförklaring kan vara att den absoluta tillämpningen av ASL var så låg och man hade därför behövt se en betydlig reduktion av antal dagar i någon av grupperna för att kunna upptäcka skillnader på gruppnivå rent statistiskt. Inte heller med aktiva åtgärder lyckades man alltså få sjukskrivande läkarna att förskriva aktiv sjukskrivning i mer än 18 % av fallen.

Värdet av temporära anpassningar i arbetet har undersökts i en stor observationsstudie från USA (Hiebert et al. 2003). Man följde under ett år 225 personer (9 % kvinnor) anställda hos en stor elleverantör i New York. Alla personerna hade sjukfrånvaro på grund av akut ländryggssmärta. Temporära anpassningar i arbetet identifierades i företagets sjukregister och definierades som de åtgärder som företagsläkaren hade ordinerat för att begränsa den anställdes exponering för arbetsförhållanden, som ansågs kunna förvärra den anställdes ryggsbesvär. Exempel på anpassningar var att under en begränsad tid avstå från vissa arbetsställningar, tunga lyft, högt arbetstempo, eller arbetsmoment som var belastande för ländryggen. Sådana anpassningar hade förskrivits till 39 % av personerna. Alla utom en, oavsett om de hade fått anpassning eller inte återgick i någon typ av arbete (samma som tidigare eller anpassat) inom det år som uppföljningen varade. Man fann inget statistiskt säkerställt samband mellan arbetsrestriktionerna och snabbare återgång i någon typ av arbete. Inte heller fann man något samband mellan arbetsanpassningen och snabbare återgång till ordinarie arbetsuppgifter. Man hade i studien ingen kontroll över i vilken utsträckning som arbetsgivaren kunde uppfylla företagsläkarens förskrivning, utan syftet med undersökningen var om förskrivningar av begränsade arbetsuppgifter fungerade som intervention, vilket studien alltså inte lyckats visa.



## Arbetsplatsinterventioner

Vi inkluderade fyra studier där man hade utvärderat olika arbetsplatsinterventioner.

### *Sammanfattning arbetsplatsinterventioner*

Det finns vissa bevis för att interventioner där man aktiverar den sjukskrivne och andra personer på arbetsplatsen, medför att den sjukskrivne återgår snabbare i arbete, men resultaten är inte entydiga. Slutsatserna bygger på tre relativt små RCT, publicerade som fyra artiklar. (Tabell 2). Dessutom har vi inkluderat en observationsstudie som undersökte om perioder av modifierade arbetsuppgifter/arbetstider påverkade återgång i arbete. Från den studien dras slutsatser att modifiering av arbetet (minskat antal arbetstimmar ändrade arbetsuppgifter och/eller råd från en företagsläkare) som enda insats, inte påverkar återgång i arbetet över en 12 månadersperiod. Det finns dock andra möjliga förklaringar till de negativa resultaten.

### *Beskrivning av studier om arbetsplatsintervention*

Tre av studierna är från Nederländerna och den första RCTn; utgjordes av personer som hade vänt sig till företagshälsovården och var sjukskrivna 2-6 veckor på grund av ländryggsbesvär. Man utvärderade effekten av att ha individuella stödpersoner, ("case management") och att få arbetsplatsanpassningar. Etthundra nittio-fyra (60 % kvinnor) personer inkluderades i studien, där en grupp fick intervention och kontrollgruppen fick ordinarie vård (Anema et al. 2007). Mediantiden till återgång i arbete var 77 dagar för interventionsgruppen, jämfört med 104 dagar för kontrollgruppen, (HRR 1.7; 95% CI 1.2-2.3).

Även den andra RCTn baserades på personer som sökt sig till företagshälsovården (Verbeek et al. 2002). Här utvärderade man effekten av en kombination av att den sjukskrivnes arbetsledare tidigt vidtog åtgärder "RTW management" för att medarbetaren skulle kunna återgå i arbete, och att företagsläkaren använde sig av riktlinjer. Dessa riktlinjer innehöll checklistor beträffande diagnostik och behandling, utredning av sjukbeteende och arbetsplatsen samt även en lista på problemorienterad intervention (exempelvis råd om att vara aktiv, att träna och att eventuellt förändra arbetsuppgifterna under en tid). Företagshälsovården skulle också följa upp patienterna efter tre veckor och tills den anställda var åter i arbete. Studiegruppen bestod av 120 patienter (67 % kvinnor), som var sjukskrivna för ländryggssmärta minst 10 dagar. Kontrollgruppen fick endast "RTW management". Man fann inte att företagsläkarens insatser hade någon ytterligare effekt på återgång i arbete under den 12 månaders uppföljning som följde studien.

Den tredje studien från Nederländerna var en observationsstudie där man följde 164 anställda (37 % kvinnor) under 12 månader (van Duijn et al. 2005). Vid inkluderingen hade de varit sjukskrivna för besvär i rörelseorganen mellan två och sex veckor. I samband med uppföljningen fick studiepersonerna retrospektivt besvara frågor om de hade utfört modifierat arbete (tid/uppgifter), om man hade arbetstränat under sjukskrivningstiden och om sådana modifieringar hade föreslagits av företagsläkare. Sextiofem av de 164 personerna hade haft modifierade arbetsuppgifter, men det ledde inte till att de återgick i arbete snabbare än de som återgick i sitt arbete i full utsträckning. I analyserna kontrollerade man för vissa andra

faktorer som också kan påverka om man får möjlighet till att arbeta med restriktioner, samt självskattad svårighet på besvärerna, men det finns ändå en möjlighet att det finns andra skillnader mellan grupperna som kan förklara de negativa resultaten. Definitionen av arbetsmodifieringar var inte klar och det är en klar brist att man mätt exponeringen först i samband med uppföljningen.

I en studie från franskanadensiska provinsen Québec utvärderades en existerande rehabiliteringsmodell (Sherbrooke modellen) för personer med ryggsmärta (Loisel et al. 1997). Modellen innehöll dels en yrkesmedicinsk och ergonomisk intervention, dels en klinisk del med rehabiliteringsintervention. Man utvärderade interventionerna var för sig och tillsammans. Den ergonomiska interventionen började efter sex veckors sjukfrånvaro och bestod av ett besök hos en företagsläkare och en arbetsplats "diagnos" utförd av en ergonom. Den jämfördes med medicinsk rehabilitering som startade efter åtta veckor och innehöll ett besök hos en ryggspecialist, medverkan i ryggskola och efter 12 veckors sjukfrånvaro en multidisciplinär arbetsrehabilitering med såväl fysisk träning som "work hardening" med ett kognitiv beteendeorienterat förhållningssätt. Rehabiliteringen avslutades med en progressiv återgång i arbete där man varvade arbetsdagar med träningsdagar. I studien som bestod av 104 personer (40 % kvinnor) jämfördes individer som fick någon av de tre interventionerna, med individer som fick ordinarie vård. De två grupper som fick ergonomiska interventioner, antingen som enda åtgärd eller tillsammans med klinisk rehabilitering, återgick i arbete dubbelt så snabbt under det första året efter interventionerna, både jämfört med den grupp som fick enbart klinisk rehabilitering och jämfört med den grupp som fick ordinarie vård. Efter sex år fanns det inte längre någon statistisk skillnad mellan grupperna med avseende på sjukfrånvaro, men man fann ändå att programmet varit kostnadseffektivt (Loisel et al. 2002).

### **Multidisciplinära interventioner**

Till multidisciplinära interventioner förde vi studier där man hade inkluderat komponenter från minst två olika behandlingsdiscipliner, t.ex. sjukgymnastik, ergonomi, eller psykologisk intervention som till exempel kognitiv beteendeterapi (KBT). Vi inkluderade 17 studier inom detta område. (Tabell 3).

#### *Sammanfattning multidisciplinära interventioner*

Effekten av "graded activity", som innebär ett sammansatt program med ökande belastning vid ryggsmärta är inte entydig. Denna typ av åtgärd tycks ha en positiv effekt för män, men liknande har inte kunnat visas för kvinnor. Slutsatsen baseras på tre RCT, publicerade i fem studier (Hlobil et al. 2005b, Lindstrom et al. 1992a, Lindstrom et al. 1992b, Staal et al. 2004, Steenstra et al. 2006b).

Inte heller är bevisen entydiga när det gäller effekten av andra multidisciplinära rehabiliteringsinsatser där man kombinerat olika fysiska träningsupplägg och psykologiska interventioner som till exempel på KBT. De bästa studierna är mer positiva när det gäller effekt på återgång i arbete för personer med olika besvär i rörelseorganen än andra. Det finns stöd för att grupper av personer med dålig prognos, identifierad enligt självrapporterade uppgifter, kan ha större nytta av vissa av dessa

interventioner än personer med bättre prognos. Slutsatserna baseras på 12 RCT och ett icke-randomiserat kliniskt försök, samt en utvärdering med matchade kontrollpersoner.

### *Beskrivning av studier med multidisciplinära interventioner*

#### *”Graded activity”*

En utvärderad form av multidisciplinär intervention är så kallad ”graded activity”. Denna typ av rehabilitering uppmuntrar till ökande aktivitet under rehabiliteringen och är baserad på individens kapacitet. Man tar också hänsyn till arbetsplatsfaktorer och har ett utbildnings/beteendeterapeutiskt förhållningssätt. Den första studien som är från Sverige publicerades i början av 1990-talet och inkluderade 103 patienter, (31 % kvinnor) med subakut (ca åtta veckors sjukskrivning) ländryggssmärta (Lindstrom et al. 1992a, Lindstrom et al. 1992b). Författarna fann att män i interventionsgruppen återgick i arbete snabbare (9,7 veckor), jämfört med männen i kontrollgruppen som fick vanlig vård (16,7 veckor). Få kvinnor ingick i studien och om kvinnor har samma effekt som män är därför svårt att uttala sig om.

Liknande resultat fann man i en RCT från Nederländerna, där man hade undersökt effekten av ”graded activity”, på flygpersonal som var sjukskrivna för ländryggssmärta under minst fyra veckor (Hlobil et al. 2005a, Staal et al. 2004). Studieggruppen var 134 patienter, (6 % kvinnor) som följdes upp över en 12 månadersperiod. Kontrollgruppen fick ordinarie vård. Andelen som återgick i arbete var samma mellan grupperna under de första 50 dagarna. Efter 50 dagar, återgick personerna i interventionsgruppen nästan dubbelt så snabbt som personerna i kontrollgruppen. (HRR 1.9; 95 % CI, 1.2 to 3.2). Resultaten kan inte generaliseras till kvinnor, eftersom för få kvinnor ingick i studien.

Den andra RCT:n från Nederländerna (Steenstra et al. 2006a, Steenstra et al. 2006b) bestod av 112 patienter (60 % kvinnor) som hade varit sjukskrivna under minst åtta veckor. Studieggruppen utgjordes av de personer som hade deltagit i en tidigare RCT där interventionsgruppen hade fått tidiga arbetsplatsåtgärder (Anema et al. 2007). Således hade en andel av deltagarna i den nuvarande studien fått både arbetsplatsinterventioner och ”graded activity”, en andel hade endast arbetsplatsintervention, och en andel endast ”graded activity”. Dessa grupper jämfördes med den grupp som inte fått någon av interventionerna. Författarna drar slutsatsen att ”graded activity” programmet försenade återgång i arbete men resultatet förklarades till största del av interaktionen mellan arbetsplatsinterventionen och ”graded activity” programmet (den grupp som hade deltagit i båda interventionerna) som därmed fick en försenad start av ”graded activity” programmet. Författarna rapporterade inte resultat separat för kvinnor och män. Studien visar dock indirekt på problemet med väntetider till rehabilitering, vilket kan störa effekten av en, under andra omständigheter bra åtgärd.

### *Övrig multidisciplinär intervention*

I en liten holländsk studie undersöktes effekten av en multidisciplinär intervention på personer som var sjukskrivna minst 50 % under 4-20 veckor, för besvär i övre extremiteterna inklusive nacke/över rygg (Meijer et al. 2006). Man randomiserade 38 personer (68 % kvinnor) till antingen ordinarie vård, eller till en intervention som bestod av träning, kunskap för att bemästra smärta bättre, kunskap att sätta mål och uppfylla dessa samt att förbereda sig för återgång i arbete. Vid uppföljningarna efter sex respektive 12 månader hade fler personer i interventionsgruppen återgått i någon form av arbete jämfört med kontrollgruppen. På grund av få deltagare kunde några statistiska skillnader inte fastställas.

I en liten amerikansk icke-randomiserad studie utvärderades effekten av att, som ett komplement till sjukgymnastik, ge utbildning om och rådgivning kring smärthantering, samt där man betonade värdet av att vara fysiskt aktiv och att träna (Godges et al. 2008). Studien omfattade 36 personer (14 % kvinnor) som var sjukskrivna i det akuta stadiet av ländryggssmärta, (oklart hur länge) och som i ett screening test, rapporterade hög grad av undvikande beteende och rädsla för att röra sig på grund av smärta, så kallad "*fear avoidance behaviour*". Alla som deltog i interventionsgruppen hade återgått i arbete efter 45 dagar, jämfört med 2/3 av deltagarna i kontrollgruppen som hade fått enbart sjukgymnastik.

I en studie från franskanadensiska provinsen Québec utvärderades en existerande rehabiliteringsmodell (Sherbrooke modellen) för personer med ryggsmärta (Loisel et al. 1997). Modellen innehöll dels en yrkesmedicinsk och ergonomisk intervention, dels en klinisk och rehabiliteringsintervention. Man utvärderade interventionerna var för sig och tillsammans. Den ergonomiska interventionen började efter sex veckors sjukfrånvaro och bestod av ett besök hos en företagsläkare och en arbetsplats "diagnos" utförd av en ergonom. Den kliniska rehabiliteringen startade efter åtta veckor och innehöll ett besök hos en ryggspecialist, medverkan i ryggskola och efter 12 veckors sjukfrånvaro en multidisciplinär arbetsrehabilitering med såväl fysisk träning som "*work hardening*" med ett kognitiv beteendeorienterat förhållningssätt. Rehabiliteringen avslutades med en progressiv återgång i arbete där man varvade arbetsdagar med träningsdagar. I studien som bestod av 104 personer (40 % kvinnor) jämfördes individer som fick någon av de tre interventionerna, med individer som fick ordinarie vård. De två grupper som fick ergonomiska interventioner, antingen som enda åtgärd eller tillsammans med klinisk rehabilitering, återgick i arbete dubbelt så snabbt, både jämfört med den grupp som fick enbart klinisk rehabilitering och med grupp som fick ordinarie vård.

I en svensk studie undersöktes effekten av multidisciplinär rehabilitering för personer som varit sjukskrivna 3 – 6 månader för besvär i rörelseorganen (Lindh et al. 1997). Programmet hade en målfokuserad inriktning och var individuellt anpassat både till längd och innehåll. Patientteamet bestod av läkare, sjukgymnast, kurator, ergonom, yrkesvägledare och psykolog med kognitiv beteende terapeutisk inriktning. Man randomiserade 464 personer (62 % kvinnor) till rehabiliteringsprogrammet alternativt till en kontrollgrupp som fick ordinarie vård. Under uppföljningstiden som var fem år, fann man att av personer som deltagit i interventionen och var svenska medborgare hade 50 % återgått i arbete inom nio månader

medan motsvarande andel i kontrollgruppen var uppnådd redan efter sex månader. Efter 12 månader hade 73 % återgått i arbete i båda grupperna och inte heller efter fem år fanns det någon skillnad mellan grupperna. Dock hade interventionsgruppen något lägre antal sjukdagar i genomsnitt jämfört med svenskarna i kontrollgruppen, vilket skulle kunna tala för en lägre grad av återinsjuknande. Även personer som var utländska medborgare och som hade deltagit i interventionen hade ett sämre utfall jämfört med de utländska medborgare som fanns i kontrollgruppen både vad gällde frekvensen av återgång i arbete och antal sjukdagar efter återgång i arbete.

Vid en rehabiliteringsklinik med hela Sverige som upptagningsområde undersökte Jensen och medarbetare en grupp på 66 patienter, (64 % kvinnor) med nacke/skulderbesvär (Jensen et al. 1995). Alla fick en multimodal rehabilitering men halva gruppen randomiserades till att få även behandling enligt KBT, utförd av psykolog. Vid uppföljningen 18 månader senare hade sjukskrivningsfrekvensen sjunkit markant, med det fanns ingen skillnad mellan grupperna. Rehabiliteringsmodellen testades även i en senare studie av samma forskargrupp (Jensen et al. 1994, Jensen et al. 1998). Sextiosju personer (72 % kvinnor), sjukskrivna för besvär i nacke/skuldra/rygg, hade remitterats till en rehabiliteringsklinik av Försäkringskassan. De jämfördes med 29 personer, även dessa sjukskrivna för liknande diagnoser. Syftet var att hitta matchade kontroller, men resultatet gav endast 29 matchade par. Interventionsgruppen fick samma rehabiliteringsprogram som i den beskrivna studien ovan, det vill säga multimodal behandling samt KBT. Kontrollgruppen fick ordinarie vård. Efter sex månader fanns det en trend att kvinnorna i behandlingsgruppen hade mindre sjukskrivning än kvinnorna i kontrollgruppen, men efter 18 månader fanns inga skillnader. Trots lika fördelning av ålder, kön, diagnoser, sjukskrivningslängd, kan andra faktorer fortfarande skilja sig åt mellan grupperna, varför det inte går att dra säkra slutsatser.

I en annan svensk studie av Jensen m.fl. gjordes treårig uppföljning av en RCT där man utvärderat effekten av tre olika multidisciplinära program, för personer sjukskrivna 1 - 6 månader för nacke/och eller ryggbesvär (Jensen et al. 2001, Jensen et al. 2005). I studien ingick 214 personer (55 % kvinnor). Behandlingarna sträckte sig över 4 veckor. En grupp fick KBT, en annan grupp fick beteendeorienterad sjukgymnastik och tredje gruppen fick både kognitiv beteendeterapi och beteendeorienterad sjukgymnastik. En fjärde grupp som fick ordinarie vård utgjorde kontrollgruppen. Efter 18 månader fann man ingen skillnad avseende sjukfrånvaro mellan någon av grupperna. Analysen vid treårsuppföljningen visade att bland de personer som hade fullföljt programmen hade den mera omfattande behandlingen som inkluderade både KBT och beteendeorienterad sjukgymnastik bättre resultat för kvinnor, när man jämförde med kvinnorna i kontrollgruppen (HRR 1.9 (95 % CI; 1.1-3.5)). För få män i studien omöjliggjorde slutsatser om effekt av behandling för dem.

Liknande interventionsupplägg hade en studie från Nederländerna (van den Hout et al. 2003). I denna har man undersökt effekten av lösningsfokuserad terapi, baserad på kognitiv beteendeterapi, som tillägg till ”*graded activity*” Man inkluderade 84 personer (25 % kvinnor) som hade varit sjukskrivna för ländryggsmärta maximalt 20 veckor. Interventionen jämfördes med en grupp som utöver ”*graded*

*activity*” hade randomiserats till utbildning i grupp, där man samtalade om frågor som rörde ryggen och ryggsmärta. Både efter sex och efter tolv månaders uppföljning fanns det skillnader i återgång i arbete till fördel för interventionsgruppen, men skillnaderna var inte statistiskt signifikanta.

Haldorsen m.fl. utvärderade en fyra veckors så kallad multimodal rehabilitering som omfattade fysikalisk behandling inklusive träning samt psykologisk intervention, i huvudsak med en kognitiv beteendearikning och mental träning (Haldorsen et al. 1998). Man hade även arbetsplatsbesök och samtal med arbetsledare för att i vissa fall förhandla om anpassning av arbetsplats/arbetsuppgifter. I studien inkluderades 469 personer (64 % kvinnor) sjukskrivna minst åtta veckor och max sex månader för muskelsmärta. I kontrollgruppen ingick personer som fick ordinarie vård. Vid tolv månadersuppföljningen fanns det ingen skillnad mellan grupperna med avseende på andel som hade återgått i arbete, (drygt 50 % i båda grupperna). Analysmetoderna kan dock inte ge resultat om hur snabbt personerna återgick i arbete. Samma författare gjorde en senare studie där man undersökte om effekten av olika interventioner var beroende av ett antal möjliga personliga riskfaktorer för långvarig sjukfrånvaro som man definierade i början av studien (Haldorsen et al. 2002, Skouen et al. 2002). Interventionerna i fråga var dels, det man kallar ”light” multidisciplinär behandling, dels multidisciplinär behandling. Dessa jämfördes med varandra och med ordinarie vård. Man inkluderade 654 personer (66 % kvinnor) som var sjukskrivna till minst 50 % under minst åtta veckor eller som varit sjukskrivna mer än två månader per år under de senaste två åren för smärta i rörelseorganen. Personerna som deltog i den mindre omfattande versionen av rehabilitering fick en kort information om träning, livsstil och råd om hur man skulle hantera sin rörelserädsla, samt ett individuellt anpassat träningsprogram. Vid behov, remitterades de till en sjukgymnast för en kortare period och ett fåtal personer blev remitterade till en psykolog. Den omfattande rehabiliteringen innehöll multidisciplinära insatser dagligen under fyra veckor. Programmet var i det närmaste identiskt med det som utvärderades i den tidigare studien, (Haldorsen et al. 1998), där man inte fann att interventionen påverkade återgång i arbete. Kort beskrivet, gick programmet ut på beteendeförändringar enligt kognitiv modell, utbildning, träning och vid behov även arbetsplatsinterventioner. Uppföljningstiden var 14 månader. Man stratifierade resultaten baserat på ett ”screening instrument” som syftade till prognostisera återgång i arbete redan vid studiestarten (god, moderat och dålig prognos). Faktorer som bedömdes var egenskattad hälsa inklusive vanor för rökning och alkohol, den nuvarande arbetssituationen, bedömning av arbetsförmåga, fysisk aktivitet och träning, sömn och smärta, smärtintensitet, tidigare behandling för sjukdomar i rörelseorganen, socialt stöd samt demografiska variabler. Resultaten visade att personer med god prognos inte återgick snabbare i arbete oavsett vilken intervention man fick. Vidare fann man att personer med dålig prognos hade snabbare återgång i arbete om de hade deltagit i den omfattande rehabiliteringen när de jämfördes med kontrollgruppen. (55 % jämfört med 37 %). Personer som hade så kallad moderat prognos, hade nytta av lätt rehabilitering och omfattande rehabilitering i lika stor utsträckning. Det talar för vikten av fungerade prognostiska instrument för att bättre kunna anpassa interventioner till personernas behov.

Skouen och medarbetare följde 195 personer (65 % kvinnor) från denna RCT som hade ländryggsmärta (Skouen et al. 2002). Uppföljningstiden var då 26 månader. Man fann att män men inte kvinnor återgick i arbete tidigare om man hade deltagit i den lätta rehabiliteringen jämfört med ordinarie vård. Däremot fanns det ingen skillnad mellan den omfattande behandlingen och ordinarie vård. Det fanns inga skillnader mellan någon av grupperna när det gällde kvinnors återgång i arbete.

I en tysk RCT med funktionscentrerad rehabilitering som grund, undersöktes effekten av att den ordinarie terapin kompletterades med psykoterapi tre gånger per vecka och avslappningsterapi fyra gånger per vecka (Schiltenswolf et al. 2006). Den ordinarie terapin pågick sex timmar per dag i tre veckor och innehöll individuell terapi, vattengymnastik, work-out, ryggskola, samt passiva modaliteter. Man inkluderade 64 patienter (44 % kvinnor) som var sjukskrivna mellan tre och tolv veckor för ländryggsbesvär. För 42 av de 64 patienterna hade man sjukskrivningsdata upp till två år efter interventionerna. Gruppen som hade fått tilläggsinterventionen hade betydligt lägre sjukskrivning på grund av ländryggsmärta. Nio av 22 patienter i den gruppen hade sjukskrivningstillfällen efter interventionen jämfört med 18 av 20 patienter i kontrollgruppen. Sammanlagt antal sjukskrivningsdagar under den tvååriga uppföljningstiden var 912 för interventionsgruppen och 2 228 för kontrollgruppen. Om man jämför antal sjukskrivningsdagar för de personer som varit sjukskrivna, var skillnaden betydligt mera blygsam. (101 dagar för interventionsgruppen jämfört med 124 dagar för kontrollgruppen).

Jensen m.fl. gjorde en hälsoekonomisk utvärdering av två i Sverige existerande multidisciplinära medicinska rehabiliteringsprogram (Jensen et al. 2006). Från analyserna kan vi även utläsa om programmen påverkade återgång i arbete. Patienter som remitterades till rehabilitering under 1995-1997 erbjöds att delta i studien. De jämfördes med diagnos-, ålders- och könsmatchade kontroller från AFA; sjukförsäkringsregister. Program nr 1 som var dagrehabilitering, innehöll manuell inriktat och funktionshöjande träningsprogram under i genomsnitt fyra till fem månader. Programmet innebar också arbetsplatsbesök och arbetsutbildning på arbetsplatsen. Vid psykosocial problematik erbjöds samtal med kurator. Man inkluderade 98 patienter (64 % kvinnor) varav 78 % hade en anställning att gå tillbaka till när sjukskrivning upphörde. Vid uppföljningen sju år efter rehabiliteringen fanns det ingen skillnad i sjukskrivningstid mellan interventionsgruppens deltagare och deras matchade kontroller. Program 2 utgjordes av en grupprehabilitering med inackordering under fyra veckor. Fysisk träning som var uppbyggd kring specifika moment och rörelser i deltagarnas yrkesarbete. Dessutom ingick en psykologisk del som var baserad på beteendeförändringar. Efter fem månader på hemorten, med träning, utbildning med mera återsamlades man för en tvådagars uppföljning. Man inkluderade 157 patienter (48 % kvinnor), varav 77 % hade en anställning vid rehabiliteringsstarten.

Vid uppföljningen hade de deltagare som hade en sjukskrivningstid på mindre än 60 dagar under sex månader före rehabiliteringen färre sjukskrivningsdagar än sina matchade personer. Skillnaden var statistisk säkerställd och gällde både män och kvinnor. Subgrupperna var dock små och skillnaden sträcker sig från 258 – 923 dagar, det vill säga från drygt åtta månader till drygt 2 ½ år. För personer med

sjukskrivningstid längre än 60 dagar före rehabiliteringen fanns det inga skillnader mellan interventionsgruppen och kontrollpersonerna.

### **Psykologisk Intervention**

Vi har inkluderat fyra RCT som undersökt effekten av enbart psykologisk intervention vid sjukfrånvaro på grund av sjukdomar i rörelseorganen (Tabell 4). I den ena av studierna hade ungefär hälften av studiepersonerna även diagnoser som kan hänföras till lättare psykisk ohälsa.

#### *Sammanfattning psykologisk intervention*

Evidensen är svag för effekten av psykologiska insatser vid sjukskrivning på grund av besvär i rörelseorganen. Studierna är förhållandevis små och har i övrigt svagheter som gör det är svårt att dra säkra slutsatser. När det gäller värdet av psykologiska insatser tillsammans med andra interventioner som till exempel sjukgymnastik, hänvisar vi till avsnittet "Multidisciplinära interventioner" ovan.

#### *Beskrivning av studier med psykologisk intervention*

I en norsk studie undersöktes effekten av en lösningsfokuserad intervention för personer sjukskrivna för muskuloskeletala (46 %) eller psykiska besvär (54 %) (Nystuen et al. 2006). Man inkluderade 103 personer (62 % kvinnor) som varit sjukskrivna minst sju veckor och högst 12 månader. Interventionen bestod av 3-4 timmars gruppdiskussioner varje vecka under åtta veckor. Fokusering på bemästringsstrategier, lösningar och mål för framtiden ingick, samt allmänt stöd för gruppdeltagarna. Forskarna fann ingen skillnad i självrapporterad återgång i arbete vid uppföljningen sex månader efter start av behandlingen. Det var emellertid en relativt liten studie och det är oklart hur stor andel av gruppdeltagarna som deltog i samtliga gruppdiskussioner. Man har inte heller rapporterat om det fanns några diagnosspecifika fördelar med interventionen.

En annan norsk studie utvärderade effekten av konsultativa insatser, med fokus på kognition, jämfört med ett intensivt fysikaliskt gruppträningsprogram och en kontrollgrupp (Storheim et al. 2003). Man randomiserade 93 patienter (52 % kvinnor) som var sjukskrivna för subakuta ländryggsbesvär. En grupp fick vid två tillfällen träffa läkare och sjukgymnast som gav information och råd om smärta, lyftekniker, bemästringsstrategier med mera. Den andra gruppen fick ett ryggträningsprogram under 15 veckor. Dessa grupper jämfördes med en kontrollgrupp som fick ordinarie omhändertagande. Arton veckor senare fanns det inga statistiskt säkerställda skillnader mellan grupperna med avseende medelvärdet för antal sjukskrivningsdagar under uppföljningen.

I en liten svensk kontrollerad studie hade undersökningspersonerna långa sjukskrivningar, i genomsnitt ca 12 månader (Lofvander et al. 1997). Studien baserades på andra generationens invandrare som i huvudsak inte talade svenska. Sextioen personer (67 % kvinnor) med olika smärtdiagnoser lottades till två grupper. Majoriteten av individerna diagnostiserades också ha klinisk depression och/eller ångest. För knappt hälften av personerna i varje grupp fanns en auktoriserad tolk närvarande vid läkarbesök och diskussionerna. Alla deltagarna fick två undersökningar av två allmänläkare och med fyra veckors mellanrum. Deltagarna rekom-



menderades också att utföra en ”allround” träning och stretching under en timme per dag. Interventionsgruppen fick dessutom fyra samtal/intervjuer under fyra veckor, där man diskuterade individens uppfattning om smärta. Vid uppföljningen av 45 deltagare åtta månader senare, hade 27 % av personerna i interventionsgruppen ökat sin arbetsförmåga jämfört med 13 % i kontrollgruppen. Arbetsförmåga var definierat som att vara i arbete eller arbetsträning i någon grad under minst 30 dagar.

I en annan liten svensk studie undersöktes om ett behandlingsprogram med en kognitiv beteende terapi med inriktning mot återgång i arbete, var effektivt för kvinnor med akut eller långvarig smärta från rörelseorganen (Marhold et al. 2001). En grupp hade lång sjukskrivning (> 12 månader) och bestod av 36 patienter. En annan grupp hade kortare sjukskrivning (2-6 månader) och även här var det 36 patienter. Alla patienter randomiserades antingen till intervention eller till kontrollgrupp som fick ordinarie vård. Man fann att för deltagarna i gruppen med kortare sjukskrivningstid hade interventionen en positiv effekt på återgång i arbete efter de sex månader som uppföljningen sträckte sig. De hade i genomsnitt 19 färre sjukskrivningsdagar jämfört med sin kontrollgrupp. För gruppen med lång sjukskrivning hade interventionen ingen effekt.

## **Manuell terapi och annan passiv behandling eller träning**

### *Sammanfattning manuell terapi annan passiv behandling eller träning*

Det finns motstridiga bevis för att manuell terapi och träning eller i kombination, leder till snabbare återgång i arbete vid sjukskrivning för ländryggsbesvär och då framförallt vid akuta besvär. Slutsatserna baseras på 11 små RCT och en stor observationsstudie där merparten är utförda under 1990- talet. (Tabell 5)

### *Beskrivning av studier om manuell terapi och träning*

En svensk studie genomförd i slutet av 1980 talet undersöktes effekten av den fysiska terapimetoden McKenzie, baserad på böjning och sträckning av ryggen (flexions och extensionsövningar) (Stankovic et al. 1990). Behandlingen pågick i 20 minuter under två veckor och därefter blev patienterna instruerade att fortsätta träningen på egen hand. Ett hundra patienter (23 % kvinnor) som var sjukskrivna för akut ländryggs smärta (< 4 veckor), lottades slumpmässigt till behandlingen enligt ovan, alternativt till en 45 minuters undervisning om ryggens funktioner och råd om att hålla sig i rörelse. Uppföljningen sträckte sig över 52 veckor. Alla patienterna i interventionsgruppen hade gått tillbaka i arbete efter sex veckor och alla patienterna i kontrollgruppen efter elva veckor. Den största skillnaden i detta avseende fanns mellan en och fem veckor. Vid en femårsuppföljning fann man också att deltagarna i interventionsgruppen hade lägre sjukskrivningstal (alla diagnoser) jämfört med kontrollgruppen; 84 dagar mot 104 i kontrollgruppen (Stankovic et al. 1995). Det finns dock inga uppgifter om kompletterande behandlingar under uppföljningstiden skiljer sig åt mellan grupperna.

En senare studie av manuell terapi och dess effekt på sjukskrivning, också den från Sverige, omfattade 160 patienter (44 % kvinnor), med akut eller subakut ländryggs smärta och en genomsnittlig sjukskrivningstid ca 27 dagar (Bogefeldt et al.

2008). Patienterna randomiserades till en av fyra interventionsarmar. Alla grupperna fick en passiv behandlingsdel som bestod av värme. Detta var för att bättre kunna balansera behandlingsförväntningar mellan grupperna. En grupp fick dessutom råd att utöva fysisk träning och hålla sig aktiva, en annan grupp fick samma råd men också muskelstretching. Dessa två grupper utgjorde kontrollgrupper. Behandlingsgrupperna fick utöver ovannämnda råd och värmebehandling även individuellt anpassad manuell terapi. Patienterna i en av dessa grupper fick också steroidinjektioner när så var indikerat (19 av patienterna). Under en tioveckors uppföljning av de 100 patienter som var sjukskrivna vid studiestart, återgick patienterna i behandlingsgrupperna snabbare än patienterna i kontrollgrupperna, (HRR 1.6 (95% CI 1.0-2.6) . Resultaten baserade på subgrupperna var dock inte entydiga eftersom patienterna som hade fått interventionen kombinerat med steroidinjektioner hade sämre resultat. Uppföljningen fortsatte ytterligare 94 veckor, nu med utfallet, antal sjukskrivningsdagar oavsett sjukskrivningsorsak. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna i detta avseende.

I en efterföljande RCT, även den från Sverige, fann man däremot ingen effekt av vare sig träningsprogram eller manuell terapi, när det jämfördes med ordinarie vård (Seferlis et al. 1998). Här inkluderades 180 patienter (47 % kvinnor), med akut ländryggssmärta, (sjukskrivna mindre än två veckor). Träningsgruppen fick ett intensivt träningsprogram tre gånger per vecka under åtta veckor. Träningen leddes av sjukgymnast och utfördes i mindre grupper. Manuell terapi innehöll ett individuellt anpassat program och innehöll bland annat information, autotraktion, manipulation, olika typer av stretching, kontrollerad stabilitets och koordinationsträning. Ordinarie vård gavs av en allmänläkare med sjukskrivning, vila, läkemedel, råd om kroppshållning och att besvären oftast läker av sig själv utan större insatser. Uppföljningstiden var 12 månader. Det är möjligt att de patienter som ingick i denna studie vara mer akuta än de som ingick i studien av Bogefeldt m.fl. (Bogefeldt et al. 2008) och att spontanläkning därför hade en större betydelse. Det kan emellertid också finnas andra förklaringar till de motstridiga resultaten.

En studie från Tyskland utvärderade böj- och sträckövningar för ryggen tillsammans med övningar som främjade bättre kroppshållning (Dettori et al. 1995). Man inkluderade 149 anställda inom försvaret (20 % kvinnor) som varit sjukskrivna för ländryggssmärta under mindre än sju dagar. Träningsarna leddes av en sjukgymnastassistent och alla patienterna fick smärtstillande/antiinflammatoriska läkemedel under första veckan samt behandling med ispåse på ländryggen vid varje träningsfälle. Två grupper fick dessutom träningsövningarna. Den ena av dem fick enbart övningar som främjade flexionen i ländryggen och den andra fick extensionsövningar. Grupper jämfördes med varandra efter 1, 2 och 4 veckor samt efter det att behandlingarna avslutats efter 8 veckor. Vid det senare tillfället fanns det inga skillnader mellan grupperna med avseende på återgång i arbete. Dock såg man, liksom i studien av (Stankovic et al. 1990) att personerna som deltagit i någon av träningsgrupperna återgick i arbete något snabbare än de personer som fått den passiva behandlingen. Detta resultat gällde dock enbart efter den första behandlingsveckan.

Funktionscentrerad rehabilitering, baserad på så kallad ”*work hardening*” program utvärderades vid ett center för arbetsrehabilitering i Schweiz (Kool et al. 2007, Kool et al. 2005). Man randomiserade 211 patienter (18 % kvinnor) som var sjukskrivna mer än 6 veckor på grund av ländryggssmärta. En grupp fick funktionscentrerad rehabilitering som uppmuntrade till aktiv livsföring smärtan till trots, samt konditionsträning. Detta jämfördes med resultaten hos en grupp som fick smärtcentrerad rehabilitering, som innebär smärtreducering samt aktiv och passiv mobilisering och en så kallad miniryggskola med undervisning och träning. Efter 3 månader fanns det en icke statistisk säkerställd skillnad på 10 arbetande dagar till förmån för träningsgruppen. Vid ettårsuppföljning hade skillnaden ökat till 44 dagar och var statistiskt säkerställd. Studien kan dock bara ge svar på jämförelsen mellan dessa två interventioner, inte hur effektiva de var jämfört med annan evidensbaserad rehabilitering eller jämfört med ordinarie vård.

I en senare tysk RCT, även den med funktionscentrerad rehabilitering som grund, undersöktes effekten av att den ordinarie terapin kompletterades med psykoterapi tre gånger per vecka och avslappningsterapi fyra gånger per vecka (Schiltewolf et al. 2006). Den ordinarie terapin pågick sex timmar per dag i tre veckor och innehöll individuell terapi, vattengymnastik, workout, ryggskola, samt passiva modaliteter. Man inkluderade 64 patienter (44 % kvinnor) som var sjukskrivna mellan tre och tolv veckor för ländryggsbesvär. För 42 av de 64 patienterna hade man sjukskrivningsdata upp till två år efter interventionerna. Gruppen som hade fått tilläggsinterventionen hade betydligt lägre sjukskrivning på grund av ländryggssmärta. Nio av 22 patienter i den gruppen hade sjukskrivningstillfällen efter interventionen jämfört med 18 av 20 patienter i kontrollgruppen. Sammanlagt antal sjukskrivningsdagar under den tvååriga uppföljningstiden var 912 för interventionsgruppen och 2 228 för kontrollgruppen. Det innebär att det inte fanns någon stor skillnad i sjukskrivningsdagar mellan grupperna om man räknar in de som var sjukskrivna (101 dagar jämfört med 124 dagar för kontrollgruppen).

I en liten studie från Norge, undersöktes effekten av manuell terapi kombinerat med uppmuntran till fysisk aktivitet för personer som varit sjukskrivna för ryggsmärta under åtta veckor – sex månader (Aure et al. 2003). Personerna i studien hade rekryterats från den norska försäkringskassan. Kontrollgruppen deltog i träningsprogram som leddes av sjukgymnaster utan specialistkunskap i manuella tekniker. Man inkluderade 49 personer (47 % kvinnor) och interventionen sträckte sig över åtta veckor. Vid uppföljning efter en månad hade 18 personer i gruppen som fått manuell terapi, återgått i arbete i full utsträckning, jämfört med sex personer i kontrollgruppen. Efter tolv månader var dubbelt så många i fullt arbete i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen.

Torstensen m.fl. jämförde effekten av (i) så kallad medicinsk träningsterapi, (ii) konventionell sjukgymnastik, och (iii) rekommendationer att ta en promenad under en timme och tre gånger per vecka (Torstensen et al. 1998). Precis som i förra studien av Aure m. fl. (Aure et al. 2003) rekryterades patienterna från norska försäkringskassan. Medicinsk träningsterapi bygger, i likhet med ”*graded activity*”, på individens kapacitet och därifrån gradvis öka träningen som skedde i grupp. Till skillnad från ”*graded activity*” fanns här inga inslag av psykologisk intervention. Man inkluderade 208 personer (50 % kvinnor) som hade varit sjuk-

skrivna i genomsnitt fem månader (8-52 veckor) på grund av ländryggsmärta. Samtliga grupper hade 36 interventionstillfällen under totalt tolv veckor. Det var ingen skillnad mellan grupperna beträffande andelen som hade återgått i arbete vid uppföljningen tolv månader efter det att interventionerna avslutats. Däremot hade terapigrupperna signifikant färre antal sjukskrivningsdagar under perioden från studiestart till uppföljningen, jämfört med gruppen som hade ordinerats promenader. I motsats till studien av Aure m.fl. hade man i denna studie endast en uppföljningsperiod efter tolv månader, och det finns därför inga resultat om någon av grupperna har gått tillbaka i arbete snabbare.

En annan norsk studie utvärderade effekten av ett intensivt fysiskt gruppträningsprogram jämfört med konsultativa insatser med fokus på kognition, och en kontrollgrupp (Storheim et al. 2003). Man randomiserade 93 patienter (52 % kvinnor) som var sjukskrivna för subakuta ländryggsbesvär. En grupp fick vid två tillfällen träffa läkare och sjukgymnast som gav information och råd om smärta, lyfttekniker, bemästringsstrategier med mera. Den andra gruppen fick ett ryggräningsprogram under 15 veckor. Dessa grupper jämfördes med en kontrollgrupp som fick ordinarie omhändertagande. Arton veckor senare fanns det inga statistiskt säkerställda skillnader mellan grupperna med avseende på medelvärdet för antal sjukskrivningsdagar under uppföljningen.

I en RCT från USA jämförde Fritz m. fl. effekten av enhetliga kliniska riktlinjer med effekten av individualiserad klassifikationsbaserad behandling där man kategoriserade patienterna i fyra behandlingsgrupper baserat på kliniska tecken och symtom (Fritz et al. 2003). De fyra interventionerna var mobilisering, specifik träning, immobilisering och traktion. Under behandlingstiden hade man kontinuerliga bedömningar och patienterna kunde då ändra behandlingsgrupp beroende på utveckling av sina symtom. Patienterna i kontrollgruppen som fick behandling enligt de kliniska riktlinjerna fick lågintensiv aerobics träning och efter två veckor mer allmän muskelträning. Alla patienter oavsett behandlingsgrupp, gavs försäkringen om tillfrisknande och uppmanades att vara så aktiva som möjligt. Sjuttioåtta personer (38 % kvinnor) sjukskrivna för ländryggsmärta under kortare tid än 3 veckor inkluderades och följdes under ett år. Behandlingstiden var för majoriteten av patienterna, fyra veckor. Gruppen som fick behandling baserat på klassificeringsmodellen, återgick i högre utsträckning inom fyra veckor efter studiestarten, jämfört med den grupp som fått behandling enligt kliniska riktlinjer, (83 % jämfört med 58 %). Det fanns även en icke-signifikant skillnad till fördel för den förra gruppen, när det gällde återfall i sjukfrånvaro under den ett åriga uppföljningen.

I en stor observationsstudie från Kanada undersöktes effekten av ett interventionsprogram som sattes in tidigt efter sjukskrivningen början, (60 % av deltagarna hade varit sjukskrivna mindre än 2 veckor vid programstart) (Sinclair et al. 1997). Interventionen som utvärderades var ett program som gavs vid ett av de 87 allmänna sjukhusen i provinsen. Programmet som var individanpassat, sträckte sig över fyra veckor (eller tills patienten återgick i arbete). Det omfattade icke-farmakologisk smärtlindring, mobilisering, olika aktiva fysioterapeutiska metoder med tonvikt på funktion, att uppnå förbättrad kondition och stryka samt utbildning kring kroppsmekanismer och prevention av nya sjukfall. Man inkluderade 885 personer (stratifierade så att det blev ungefär lika fördelning mellan män och kvin-

nor) som var sjukskrivna för besvär i rörelseorganen och varv merparten hade ländryggsmärta. Gruppen som deltog i interventionen (n=355) jämfördes med dem som fick annan vård som gavs i samhället (n=530). Frågeställningarna inkluderade inte om denna vård var bättre eller sämre än ordinarie vård utan snarare om det fanns selektionsfaktorer som hade samband med remiss till programmet och om denna selektion i så fall förklarade eventuella resultat med avseende på återgång i arbete. Resultaten visade att det inte fanns någon systematisk skillnad mellan grupperna vid studiestart. Man fann också att programmet inte påverkade återgång i arbete, men var däremot väsentligt dyrare än den allmänna vården som gavs. Författarna betonar vikten av att sätta in rehabiliteringsåtgärder i rätt tid, det vill säga inte för tidigt och inte för sent.

I en annan studie från Kanada undersöktes om transkutan elektrisk nervstimulering (TENS) var ett effektivt komplement till ett träningsprogram för industriarbetare sjukskrivna för akut ländryggsmärta (Herman et al. 1994). Femtioåtta patienter (19 % kvinnor) inkluderades och randomiserades till att få antingen aktiv TNS eller placebo som komplement till ett allround träningsprogram som omfattade både konditionsträning och övningar med syfte att öka rörlighet och muskelstyrka. Under uppföljningstiden, sex månader, fann man skillnad mellan grupperna när det gällde hur snabbt individerna återgick i arbete. En avsevärd svaghet med studien var den ojämna fördelningen av personer som inte fullföljde programmet (14 i TENS-gruppen och tre i placebo gruppen).

### **Arbetsplatsexponeringar; rörelseorganens sjukdomar**

Vi inkluderade 19 studier från 18 gruppundersökningar där man hade undersökt i vilken mån som en eller flera arbetsexponeringar påverkade återgång i arbete efter sjukskrivning på grund av besvär i rörelseorganen (Tabell 6). I dessa studier hade man sammanlagt undersökt 57 arbetsexponeringar (Tabell 7).

#### *Sammanfattning av studier av arbetsplatsexponeringar*

Endast två av studierna var av hög vetenskaplig kvalitet och över hälften av övriga hade svagheter som gör att slutsatserna vi kan dra från dem är begränsade.

*Exponeringar av fysisk karaktär:* Från de 15 studier som hade undersökt arbetsexponeringar av fysisk karaktär finns inga övertygande bevis för att denna typ av exponeringar har samband med återgång i arbete. De starkaste studierna talar för att höga fysiska arbetskrav ökar tiden till återgång i arbete medan möjligheter till ergonomisk anpassning av arbetet minskar tiden till återgång. I övrigt visar de flesta studier inga samband mellan fysiska arbetsfaktorer och återgång i arbete.

*Exponeringar av psykosocial karaktär:* Det finns inga tydliga bevis för att psykosociala krav i arbetet påverkar återgång i arbete. Av de 16 gruppundersökningar som undersökt psykosociala faktorer fanns med ett fåtal undantag inga samband. Majoriteten av studierna hade dock väsentliga svagheter.

*Exponeringar av arbetsorganisatorisk karaktär:* 17 områden har undersökts men det finns ingen tydlig evidens för någon av faktorerna. Möjligen kan man dra slut-

satsen från tre studier att arbetets omfattning (hel eller deltid) inte verkar ha någon betydelse.

#### *Beskrivning av studier av arbetsplatsexponeringar*

I Sverige undersökte Ekberg alla från ett litet industrisamhälle som sökte vård hos ortens vårdcentral eller företagshälsovårdsmottagning för nacke/skulderbesvär, värk i arm eller övre thorax (Ekberg et al. 1996). Sammanlagt ingick 93 patienter, (74 % kvinnor). Arbetsfaktorer som var förknippade med långa sjukskrivningstider var otillfredsställande arbetsinnehåll och ansträngande sittande arbetsposition. Antalet patienter var litet och bortfallet är inte redovisat.

En amerikansk studie var baserad på 291 patienter som sökte för akut ryggsmärta (< 14 dagar) vid företagshälsovård i New England och som varit borta från arbete minst en dag (Shaw et al. 2005). Fem olika arbetsfaktorer mättes tillsammans med demografiska och kliniska faktorer, vid inträde i studien. Man följde upp personerna under en månad för att därefter predicera vilka personer som kom tillbaka i arbete inom denna tid. Tre av de fyra arbetsfaktorerna hade betydelse för återgång i arbete; sannolikheten att återgå var högre om man hade längre anställningstid samt om man kände till att arbetsgivaren tillfälligt kunde ordna anpassade arbetsuppgifter. Sannolikheten att återgå var däremot lägre om man upplevde höga fysiska krav i arbetet.

I två andra amerikanska studier baserade på en och samma grupp, undersöktes betydelsen av psykosociala och fysiska arbetsfaktorer för återgång i arbete efter sjukskrivning på grund av ryggbesvär (Dasinger et al. 2000, Krause et al. 2001). Man rekryterade 433 (32 % kvinnor) personer som var sjukskrivna för ländryggssmärta. Höga fysiska och psykologiska arbetskrav och lågt stöd från arbetsledare hade samband med *längre sjukfrånvaro*. Hög arbetskontroll – framförallt kontroll över arbetsperioder och raster, hade samband med *snabbare* återgång. Arbetstillfredsställelse och medarbetarstöd hade inte samband med återgång i arbete. När det gällde de fysiska arbetsexponeringarna, minskade sjukfrånvaron ju mindre tid man ägnade åt att hantera tunga föremål, medan sittande, stående eller exponering för vibrationer inte påverkade återgång i arbete.

I en studie från New York undersöktes betydelsen av tungt fysiskt arbete, vibrationer i arbetet och arbetstillfredsställelse för fördröjd återgång i arbete, vilket definierades som att man var sjukskriven mer än fyra veckor (Nordin et al. 1997). Studiepopulationen bestod av anställda inom det allmänna transport och kommunikationssystemet i New York där 162 personer sjukskrivna för ländryggbesvär rekryterades. Av de tre arbetsexponeringar som undersöktes var det endast vibrationer i arbetet som hade samband med frånvaro från arbetet under mer än fyra veckor.

Soucy m.fl. undersökte i vilken mån arbetsrelaterade faktorer (psykosociala faktorer och organisatoriska faktorer) bidrog till att predicera arbetsstatus under en sexmånadersperiod (Soucy et al. 2006). Studien genomfördes i Quebec, Kanada och inkluderade 437 personer (43 % kvinnor) som var sjukskrivna 2-9 veckor för ländryggssmärta. Av de nio faktorer som studerades var det endast upplevd arbetsstress och rädsla för att arbetet kunde förvärra besvären som hade samband med längre tid innan en person återgick i arbete.

I en annan kanadensisk studie undersökte Franche m.fl. om sex olika arbets-exponeringar hade någon betydelse för återgång i arbete (Franche et al. 2007b). I denna studie av hög kvalitet var faktorerna konkreta som till exempel; kontakt med arbetsplatsen, ergonomiska arbetsplatsbesök etc. Man inkluderade över 600 personer (45 % kvinnor) som anmält ett sjukfall till arbetsskadeförsäkringen i Ontario inom sju dagar från sjukfallets början. Man mätte arbetsexponeringarna ungefär en månad efter sjukfallets början och följde därefter upp gruppen under sex månader. Två faktorer hade samband med tidigare återgång i arbete. Dessa faktorer var om den sjukskrivne hade fått och accepterat arbetsanpassning, samt om arbetsplatsen hade fått råd från behandlande läkare om hur man skulle förhindra återinsjuknande.

I en annan stor studie baserad på samma register av arbetsskadefall i Ontario undersöktes hur olika faktorer från olika domäner påverkar återgång i arbete och längden av sjukskrivningstid vid besvär från ländrygg, nacke och extremiteter (Hogg-Johnson et al. 2003). Man inkluderade över 900 personer som varit sjukskrivna minst fyra veckor. De följdes upp under ett år med avseende på demografiska och kliniska (hälsa och symtom) faktorer, psykosociala arbetsfaktorer samt förväntningar på tillfrisknande och återgång i arbete. Viktiga arbetsfaktorer som påverkade återgång till arbetet var möjligheten till anpassning av arbetet men bara för personer som hade en oförändrad smärta och låga förväntningar på att tillfriskna under uppföljningstiden.

Ytterligare en studie från Kanada undersökte betydelsen av arbetsmiljöfaktorer (Infante-Rivard et al. 1996). Den var baserad på 305 patienter som hade remitterats till två rehabiliteringscentra. Man undersökte arbetsmiljöfaktorer mellan de som återgick och de som inte återgick i arbete. Alla fick i stort sett samma rehabiliteringsprogram. De som var unga och arbetade i offentliga företag eller organisationer och som uppgav att de kunde ta pauser i arbetet när de behövde detta, återgick snabbare i arbete. Sambanden var dock svaga.

En holländsk studie undersökte bland annat arbetsrelaterade faktorer för att inte återgå i arbete inom en tolv månaders period (van der Weide et al. 1999). Man inkluderade 120 personer (67 % kvinnor) sjukskrivna för ländryggssmärta under minst tio dagar. Av sju arbetsexponeringar befanns två vara av betydelse för tiden till återgång i arbete; ju högre skattat arbetstempo och arbetsbelastning, desto längre tid för att återgå i arbete. Detsamma gällde sämre relation med arbetskollaboratorer.

Ytterligare en holländsk studie, undersökte faktorer för att återgå i arbete hos personer med ländryggssmärta (van der Giezen et al. 2000). Gruppen bestod av 298 personer (41 % kvinnor) som varit sjukskrivna 3-4 månader när de fick svara på frågor som bland annat innefattade sex psykosociala arbetsfaktorer, arbetstid och fem faktorer som var relaterad till arbetsplatsen, till exempel företagets storlek och anställningstid faktorer. Vid uppföljningen tolv månader efter första sjukskrivningsdagen, undersöktes huruvida man var åter i arbete eller inte. Att vara i arbete definierades som att man hade återgått i arbete i någon utsträckning hos samma eller annan arbetsgivare. Den enda arbetsfaktorn som påverkade om man var åter i arbete var högre arbetstillfredsställelse.

I en tredje holländsk studie baserad på 253 personer (30 % kvinnor), sjukskrivna 2-6 veckor för besvär i rörelseorganen undersöktes bland annat, sju fysiska och

sex psykosociala arbetsfaktorerers betydelse för återgång i arbete (Lotters et al. 2006) Uppföljning sträckte sig över tolv månader. Resultaten visade att ju längre tiden gick innan återgång i arbete, desto mer ökade betydelsen av att ha skattat fysisk arbetsbelastning som hög. Vid diagnosspecifika analyser framkom att bland personer med ländryggssmärta hade arbetsfaktorerna ingen betydelse för återgång i arbete, utan det var andra faktorer som spelade in. Hos personer med besvär nacke/axlar/armar däremot hade högre fysisk belastning i arbetet samband med längre sjukfrånvaro.

En studie med så kallade negativa resultat vad gäller arbetsexponeringar är en relativt liten kanadensisk gruppundersökning baserad på arbetsskadeanmälningar i Ontario (Crook et al. 1998). Man inkluderade 148 personer (47 % kvinnor) för undersökning och intervju när de hade varit sjukskrivna i tre månader. Uppföljningen skedde kontinuerligt under 21 månader. Ingen av arbetsexponeringarna som mättes (sju fysiska och nio psykosociala) vid inträde i studien, hade någon betydelse för återgång i arbete.

Ytterligare en studie från Kanada fann liknande resultat (Schultz et al. 2002). Man inkluderade 192 personer som varit sjukskrivna 4-6 veckor, på grund av ländryggsbesvär samt 61 personer (som hade mera långvariga ländryggsbesvär (6-12 månader). Ingen av de sex arbetsrelaterade psykosociala faktorer som mättes vid inkludering i studien, hade någon betydelse för sannolikheten att den anställda hade återgått i arbete efter tre månader.

I en norsk RCT med personer sjukskrivna för ländryggssmärta gjordes sekundäranalyser där man undersökte faktorer som hade samband med återgång i arbete, oavsett vilken behandlingsgrupp man tillhörde i ursprungsstudien (Hagen et al. 2005). Av arbetsexponeringar (mer än hälften av arbetstiden) undersöktes; tunga lyft, arbete med händerna ovanför axelhöjd, repetitiva rörelser och arbetsställningar som var påfrestande för ryggen. Dessutom undersöktes hög mental arbetsbelastning. Den enda arbetsexponeringen som var negativ för återgång i arbete inom tre månader, var om man hade arbetsställningar som var påfrestande för ryggen. Vid tolv månadersuppföljningen hade ingen av arbetsexponeringar någon inverkan på om man hade återgått i arbete eller inte.

Den enda spanska RCT som ingick i vår granskning (Abasolo et al. 2005, Abasolo et al. 2007) har också använts till att undersöka om bland annat yrkestillhörighet och fysiska arbetsfaktorer hade betydelse för återgång i arbete (Abasolo et al. 2008). För detta syfte använde man sig endast av den grupp i RCT:n som hade fått delta i interventionen. Denna bestod i korta drag av ett koordinerat arbetssätt för undersökning, utredning och behandling. Över 3 300 personer (50 % kvinnor), sjukskrivna för sjukdom i rörelseorganen (majoriteten var ryggsbesvär) ingick i undersökningen. Yrkestillhörighet samt femton fysiska arbetsexponeringar mättes i ett tidigt skede efter sjukskrivningsstarten och uppföljning skedde under 18 månader. Resultaten visade att återgång i arbete fördröjdes om man hade ett "manuellt arbete" samt om den tjänst man hade var tryggad under sjukskrivningstiden. Man undersökte också i vilken mån arbetsfaktorer ökade risken för att återinsjukna under uppföljningsperioden för personerna som hade återgått i arbete efter interventionen (Abasolo et al. 2005, Abasolo et al. 2007). Återinsjuknande predicerades av att ha en icke tidsbestämd anställning, att ofta arbeta i



knäliggande ställning, och att ha ett manuellt arbete. Arbetsexponeringarna mättes grovt (oftast endast ja/nej svar) vilket delvis kan vara en förklaring till så få av faktorerna hade någon betydelse för återgång i arbete. Men det är även tänkbart att det finns kulturella förklaringar till dessa negativa resultat.

## Lättare psykisk ohälsa

### Definitioner

Lättare psykisk ohälsa definieras i denna kunskapssammanställning som psykisk ohälsa med lättare behandlingsbara psykiska besvär till skillnad från grövre psykiatriska diagnoser. Besvären kan dock vara nog så besvärliga för den som drabbas och den vedertagna beteckningen, lättare psykisk ohälsa kan vara vilseledande. De diagnoser som inkluderas i begreppet är: depression, ångest, utbrändhet eller utmattningsdepression samt anpassningsstörning. De exkluderade diagnoserna är bl.a.: schizofreni, psykoser, bipolära sjukdomar, personlighetsstörningar samt olika missbruksproblem.

### Interventioner; lättare psykisk ohälsa

Vi inkluderade fem RCT där man hade undersökt effekten av olika former av psykologisk behandling för personer med lättare psykisk ohälsa, antingen som ensam intervention, eller som i ett fall, kombinerat med arbetsplatsintervention. Alla studierna utom en är utförda i Nederländerna. Den andra studien, som även inkluderat muskuloskeletal besvär är utförd i Norge.

### Multidisciplinära interventioner

#### *Sammanfattning av studier med multidisciplinära interventioner*

Det finns svagt stöd för att en kortare intervention baserad på KBT kombinerat med arbetsplatsåtgärder för att minska stressen på arbetsplatsen är mera effektivt både jämfört med omfattande KBT och med ordinarie vård. Slutsatserna bygger på en liten RCT och avser egna företagare.

#### *Beskrivning av studier med multidisciplinära interventioner*

Den enda studien, som vi har funnit, som utvärderat multidisciplinära åtgärder är en RCT som är genomförd i Nederländerna (Blonk et al. 2006), och hade KBT som utgångspunkt. Den riktade sig till en grupp på totalt 122 egenföretagare (19 % kvinnor) med arbetsrelaterade psykiska besvär och en sjukskrivningstid på 2-3 veckor. De hade rekryterats från ett privat försäkringsbolag. Deltagarna lottades till två interventionsgrupper och en kontrollgrupp. En grupp fick KBT med gradvist återgång i arbete. En psykoterapeut ledde dessa behandlingar om 11 veckor med 2 behandlingar under 45 minuter per vecka. Den andra interventionsgruppen fick en kortare KBT som omfattade 5-6 veckor med två behandlingar under en timme per vecka. Denna behandling kombinerades med arbetsplatsåtgärder för att minska stress på arbetsplatsen. Kontrollgruppen fick två kortare

besök hos allmänläkare. Vid uppföljningen, efter tio månader, visade resultatet att deltagarna i den kombinerade interventionsgruppen återvände till arbete snabbare, både partiellt och helt, jämfört med både KBT- och kontrollgruppen. Det fanns inga skillnader mellan KBT-gruppen och kontrollgruppen med avseende på tid till återgång i arbete.

### **Psykologiska interventioner**

Vi inkluderade fem studier som hade utvärderat effekten av psykologiska interventioner (Tabell 8). Man undersökte effekter av olika former av KBT antingen på individ- eller gruppnivå. Sjukskrivningsorsakerna varierade mellan arbetsrelaterad stress, mild depression, ångest eller var beskrivet som lättare psykiska besvär av diverse slag.

#### *Sammanfattning av studier med psykologiska interventioner*

Det finns inget klart stöd för att så kallad lösningsfokuserad intervention, eller andra KBT tekniker påverkar återgång i arbete vid frånvaro på grund av lättare psykisk ohälsa. Slutsatserna bygger på fem RCT, publicerade som sex studier. En av dem fann en tendens till att interventionen kortade sjukskrivningstiden (van der Klink et al. 2003), medan resultaten i de andra inte skiljde sig åt mellan interventionsgrupperna och kontrollgrupperna.

Det finns svagt stöd från en studie att omfattande KBT är sämre än en kortare intervention baserad på KBT tillsammans med att man också vidtar åtgärder för att minska stressen på arbetsplatsen för egna företagare (en studie).

#### *Beskrivning av studier om psykologiska interventioner*

I en norsk studie undersöktes effekten av lösningsfokuserad intervention för personer sjukskrivna för muskuloskeletal (46 %) eller psykologiska besvär (54 %) (Nystuen et al. 2006). Man inkluderade 103 personer (62 % kvinnor) som varit sjukskrivna minst sju veckor och högst tolv månader. Interventionen bestod av 3-4 timmars gruppdiskussioner varje vecka under åtta veckor. Fokusering skedde på bemästringsstrategier, lösningar och mål för framtiden, samt generellt stöd för gruppdeltagarna. Forskarna fann ingen skillnad i självrapporterad återgång i arbete vid uppföljningen sex månader efter start av behandlingen. Det var emellertid en relativt liten studie och det är oklart hur stor andel av gruppdeltagarna som deltog i samtliga gruppdiskussioner. Man har inte heller rapporterat om det fanns några diagnosspecifika fördelar med interventionen.

I den ena av de fyra RCT:n från Nederländerna undersöktes 192 (44 % kvinnor) anställda inom post- och teleservice i hela landet som varit sjukskrivna minst två veckor (van der Klink et al. 2003). Interventionsgruppen fick delta i ett aktiverande KBT-program enligt en trestegsmodell med syfte att i ett tidigt stadium förbättra ”copingförmågan” för att på så sätt minska symptomen och sjukskrivningstid. Kontrollgruppen fick ordinarie vård och uppföljningstiden var ett år. Det fanns inga skillnader i andel sjukskrivna mellan grupperna vid denna tidpunkt. Interventionsgruppen hade dock kortare sjukskrivningstid (49 dagar jämfört med 70 dagar i kontrollgruppen). Antal återfall i sjukfrånvaro var också något färre för interven-

tionsgruppen (1.8 tillfällen jämfört med 2.3). Dessa skillnader var dock inte statistiskt signifikanta.

Den andra RCT:n från Nederländerna baseras på 194 patienter (59 % kvinnor) som var sjukskrivna under mindre än 3 månader innan studiestart. Sjukskrivningsorsakerna var mild depression eller generell ångest (Brouwers et al. 2006). Liksom i studien av Nystuen från Norge (Nystuen et al. 2006), var behandlingen lösningsfokuserad och man fick även stöd för att implementera strategierna i vardagslivet. Interventionen jämfördes med ordinarie vård som kontrollgruppen fick. Vid uppföljningen efter 18 månader fanns det ingen skillnad mellan grupperna med avseende på antal sjukskrivningsdagar till dess att man återgått i arbete. Interventionen hade heller inga kostnadsmässiga fördelar (Brouwers et al. 2007).

En tredje RCT baserad på egna företagare från Nederländerna (Blonk et al. 2006), hade också utgångspunkt i KBT och beskrivs ovan under multidisciplinär behandling. Resultatet från den studien tyder inte på att KBT som ensam intervention är effektivare än ordinarie vård.

Samma forskargrupp utförde också senare en RCT baserad på en bredare grupp från arbetsmarknaden. Studiepopulationen begränsades alltså inte till att bara omfatta egna företagare (de Vente et al. 2008). Man jämförde både gruppterapi och individuell terapi med ordinarie vård. Interventionen var ett mediumlångt (tolv tillfällen) stresshanteringsprogram baserat på KBT. Patienter, sjukskrivna för arbetsrelaterad stress, rekryterades från företagsläkare och privatläkare samt via annonser. Åttiotvå patienter med sjukskrivningstid mellan två veckor och sex månader, randomiserades antingen till ett individuellt KBT program, ett grupprogram med KBT eller till en kontrollgrupp som fick ordinarie vård. Alla grupperna hade kvar sina ordinarie kontakter med företagsläkaren. Uppföljningen gjordes regelbundet, efter fyra, sju och tio månader. De självrapporterade utfallen var antal sjukskrivningsdagar per fyraveckorsperiod samt tid till återgång i arbete. Alla grupperna återvände till arbetet i samma utsträckning. Efter tio månader var 65-80 % i arbete. Den grupp som hade fått ordinarie vård hade mindre sjukskrivning än de övriga grupperna men skillnaden var inte statistiskt säkerställd. Studien var emellertid liten och det finns inte någon på förhand statistiskt beräknad krav på studiestorlek för att kunna upptäcka önskade skillnader mellan grupper, så kallad "power calculation".

## **Arbetsplatsexponering; lättare psykisk ohälsa**

### *Sammanfattning av studier av arbetsplatsexponering*

Det finns mycket begränsad evidens om vilka arbetsplatsexponeringar som påverkar återgång i arbete efter sjukskrivning för personer med lättare psykisk ohälsa. Vi inkluderande endast en observationsstudie från Nederländerna, som har publicerats i två artiklar. (Tabell 9 och 10). Sammanlagt undersöktes fyra olika psykosociala arbetsfaktorer. I den mindre och mer selekterade studien fann man att bättre kommunikation mellan chef och medarbetare visade sig ha samband med hel återgång i arbete hos personer som inte var deprimerade men för personer med depression fanns inget sådant samband.

### *Beskrivning av studier av arbetsplatsexponeringar*

I den ena studien inkluderades 188 (60 % kvinnor) anställda varav 102 var lärare som sökt vård för lättare psykisk ohälsa vid en av 30 företagshälsovårdskliniker i Nederländerna (Nieuwenhuijsen et al. 2006). De hade en sjukskrivningstid på mindre än sex veckor när de inträdde studien. De fick då bland annat besvara tre arbetsrelaterade frågor om krav i arbete, chefsstöd och stöd från kollegor. Uppföljning ägde rum efter 3, 6 och 12 månader. Ingen av de arbetsrelaterade faktorerna hade någon betydelse för hur snabbt personerna återgick i arbetet. Inte heller hade det någon betydelse om man var lärare eller tillhörde någon av de andra yrkeskategorierna. Det framgår inte vilka dessa yrken var och det kan tänkas att gruppen var för homogen med avseende på yrkesexponeringar, vilket då försvårar möjligheterna att fastställa ett samband.

Den andra studien utgjordes av 85 av personerna i studien ovan, och som hade gett sin tillåtelse att forskarna fick kontakta deras närmaste chef (Nieuwenhuijsen et al. 2004). Chefer till de anställda intervjuades per telefon med syfte att studera chefsbeteende under sjukskrivningsperioden såsom: kommunikation med den anställde, främjande av gradvis återgång i arbete och konsultationer med andra yrkesgrupper. Efter ett års uppföljning fann man visst stöd för hypotesen att chefs beteende var relaterat till snabbare återgång i arbete för personer med mental ohälsa. Bättre kommunikation mellan chef och medarbetare visade sig ha samband med hel återgång i arbete hos personer som inte var deprimerade men för personer med depression fanns inget sådant samband. Det fanns heller inget samband mellan chefernas främjande av en gradvis återgång i arbete. Vidare visade resultaten att om man ofta konsulterade andra yrkesgrupper för att främja återgången fördröjdes denna. Den studerade gruppen kan tänkas vara selekterad då det är kan vara känsligt att chefen kontaktas i fall av konflikter.

## Diskussion

I denna systematiska och kritiska granskning av den vetenskapliga litteraturen har syftet varit att undersöka interventioners och arbetsplatsfaktorerers betydelse för återgång i arbete. Begreppet återgång i arbete är dock problematiskt. I flera studier saknas tydlig definition av återgång i arbete. Exempelvis framgår det inte alltid om partiell sjukskrivning finns i landet i fråga och hur man i så fall har inkluderat detta i begreppet återgång i arbete. I vissa studier har man i begreppet återgång i arbete, inkluderat även personer som arbetstränar med bibehållen ersättning från sjukförsäkringen. I andra har man haft kriterier för hur länge man ska ha behållit full arbetsförmåga (exempelvis 30 eller 40 dagar) för att man ska ha definierats som åter i arbete. Givetvis styrs definitionen i viss mån av omfattningen av och kvaliteten på de källor där möjlighet att hämta information om utfall av dessa slag finns. Definitionerna varierar också från land till land. Det kan också vara skillnader mellan självrapporterade uppgifter och registerdata, men Franche m.fl. hade båda dessa utfall och man fann att i Ontario, Kanada var det en hög, om än inte perfekt överensstämmelse mellan dessa mätmetoder (Franche et al. 2007b). Det finns emellertid enligt vår uppfattning ett behov av en översyn och sammanfattning av de nu använda definitionerna av återgång i arbete. Vetenskapligt sett är det svårt att jämföra studier när man inte använder sig av samma definition av utfallet. I några studier hade man även mätt återfall i sjukfrånvaro under uppföljningsperioderna och fann ofta att en hög andel hade haft en ny period av sjukfrånvaro, vilket talar för vikten av att även studera hållbarheten i att vara ”åter i arbete”.

Ett ytterligare sätt att mäta återgång i arbete är antalet sjukskrivningsdagar i en grupp som fått en intervention jämfört med en grupp som inte fått det. Här spelar naturligtvis försäkringssystem och ersättning vid sjukfrånvaro in. Strukturen på ett lands eller en tidsperiods arbetsmarknad är också viktiga. Finns det mycket arbeten är det lättare att återgå och arbetsgivarna är mer intresserade av arbetskraft som inte är fullt arbetsför. I en sämre konjunktur med stor konkurrens om jobben kommer de partiellt arbetsföra längre ner i prioriteringen. Detta har naturligtvis betydelse även för hur en intervention fungerar.

Långtidssjukfrånvaro, rehabilitering och återgång i arbete tilldrar sig stort samhällsligt intresse. Varför finns det då så få bra vetenskapliga studier där det är möjligt att dra generella slutsatser? Förklaringarna till detta är många. Rehabilitering och interventioner sker oftast i miljöer långt ifrån forskarna. Aktörerna på denna arena är ofta små och arbetar var och en efter sina lokala förutsättningar. Något fokus på forskning och systematisk utvärdering av resultaten har inte funnits i någon större utsträckning och inte heller någon tradition att rapportera resultaten utanför den egna arbetsplatsen eller organisationen. Det lokala perspektivet gör också att även resultat från en välgjord undersökning är svåra att generalisera till andra sammanhang. Framst gäller detta olika länder med olika system för sjukfrånvaro och rehabilitering. Demografiska faktorer är av betydelse. I länder med en åldrande arbetande befolkning är problemen förmodligen större än i länder med en ung befolkning.

De studier som utförts har ofta ett ganska begränsat deltagarantal. Att göra stora studier på en stor befolkning är resursmässigt oerhört krävande och detta är i praktiken näst intill omöjligt att genomföra i den hårda konkurrens som finns om forskningsmedel. Resultaten blir svåra att statistiskt säkerställa och tveksam råder då om det finns en effekt eller inte.

De diagnoser som är vanligast i gruppen långtidssjukskrivna är rörelseorganens sjukdomar och "lättare psykisk ohälsa". Dessa diagnoser är symtomdiagnoser med ofta ganska diffus symtombild och det finns stora svårigheter att objektivt mäta och beskriva sjukdomarna och symtomen. Detta gör att jämförelser mellan två individer med samma övergripande diagnos blir osäker. Svårighetsgraden och längden av sjukligheten kan variera och därmed också jämförbarheten. Personlighet och social bakgrund varierar likaså och kan också påverka utfallet i en studie.

Vid studier av återgång i arbete förutsätts att individen har ett arbete att återgå till eller åtminstone att hon eller han har sjukskrivits från ett arbete. Arbetets karaktär, krav och innehåll har stor betydelse för möjligheten att återvända. Ett fysiskt tungt arbete utan påverkansmöjligheter kräver mer av den fysiska arbetsförmågan än ett lättare arbete med stort inflytande och påverkansmöjlighet för individen. I interventionsstudier kommer deltagarna ofta från vitt skilda arbeten och detta påverkar naturligtvis hur lyckad en intervention kan bli med hänsyn till återgång i arbete och hur jämförbara olika individer som fått samma rehabilitering är.

I vår granskning hade vi som tidigare nämnt, fokus på arbetsrelaterade exponeringar, fysiska eller psykosociala. Även om studierna hade rapporterat besvärrelaterade eller personrelaterade faktorer och deras inverkan på återgång i arbete valde vi att inte rapportera dessa. Det är emellertid viktigt att påtala även andra faktorer har stor inverkan på om och hur snabbt en individ är åter i arbete efter en sjukskrivning. Vissa av dessa faktorer går att påverka helt eller delvis genom interventioner, exempelvis motivation, rörelserädsla, och till viss del arbetsmiljö. Andra faktorer är inte påverkbara, exempelvis ålder och antal år i arbete. I statistiska analyser av arbetsexponeringar är det också viktigt att ta hänsyn till sociodemografiska faktorer, livsstil, tidigare sjuklighet och ett antal psykologiska variabler, för att exempelvis kontrollera om vissa av dylika faktorer samvarierar med varandra.

## Interventioner

Vi fann vid genomgång av vad som rapporterats i den internationella att det finns stöd för att multidisciplinär rehabilitering som innehåller komponenter av fysisk aktivitet och psykologisk intervention, lösningsfokuserad KBT eller jämförbart, är positivt för personer som är sjukskrivna för besvär i rörelseorganen. Stödet är begränsat till personer med sjukskrivningstider på mellan ca fyra veckor till 4-6 månader då längre uppföljningstider oftast saknas. Det finns även stöd för att koordinerad vård och coachning för att komma tillbaka till arbetet är positivt i ett relativt tidigt skede i sjukskrivningen (< 3 månader). Effekterna är dock i flera fall inte stora. Det finns mycket begränsat stöd för psykologiska interventioner som ensam behandlingskomponent. När det gäller den typen av behandling för sjuk-

domar i rörelseorganen, fann vi endast två studier med positiv effekt på vissa grupper av sjukskrivna, medan resultaten från de två övriga studierna inte visade någon effekt.

Vi fann inga klara stöd för några behandlingar som påverkar återgång i arbete vid sjukskrivning för olika stressrelaterade tillstånd, (utmattningssyndrom, ”utbrändhet”, utmattningsdepression etc.). Med hänsyn till det omfattande fokus på sjukskrivningar för dessa diagnoser som varit i Sverige och vissa andra länder under det senaste årtiondet, är det förvånansvärt få studier publicerade som har sjukskrivning eller återgång i arbete som utfall.

I studier som har andra utfall än återgång i arbete har det dock vistats att KBT interventioner minskar symtom och ökar livskvalitet etc. vid smärttillstånd (Vlaeyen et al. 2005). I en nyligen publicerad studie från Nederländerna fann man att personer, sjukskrivna för klinisk ”utbrändhet” och som återgick i arbete efter en KBT rehabilitering, hade en signifikant symtomförbättring (Sonnenschein et al. 2008). Den grupp som inte återgick, rapporterade inte förbättring i lika stor utsträckning. Man bör därför kunna dra vissa slutsatser att symtomförbättring är en grov approximering för återgång i arbete.

Liksom i kunskapsställningarna av (Franche et al. 2005, Krause et al. 1998) fann vi att arbetsinterventioner hade effekt på återgång i arbete vid sjukdomar i rörelseorganen, men det fanns även några studier som inte lyckades visa någon effekt. Möjliga förklaringar till disparata resultat är många. Till exempel kan det ha stor betydelse vilka inklusions- och exklusionskriterier man har för respektive studie. Det finns RCT som är väl kontrollerade och har homogena studiepopulationer som kanske aktivt har valt att delta i studien genom upprop (annonsering etc.). Strikta inklusions- och exklusionskriterier gör att interventionerna testas på personer utan samsjuklighet eller andra riskfaktorer för lång sjukskrivning. Dessa studier har naturligtvis har högre sannolikhet att uppnå effekt av en behandling än en studie med bredare kriterier, men som då samtidigt kan generaliseras till en bredare patientgrupp.

Av betydelse för resultaten och för generaliserbarhet är också varifrån personerna som ingått i studierna har rekryterats. Är källan en specialistklinik eller en företagshälsovård kan man oftast inte dra samma slutsatser som när källan är ett försäkringsregister. Typ av försäkringsregister har också betydelse. Exempelvis har majoriteten av studierna från Nordamerika rekryterat studiepersoner som har sjukfrånvaro registrerat i arbetsskaderegistren. Det innebär också att man ofta benämner besvärerna som arbetsrelaterade enligt det landets regler som gällde när besvär anses vara orsakat av arbetet. Det är såvitt vi känner till inte beforskat i vilken utsträckning sådana begränsningar kan påverka generaliserbarheten av en studie.

## Tidsmässiga aspekter på interventioner

I en observationsstudie som omfattade sex länder (Danmark, Tyskland, Israel, Nederländerna, Sverige och USA), undersöktes förekomsten av olika ergonomiska interventioner, och om dessa åtgärder hade en skyddande effekt mot att åter bli sjukskriven någon gång under två års period efter första sjukskrivningen (Anema

et al. 2004). Man fann att betydelsen av de ergonomiska interventionerna i vissa avseenden var beroende av sjukskrivningstidens längd under den första sjukperioden. Detta talar för att vissa interventions- och arbetsfaktorer kan vara tidsberoende och framtida studier bör designas med detta i åtanke. Man fann inga nämnvärda skillnader mellan länderna.

En möjlig förklaring till negativa resultat eller motstridiga resultat i vissa studier kan vara att man gjort ett nedslag vid en viss uppföljningstidpunkt, oftast sex eller tolv månader. Det önskvärda vore om man i framtida studier använder sig av moderna analysmetoder där man kan bestämma hastigheten på återgång i arbete. Samtidigt ser man i de fall interventioner visat sig vara effektiva, att skillnader mellan grupper tenderar att plana ut över tid och ibland helt försvinna. Det kan ha flera förklaringar; till exempel hur försäkringssystemen är utformade, naturlig läkningstid, eller så kallad "regression to the mean" (Fitzmaurice 2000).

En annan reflektion är att *sjukskrivningstiden* för de undersökta grupperna ofta är relativt kort, mellan några dagar – några månader. Personer med långa sjukskrivningstider är svårare att få tillbaka till arbetslivet. Om detta beror på sjukskrivningstidens längd i sig och att en tidig åtgärd skulle varit lyckosam eller på att sjukdomen är så pass svår att den omöjliggör arbetsåtergång är sällan helt klart. Flera av resultaten tyder emellertid på en med tiden utjämnad kurva för återgång i arbete vid jämförelser mellan de som deltagit i olika interventioner och de som ingått i kontrollgrupper. Det verkar också som att vid långa uppföljningar (12 månader eller mer), är det ungefär lika stor andel av gruppens deltagare som har lyckats återgå i arbete, oavsett vilken intervention som har studerats. Sammantaget kan det tala för att man i en del studier har inkluderat för "friska" personer, det vill säga, sannolikheten att man kan återgå i arbete utan omfattande rehabilitering är hög. Resultaten i studien av Haldorsen m.fl. (Haldorsen et al. 2002) talar för behovet av ett väl fungerande "screeninginstrument" som korrekt kan sortera ut personer med sämre prognos för återgång i arbete. Dessa personer bör man därefter göra riktade insatser för. Linton m.fl. har undersökt det prediktiva värdet av ett sådant screeninginstrument, Örebro Muskuloskeletala Smärtformulär (ÖMPSQ) (Linton et al. 2003).

Man fann en brytpunkt som till 65 % korrekt kunde predicera personerna som var sjukskrivna efter sex månader. Om detta instrument hade använts för att avgöra vilka som var i behov av rehabilitering för att kunna återgå i arbete, skulle alltså 35 % av dem som deltog i rehabiliteringen återgått i arbete även utan sådan insats. Det innebär förutom en högre kostnad för rehabilitering även risk för så kallad iatrogen effekt, det vill säga, man får en negativ effekt av att behandla personer som inte nödvändigtvis är i behov av det. Endast 40 % av populationen som instrumentet var utvärderat på, uppfyllde kriterierna för sjukskrivning vid studiestarten. Vi vet alltså heller inte hur säkert detta instrument är för att predicera åter i arbete. Det är därför angeläget att hitta ett säkrare sätt att prognostisera vilka som inte återgår i arbete efter sjukskrivning.

Ytterst få studier omfattade individer med längre tids sjukfrånvaro (6-12 månader). Detta gör det svårt att dra några slutsatser om fungerande åtgärder för personer som är långtidssjukskrivna. Vi fann endast två mindre studier där man hade undersökt hur interventioner påverkar återgång i arbete för personer som har långa



sjukskrivningar. En möjlig förklaring till detta är att i många länder förlorar människor sina anställningar vid långvarig sjukdom och vi har i vårt arbete klart uttalat att granska studier där merparten av studiepersonerna hade ett arbete att återgå till efter sjukperioden.

Av de studier som vi funnit relevanta enligt våra kriterier, är det sålunda få som ger oss en enhetlig bild av vilka interventioner som har effekt för återgång i arbete.

## Arbetsexponeringar

Bevisen för arbetsexponeringars samband med återgång i arbete är inte entydig. De flesta studierna visar emellertid inte något samband med vare sig fysiska eller psykosociala arbetsfaktorer. Detta gäller alla de diagnoser som vi inkluderat i vår granskning. En av förklaringarna till de negativa resultaten kan vara att flera av studierna har mätt arbetsfaktorer genom ja/nej – frågor. Det är sannolikt ett alltför okänsligt sätt att mäta exponering av de slag som finns på arbetsplatserna.

## Styrkor och begränsningar

Denna kunskapssammanställning skiljer sig från tidigare arbeten genom att vi har haft ett brett perspektiv på studier som har undersökt interventioners effekt på återgång i arbete. Tidigare granskningar och sammanställningar har oftast inriktat sig på specifika medan vi har inkluderat alla typer av interventioner. Granskningsarbetet har skett enligt kriterier som var uppställda i förväg och den vetenskapliga kvalitén har bedömts av oberoende granskare. Vi fann, som i många andra sammanfattningar att den vetenskapliga kvalitén generellt sett har ökat med tiden, det vill säga studier av senare publikationsdatum innehåller i högre grad de kvalitetskrav som satts upp för vetenskapliga studier (Altman et al. 2001, Des Jarlais et al. 2004).

Vår sökstrategi var rigorös och omfattande. Trots det finns det med stor säkerhet enstaka studier som vi har missat. Dock tror vi inte att denna svaghet är av sådan betydelse att den skulle kunna påverka våra slutsatser.

En annan begränsning är de enskilda studiernas kvalitet. Det var endast 12 av de 79 studierna som uppnådde kriterierna för hög kvalitet, vilket minskar våra möjligheter att dra starka slutsatser.

## Rekommendationer för fortsatt forskning

Det finns stort behov av fler vetenskapliga studier med fokus på återgång i arbete och företrädesvis att man då använder *tiden* till återgång i arbete som utfall. Samtidigt måste hänsyn också tas till återfall i sjukfrånvaro med tanke på att det är relativt vanligt. Både återgång i arbete och antalet sjukskrivningsdagar bör vara mått som kombineras i framtida studier.

Det finns också behov att utvärdera så kallade "screening instrument" som med hög tillförlighet kan prognostisera återgång i arbete för personer som inte varit

sjukskrivna någon längre tid. Det finns visst stöd för att personer med dålig prognos har större behov av och bättre utfall vid mera omfattande insatser (Haldorsen et al. 2002), och det är viktigt att på ett tillförlitligt sätt kunna identifiera dessa personer i ett tidigt skede av sjukskrivningen. Det finns också stort behov av ökad kunskap och förståelse kring huruvida det finns andra specifika undergrupper av sjukskrivna personer som har bättre chans att återgå i arbete om de får en viss intervention.

En stor norsk RCT, (Scheel et al. 2002), visade på trögheten att införa och tillämpa nya riktlinjer inom vården. I detta fall var det riktlinjer baserade på politiska beslut, men även riktlinjer som är baserade på vetenskapliga studier tar tid att implementera. (Wasiak et al. 2007) Vi behöver mer kunskap om olika metoder för att implementera nya riktlinjer och interventioner, inte bara inom medicinska specialiteter utan även inom områden som har stor betydelse för återgång i arbete, som till exempel socialt arbete.

Vi behöver också mera nationell forskning om värdet av att involvera rehabiliteringskoordinatorer eller liknande yrkesgrupper i processen i att återgå i arbete (i tidigare eller annat arbete). Det viktiga arbete som gäller samverkan mellan arbetsgivare, arbetsförmedlingar och Försäkringskassan i att lotsa den sjukskrivne tillbaka till arbetslivet är ett område som är lite beforskat, i synnerhet i de nordiska länderna.

Även om en RCT studie under kontrollerade former har visat positiva resultat för en intervention, är det därmed inte sagt att samma grad av resultat uppnås när interventionen ges i reell miljö. Många kontrollerade studier har till exempel specifika inklusions- och exklusionskriterier och generaliseringar till bredare grupper är inte möjligt. Det kan också finnas andra faktorer som påverkar resultaten av kontrollerade försök. Till exempel kan personer som tackar ja till att medverka i studier vara mera välmotiverade än de som avstår. Vid kontrollerade studier görs ibland också insatser för att studiedeltagarna ska motiveras att fullfölja interventionen i så hög grad som möjligt, vilket sällan är fallet när interventioner väl är implementerade.. Inom andra forskningsområden har man observerat högre effekter i RCT än i observationsstudier (Prentice et al. 2005, Prentice et al. 2006). För att fastställa den typen av så kallade felkällor behöver vi också stora observationsstudier för att följa upp om nya interventioner fungerar inom vården.

# Utökad sammanfattning

## Syfte, bakgrund och metod

Syftet med detta projekt var att genom en vetenskaplig systematisk litteraturöversikt beskriva vad som främjar återgång i arbete efter sjukskrivning för besvär från rörelseapparaten och s.k. ”lättare” psykisk ohälsa. Två fokus har funnits:

1. Effekten av rehabilitering och andra icke-kirurgiska/farmakologiska interventioner
2. Effekten av förhållanden i arbetsmiljön

Intervention omfattar prevention, såväl primär (för att förhindra ohälsa), sekundär (att bota och lindra ohälsa) som tertiär (begränsa negativa effekter av ohälsa). Rehabilitering finns oftast i gruppen tertiär prevention men kan också räknas till grupperna sekundär och primär prevention. Samhällets ramverk i form av socialförsäkringar, sjukvård, arbetarskydd och folkhälsoarbete är den kontext som varje individ befinner sig i och är viktiga fundament för hälsan och för upplevd arbetsförmåga. Även åtgärder som till exempel införandet av riktlinjer eller nya lagar kan betraktas som en intervention.

Arbetets art, innehåll, organisation och arbetsmiljön är av betydelse för de krav som arbetet ställer. Dessa krav måste matcha individens kapacitet. Vid sjukdom eller annan anledning till lägre arbetsförmåga kan en felaktig balans uppstå mellan krav och kapacitet. Åtgärder på arbetet för att modifiera kraven eller kapacitetsstärkande åtgärder för individen kan vara olika sätt att återfå balansen. Samspelet är alltid dynamiskt och en god intervention för bättre hälsa måste alltid ha denna aspekt i fokus.

Vår uppgift att undersöka effekterna av olika interventioner och rehabiliteringsmetoder vid olika sjuklighet och diagnoser i olika samhällen är komplicerad och forskningen är relativt begränsad om arbetslivsinriktad rehabilitering. Märkligt nog har hitintills sällan ett forsknings- eller utvärderingsuppdrag kopplats till de åtgärder och reformer samhället har gjort på området i Sverige.

I denna litteraturöversikt har vi stött på svårigheter då studiernas resultat ska jämföras och hur resultaten kan generaliseras. Försäkringssystemen ser olika ut i olika länder vilket kraftigt påverkar de åtgärder som erbjuds. Arbetsmarknaden kan också skifta radikalt mellan olika tidsperioder liksom mellan länder, vilket även det är av stor vikt för möjligheten att återgå i arbete på den gamla eller en ny arbetsplats.

Definitionen av återgång i arbete inte entydig. Vissa studier behandlar återgång till fullt arbete, andra tar med partiellt arbete eller arbetsträning på arbetsplatsen i definitionen. Vissa studier undersöker arbetsåtergång efter en definierad tidsperiod från direkt efter interventionens genomförande till flera år senare. Andra studier undersöker antalet sjukskrivningsdagar under en olika lång uppföljningsperiod efter interventionen.

Sjukskrivningens längd innan interventionen genomförs är också skiftande i studierna. Det finns anledning att tro att åtgärder efter en kort sjukskrivningsperiod ger andra resultat än de som sätts in när personerna varit sjukskrivna en längre tid och därmed ofta har en sämre anknytning till arbetsplatsen.

Vår systematiska litteraturgenomgång utgick från vetenskapliga originalartiklar, som fanns i litteraturlaserna Medline, PsychInfo, och Cochrane-biblioteket. Två separata sökprocedurer genomfördes; en för studier av rörelseorganens sjukdomar och smärta (muskuloskeletal diagnos) och en för psykiatriska diagnoser. Sökningen omfattade publikationer från 1 januari 1990 till 31 december 2008 och totalt hittades 2 512 artiklar. Dessutom hittades ytterligare 110 artiklar i referenslistor och i systematiska granskningar. Alla artiklar granskades av två personer oberoende av varandra och utifrån på förhand fastställda kriterier.

105 sammanfattningar bedömdes som relevanta för vår frågeställning och dessa artiklar granskades i sin helhet av två granskare oberoende av varandra, utifrån ett fastställt protokoll. Därefter diskuterade granskarna varje artikel och beslut om den vetenskapliga kvalitén fattades i konsensus. 79 artiklar bedömdes ha godtagbar kvalitet, 71 omfattade sjukdomar i rörelseorganen, sju av dem omfattade lättare psykisk ohälsa, och en av dem omfattade både rörelseorganen och lättare psykisk ohälsa. Den absoluta majoriteten av studierna som avsåg rörelseorganen, omfattade smärta i ländryggen eller annan spinal smärta. Majoriteten av de inkluderade studierna, 59 stycken, avsåg interventioner och 20 hade studerat arbetsplatsexponeringar.

## Rörelseorganens sjukdomar

### Definitioner

Rörelseorganens sjukdomar innefattar besvär från ländrygg, nacke, skuldra, armar, händer höft, knä, ben och fot. För många av dessa sjukdomar finns ingen specifik diagnos utan de är symtomdiagnoser där smärta och funktionsinskränkning är centrala fenomen.

### Mindre insatser (information, vägledning, koordinering av vård etc.)

Sammanlagt 14 studier finns inom området ”mindre insatser”. Resultaten är motstridiga när det gäller effekten av dessa insatser, som till exempel råd om att vara aktiv vid akuta och subakuta besvär i rörelseorganen. Resultaten från de bästa studierna tyder på en positiv effekt på återgång i arbete när åtgärder genomförs under kontrollerade former. Vi fann också stöd för att koordinerade insatser och strukturerade arbetssätt minskar tiden till återgång i arbete för personer med besvär i rörelseorganen. Däremot fanns inga belegg för att ryggsolor, där det ges information och råd, har någon betydelsefull effekt på återgång i arbete om det ges som enda intervention. Inte heller att informationsbroschyrer skickade via post, påverkar sådant utfall. Det finns stöd från en stor studie att det är svårt att få genomslag för tillämpningen av läkarförskrivning av aktiv sjukskrivning vid ländryggsbesvär.

Trots olika aktiviteter att öka tillämpningen av sådan intervention var ökningen måttlig och påverkade inte tid till återgång i arbete på gruppnivå.

### **Arbetsplatsinterventioner**

Vi inkluderade fyra studier där man hade utvärderat olika arbetsplatsinterventioner. Det finns visst stöd för att interventioner där man aktiverar den sjukskrivne och andra personer på arbetsplatsen, medför att den sjukskrivne återgår snabbare i arbete, men resultaten är inte entydiga. Slutsatserna bygger på tre relativt små randomiserade kontrollerade studier, så kallade RCT, publicerade som fyra artiklar. Dessutom har vi inkluderat en observationsstudie som undersökte om perioder av modifierade arbetsuppgifter/arbetstider påverkade återgång i arbete. Från den studien dras slutsatser att modifiering av arbetet (minskat antal arbetstimmar ändrade arbetsuppgifter och/eller råd från en företagsläkare) som enda insats, inte påverkar återgång i arbetet över en 12 månadersperiod. Det finns dock andra möjliga förklaringar till de negativa resultaten.

### **Multidisciplinära interventioner**

Till multidisciplinära interventioner förde vi studier där man hade inkluderat komponenter från minst två olika behandlingsdiscipliner, till exempel sjukgymnastik, ergonomi, eller psykologisk intervention som till exempel kognitiv beteendeterapi (KBT). Vi inkluderade 17 studier inom detta område.

Effekten av ”graded activity”, som innebär ett sammansatt program med ökande belastning vid ryggsmärta är inte entydig. Denna typ av åtgärd tycks ha en positiv effekt för män, men liknande har inte kunnat visas för kvinnor. Slutsatsen baseras på tre RCT, publicerade i fem studier.

Inte heller går det att dra entydiga slutsatser när det gäller effekten av andra multidisciplinära rehabiliteringsinsatser där man kombinerat olika fysiska träningsupplägg och psykologiska interventioner som till exempel KBT. De bästa studierna är positiva när det gäller effekt på återgång i arbete för personer med olika besvär i rörelseorganen, men det finns även välgjorda studier som inte lyckats visa några statistiskt säkerställda effekter. Det finns stöd för att grupper av personer med dålig prognos, identifierad enligt självrapporterade uppgifter, kan ha större nytta av vissa av dessa interventioner än personer med bättre prognos. Slutsatserna baseras på 12 RCT och ett icke-randomiserat kliniskt försök, samt en utvärdering med matchade kontrollpersoner.

### **Psykologisk intervention**

Vi har inkluderat fyra RCT som undersökt effekten av enbart psykologisk intervention vid sjukfrånvaro på grund av sjukdomar i rörelseorganen. I den ena av studierna hade ungefär hälften av studiepersonerna även diagnoser som kan hänföras till lättare psykisk ohälsa.

Evidensen är svag för effekten av psykologiska insatser vid sjukskrivning på grund av besvär i rörelseorganen. Studierna är förhållandevis små och har i övrigt svagheter som gör det är svårt att dra säkra slutsatser. När det gäller värdet av psy-

kologiska insatser tillsammans med andra interventioner som till exempel sjukgymnastik, hänvisar vi till avsnittet "Multidisciplinära interventioner" ovan.

#### *Manuell terapi annan passiv behandling eller träning*

Det finns motstridiga belägg för att manuell terapi och träning eller i kombination, leder till snabbare återgång i arbete vid sjukskrivning för ländryggsbesvär och då framförallt vid akuta besvär. Slutsatserna baseras på 11 små RCT och en stor observationsstudie, där merparten är utförda under 1990- talet.

#### *Arbetsplatsexponeringar*

Vi inkluderade 19 studier från 18 gruppundersökningar där man hade undersökt i vilken mån som en eller flera arbetsexponeringar påverkade återgång i arbete efter sjukskrivning på grund av besvär i rörelseorganen. Endast två av studierna var av hög vetenskaplig kvalitet och över hälften av övriga hade svagheter som gör att slutsatserna vi kan dra från dem är begränsade.

#### *Exponeringar av fysisk karaktär*

Från de 15 studier som hade undersökt arbetsexponeringar av fysisk karaktär finns inget övertygande stöd för att denna typ av exponeringar har samband med återgång i arbete. De starkaste studierna talar för att höga fysiska arbetskrav ökar tiden till återgång i arbete medan möjligheter till ergonomisk anpassning av arbetet minskar tiden till återgång. I övrigt visar de flesta studier inga samband mellan fysiska arbetsfaktorer och återgång i arbete.

#### *Exponeringar av psykosocial karaktär*

Det finns heller inget tydligt stöd för att psykosociala krav i arbetet påverkar återgång i arbete i de 16 gruppundersökningar som undersökt detta. Majoriteten av studierna hade dock väsentliga svagheter.

#### *Exponeringar av arbetsorganisatorisk karaktär*

17 områden har undersökts men det finns ingen tydlig evidens för någon av faktorerna. Möjligen kan man dra slutsatsen från tre studier att arbetets omfattning (hel eller deltid) inte verkar ha någon betydelse.

## "Lättare" psykisk ohälsa

### **Definitioner**

"Lättare" psykisk ohälsa definieras i denna kunskapssammanställning som psykisk ohälsa med lättare behandlingsbara psykiska besvär till skillnad från grövre psykiatriska diagnoser. Besvären kan dock vara nog så besvärliga för den som drabbas och den vedertagna beteckningen, lättare psykisk ohälsa kan vara vilseledande. De diagnoser som inkluderas i begreppet är: depression, ångest, utbrändhet eller utmattningsdepression samt anpassningsstörning. De exkluderade diagnoserna är

bland annat: schizofreni, psykoser, bipolära sjukdomar, personlighetsstörningar samt olika missbruksproblem.

### **Multidisciplinära interventioner**

En liten RCT, som omfattar egna företagare talar för att en kortare intervention baserad på KBT kombinerat med arbetsplatsåtgärder för att minska stressen på arbetsplatsen är mera effektivt både jämfört med omfattande KBT och med ordinarie vård.

### **Psykologiska interventioner**

Vi inkluderade fem studier som hade utvärderat effekten av psykologiska interventioner. Man undersökte effekter av olika former av KBT antingen på individ- eller gruppnivå. Sjukskrivningsorsakerna varierade mellan arbetsrelaterad stress, mild depression, ångest eller var beskrivet som lättare psykiska besvär av diverse slag. Det finns inget klart stöd för att så kallad lösningsfokuserad intervention, eller andra KBT tekniker påverkar återgång i arbete vid frånvaro på grund av "lätare" psykisk ohälsa. Slutsatserna bygger på fem RCT. En av dem fann en tendens till att interventionen kortade sjukskrivningstiden, medan resultaten i de andra fyra inte skiljde sig åt mellan interventionsgrupperna och kontrollgrupperna. Det finns ett visst stöd för att omfattande KBT är sämre än en kortare intervention baserad på KBT tillsammans med att man också vidtar åtgärder för att minska stressen på arbetsplatsen för egna företagare.

### **Arbetsplatsexponeringar**

Det finns mycket begränsad evidens om vilka arbetsplatsexponeringar som påverkar återgång i arbete efter sjukskrivning för personer med "lätare" psykisk ohälsa. Vi inkluderade endast en observationsstudie från Nederländerna, som har publicerats i två artiklar. Sammanlagt undersöktes fyra olika psykosociala arbetsfaktorer. I den mindre och mer selekterade studien fann man att bättre kommunikation mellan chef och medarbetare visade sig ha samband med hel återgång i arbete hos personer som inte var deprimerade. För personer med depression fanns inget sådant samband.

### **Sammanfattande konklusion**

Förvånansvärt få studier har på ett vetenskapligt korrekt sätt undersökt effekten av interventioner och arbetsplatsfaktorer när det gäller återgång i arbete efter en kortare eller längre tids sjukskrivning. Området är svårstuderat och säkert finns åtgärder som har god effekt men som inte har kunnat vetenskapligt beläggas. Detta är beklagligt och fler välgjorda studier där möjligheten till generaliserbarhet finns bör göras. Fler små studier med otydliga definitioner, tveksam design och låg vetenskaplig styrka behövs inte.

## Rörelseorganens sjukdomar

I denna systematiska och kritiska granskning av litteraturen om interventioners och arbetsplatsfaktors betydelse för återgång i arbete fann vi att det finns ett visst stöd för att multidisciplinär rehabilitering som innehåller komponenter av fysisk aktivitet och psykologisk intervention, lösningsfokuserad KBT eller jämförbart, är positivt för personer som är sjukskrivna för besvär i rörelseorganen. Stödet begränsas till personer med sjukskrivningstider på mellan ca fyra veckor till 4-6 månader. Det finns även stöd för att koordinerad vård och coaching för att komma tillbaka till arbetet är positivt i ett relativt tidigt skede i sjukskrivningen (< 3 månader). Effekterna är dock i flera fall inte stora. Trots att behandlingsmodeller i vissa fall var effektivare än ordinarie vård, var det i vissa studier 20-40 % av personerna som inte hade återgått i arbete 6-12 månader efter de utvärderade interventionerna. Det finns mycket begränsat stöd för psykologiska interventioner som ensam behandlingskomponent. När det gäller den typen av behandling för sjukdomar i rörelseorganen, fann vi endast några enstaka studier med positiv effekt på vissa grupper av sjukskrivna.

## Lättare psykisk ohälsa

Med hänsyn till det omfattande fokus på sjukskrivningar för stressdiagnoser (utmattningssyndrom, ”utbrändhet”, utmattningsdepression etc.) som varit i Sverige och vissa andra länder under det senaste årtiondet, är det förvånansvärt få studier publicerade som har sjukskrivning eller återgång i arbete som utfall. De studier som har ingått i vår granskning ger inte något entydigt stöd för några effektiva behandlingsmetoder vid denna typ av besvär.

## Rekommendationer för fortsatt forskning

Det finns stort behov av fler vetenskapliga studier med fokus på återgång i arbete och företrädesvis att man då använder *tiden* till återgång i arbete som utfall. Samtidigt måste hänsyn också tas till återfall i sjukfrånvaro med tanke på att det är relativt vanligt.

Det finns också behov att utvärdera så kallade ”screening instrument” som med hög tillförlighet kan prognostisera återgång i arbete för personer sjukskrivna kortare eller längre tid och med olika diagnoser.

Implementering av nya riktlinjer går ofta trögt. Mer kunskap behövs om olika metoder för att implementera nya riktlinjer och interventioner, inte bara inom medicinska specialiteter utan även inom områden som har stor betydelse för återgång i arbete. Vi behöver också mera nationell forskning om värdet av att involvera rehabiliteringskoordinatorer eller liknande yrkesgrupper i processen i att återgå i arbete (i tidigare eller annat arbete) liksom forskning om samverkan mellan arbetsgivare och arbetsförmedlingar i att lotsa den sjukskrivne tillbaka till arbetslivet.

Även om en RCT studie under kontrollerade former har visat positiva resultat för en intervention, är det därmed inte sagt att samma grad av resultat uppnås när



interventionen ges i reell miljö under mindre kontrollerade former. Många störfaktorer kan då göra sig gällande. För att fastställa hur strikt vetenskapliga resultat fungerar i den mer kaotiska verkligheten behövs stora observationsstudier för att följa upp hur nya interventioner fungerar inom vården och i arbetslivet.

# Extended summary

## Aims, background and methodology

The aim of this project was to undertake a scientific systematic literature review and synthesis in order to describe what measures promote return to work in musculoskeletal disorders and so-called "mild" mental illness. The review has two focuses:

- 1 Effects of rehabilitation and other non invasive/farmacological interventions
- 2 Effects of work related factors

The interventions examined were non invasive /non-pharmacological interventions such as medical and vocational rehabilitation, manual therapies etc. Another aim was to synthesized studies where associations between work place factors and return to work had been investigated, for the above diagnostic areas.

The interventions include prevention, both primary (to prevent ill health), secondary (to cure and alleviate illness) to tertiary (limiting the negative effects of ill health). Rehabilitation is often considered tertiary prevention but may also relate to secondary and primary prevention. Societal frameworks such as social insurance, medical care, occupational safety and public health work are part of the context in which each individual is present, and they are important foundations for health and perceived work ability. Also introduction and dissemination of guidelines or new policies may be considered intervention.

The nature of work tasks, work content, organization and work environment are relevant to the work requirements. These requirements have to match the capacity of the individual. In case of illness or other reason for reduced work capacity, an incorrect balance may occur between demands and capacities. Measures on the work place in order to modify the requirements of the work tasks or strengthen the capacity of the individual may be different ways to regain balance. However, the interaction is always dynamic and an efficient intervention for improving health must always keep this aspect in focus. Examining the effects of different interventions and rehabilitation techniques in various illness and diagnoses in different societies is complex, and research on vocational rehabilitation is relatively limited. Strangely enough, has to date, few research- or evaluation projects been linked to the actions and policy changes the Swedish government has introduced in this area.

In this literature review, we have encountered difficulties when comparing and generalizing the different study results. Insurance schemes and policies take different forms in different countries, which in turn strongly affect the measures offered. The labor market may also change radically over time and between countries, and is also of great importance for the possibility to return to the old or a new workplace.

The definition of return to work was not unambiguous in the studies. Some defined it as return to full work duties, and others defined it as return to partial job or job training /job modification. Furthermore, the follow up times in studies on return to work varied largely, from immediately after the intervention to several years later. Others have used number of days of sick absenteeism as the outcome, and again the length of follow-up after the intervention varied.

The duration of work absence before the intervention took place also varied in the studies. There is reason to believe that actions taken after a short period of sick leave shows different results than those deployed when people were off work for a long time and thus often have poorer relations to the workplace.

Our systematic literature review was based on original scientific articles, referenced in the literature databases MEDLINE, PsychInfo, and Cochrane Library. Two separate search strategies were used, one for studies on musculoskeletal disorders and pain (musculoskeletal diagnoses) and one on psychiatric diagnoses. The search included publications from January 1, 1990 to December 31, 2008 and resulted in total of 2 512 abstracts. In addition, 110 articles were found in reference lists and in systematic reviews. All abstracts were screened by two reviewers (scientists) independently and the screening process was based on a priori criteria. One-hundred-five abstracts were considered relevant for our aims and these articles were reviewed in full by two reviewers independently, with the use of an established protocol. Each article was then discussed by the two reviewers and the scientific merit of the article was assessed based on consensus. Seventy-nine articles were found to meet the quality criteria and were included in the review. Seventy-one were related to musculoskeletal disorders, seven were related to "mild" mental illness, and one study included both musculoskeletal disorders and "mild" mental health problems. In musculoskeletal disorders, the vast majority of the studies were conducted on persons with low back pain or other spinal pain. The majority, 59 of the included studies was related to interventions and 20 were related to the role of workplace exposures.

## Musculoskeletal Disorders

### **Definitions**

Musculoskeletal disorders include disorders of the lumbar spine, neck, shoulders, arms, hands, hips, knees, legs and feet. For many of these disorders there are no specific diagnosis but pain and disability are key phenomena.

### **Minor interventions (information, guidance, coordination of care, etc.)**

A total of 14 studies were related to "minor interventions". The results are inconsistent with regard to the effect of interventions, such as advice to stay active in the acute and subacute phase of musculoskeletal disorders. The high quality studies suggest a positive effect when the interventions were conducted under controlled conditions. We also found evidence that coordinated return-to-work strate-

gies and structured case management reduce the time to return to work. However, there is no evidence that back schools alone, which provides information and advice, has an effect on return to work, nor that informational leaflets distributed by mail, affect such outcome.

There is evidence from one large study that it is difficult to implement new guidelines on prescription of so called “active sick leave” for persons with low back pain. Despite various activities to enhance the application of such an intervention among medical doctors, the increase was moderate and did not influence time to return to work at a group level.

### **Workplace interventions**

We included four studies which evaluated various workplace interventions. There is some evidence that interventions aiming to activate the person on sick leave and other persons at the work place may lead to faster return to work, but the results are inconclusive. The findings are based on three relatively small randomized controlled trials (RCT), published in four articles. In addition, we included one observational study that examined whether periods of modified duties/hours of work affected time to return to work. The authors drew the conclusion that modification of the work (reducing the number of hours worked, changed jobs and/or advice from a company doctor) as the only intervention did not impact return to work over a 12 month period. However, there are other possible explanations for the negative results.

### **Multidisciplinary interventions**

To multidisciplinary interventions we referred studies involving interventions modules from at least two different therapy disciplines out of the following: physical therapy, ergonomics, or psychological intervention such as cognitive behavioral therapy (CBT). We included 17 studies that fulfilled this definition.

The effect of "graded activity," which involves a compound program with a gradually increasing load for persons with back pain, is not clear. This type of intervention seems to have a positive effect in men, but has not been demonstrated in women. The conclusion was based on three RCTs, published in five articles.

Nor was it possible to draw clear conclusions regarding the effects of other multidisciplinary rehabilitations which combine different physical approaches to training and psychological interventions, such as CBT. The strongest studies found a positive effect on return to work for persons with different musculoskeletal disorders, but some studies failed to show statistically significant effects. There is some evidence that persons who have a poor prognosis, identified through self-reported data, may benefit more from some of these interventions than those with a better prognosis. The conclusions were based on 12 RCTs, one non-randomized clinical trial, and one study with matched control subjects.

## **Psychological intervention**

We included four RCTs including persons on sick leave due to musculoskeletal disorders and where the effect of psychological intervention alone had been examined. In one of the studies, approximately half the study's subjects also had diagnoses that could be attributed to "mild" mental illness.

The evidence is weak for the effect of psychological interventions for persons who are on sick leave due to musculoskeletal disorders. The studies were relatively small, and they also had weaknesses that made it difficult to draw firm conclusions. Regarding the value of psychological interventions alongside other interventions, such as physiotherapy, we refer to the section "Multidisciplinary interventions" above.

## **Manual therapy, other passive treatment, or training**

There is inconsistent evidence that manual therapy or exercise, or in combination, leads to faster return to work for persons on sick leave for low back pain, and especially in the acute phase. The conclusions are based on 11 small RCTs and one large observational study. Most studies were conducted during the 1990 - century.

## **Workplace exposures**

We included 19 studies, out of 18 cohorts, where the associations between one or more work exposures and return to work after sick leave due to musculoskeletal disorders had been examined. Only two of the studies were of high scientific quality, and over half of the others had weaknesses which limited our conclusion.

### **Exposures of physical nature**

From the 15 studies that examined work exposures of physical nature, there is no convincing evidence on the association between such type of exposures and return to work. The strongest studies suggested that high physical work load increase time to return to work, while having opportunities for ergonomic adjustment of the work place reduce time to return to work. Beyond this, most studies showed no associations between physical work factors and return to work.

### *Exposures of psycho-social nature*

There is no clear evidence for associations between psychosocial demands at work and return to work based on 16 cohort studies where this had been investigated. Most of these studies, though, had major weaknesses.

### *Exposures of organizational nature*

Seventeen organizational factors had been investigated, but no clear evidence was found regarding any of these factors. There is some evidence though from three studies that the scope of work (full or part time) does not seem to be of any importance.

## "Mild" Mental Illness

### **Definitions**

"Mild" mental illness is defined, in this review, as a mental illness that includes not so severe treatable mental disorder, unlike major psychiatric diagnoses. However, the symptoms may affect the individual to a large extent and therefore the agreed term, "mild" mental illness, may be misleading. The diagnoses included in the concept are: depression, anxiety, burnout, exhaustion-depression and adjustment disorders. The excluded diagnoses include: schizophrenia, psychosis, bipolar disorders, personality disorders and various substance abuse problems.

### **Multidisciplinary interventions**

One small RCT, which includes self-employed, suggested that a short intervention, based on CBT combined with workplace measures to reduce stress at work, were more effective compared to both an extensive CBT, and to ordinary care.

### **Psychological interventions**

We included five studies that evaluated the effect of psychological interventions. In these studies the effects of various forms of CBT had been evaluated, both at individual and group level. The causes of sick leave ranged from work-related stress, mild depression, anxiety, to persons with non-defined "mild" mental illness. There is no clear evidence for the effect of so-called solution-focused intervention, or other CBT techniques, on return to work. The conclusions were based on five RCTs. One of them found a tendency for a shorter the time off work in the intervention group, while the results of the other four did not differ between the intervention and control groups. There is some evidence that comprehensive CBT had a negative effect on return to work in self-employed, when compared with a shorter intervention based on CBT combined with workplace measures to reduce stress at work.

### **Workplace exposures**

The evidence of the role of workplace exposures on the return to work for persons on sick leave due to "mild" mental illness is sparse. We only included one observational study from the Netherlands, which has been published in two articles with altogether four different psychosocial work factors. In the smaller, and more selected study, it was found that better communication between managers and employees was associated with full return to work in persons who were not depressed. For persons with depression, there was no such association.

## Conclusions

We found surprisingly few studies where the effect of interventions and workplace factors had been examined, with regards to return to work after a shorter or longer time off work. This research area is complicated and certainly there are effective measures that have not been scientifically verified. This is unfortunate, and we call for more high quality studies where generalization to larger groups can be made

### **Muskuloskeletal disorders**

In this systematic and critical review of the literature on the effect of interventions and workplace factors on return to work, it was found that there is some evidence that multidisciplinary rehabilitation that includes components of physical activity and psychological intervention and solution-focused CBT or equivalent, is positive for persons who are on sick leave for musculoskeletal disorders. The effect is limited to persons with sick-leave periods ranging from approximately four weeks to 4-6 months. There is also evidence for coordinated care and coaching in order to get back to work when such measures are introduced in a relatively early stage of sick leave (<3 months). However, the effects are mostly small. Despite the findings that interventions in some cases were more effective than so called ordinary care, up to 20-40% of persons in the intervention groups still had not returned to work 6-12 months after the intervention. The evidence for psychological intervention alone as a treatment option for musculoskeletal disorders is very limited, and we only found a few studies with positive effects on some subgroups.

### **”Mild” mental illness**

Given the extensive focus on sick leave for stress diagnosis (chronic fatigue syndrome, stress, depression, fatigue, etc.) that has been seen in Sweden, and some other countries over the past decade, surprisingly few studies have been published where sick leave or return to work was used as the outcome. The studies included in our review provided no clear evidence for any effective treatments for these types of disorders.

## Recommendations for Further Research

There is an urgent need for further scientific studies focusing on return to work, and preferable using *time* to return to work outcomes. We also have to focus on recurrence of sick leave, given that it is relatively common.

There is also a need to evaluate so-called "screening tools" that with high reliability can predict return to work for persons on sick leave for longer or shorter times, and for different diagnoses.

Dissemination and implementation of new guidelines often takes time. More knowledge is needed about different approaches to implement new policies and interventions, not only in medical specialties, but also in other areas that are of importance for return to work. We also need more national research on the effect

of involving rehabilitation coordinators, or similar professional groups, in the return to work process (in the past or other/new work), as well as research on the interactions between employers, and employment agencies, that guide the person on sick leave back to work.

Although an RCT study, under controlled conditions, may show positive results for an intervention, it is thus not to say that the same level of effect is achieved when the intervention is given in “real life” environment under less controlled conditions. Many factors may interfere with assertiveness. In order to determine how such strict scientific results work in the more chaotic reality, large observational studies to monitor how new interventions work in healthcare and at the workplace are needed.



## Referenser

- Abasolo L, Blanco M, Bachiller J, Candelas G, Collado P, Lajas C, Revenga M, Ricci P, Lazaro P, Aguilar MD, Vargas E, Fernandez-Gutierrez B, Hernandez-Garcia C, Carmona L & Jover JA (2005) A health system program to reduce work disability related to musculoskeletal disorders, *Ann Intern Med*,143:404-414.
- Abasolo L, Carmona L, Hernandez-Garcia C, Lajas C, Loza E, Blanco M, Candelas G, Fernandez-Gutierrez B & Jover JA (2007) Musculoskeletal work disability for clinicians: time course and effectiveness of a specialized intervention program by diagnosis, *Arthritis Rheum*,57:335-342.
- Abasolo L, Carmona L, Lajas C, Candelas G, Blanco M, Loza E, Hernandez-Garcia C & Jover JA (2008) Prognostic factors in short-term disability due to musculoskeletal disorders, *Arthritis Rheum*,59:489-496.
- Altman DG, Schulz KF, Moher D, Egger M, Davidoff F, Elbourne D, Gotzsche PC & Lang T (2001) The revised CONSORT statement for reporting randomized trials: explanation and elaboration, *Ann Intern Med*,134:663-694.
- Anema JR, Cuelenaere B, van der Beek AJ, Knol DL, de Vet HC & van Mechelen W (2004) The effectiveness of ergonomic interventions on return-to-work after low back pain; a prospective two year cohort study in six countries on low back pain patients sicklisted for 3-4 months, *Occup Environ Med*,61:289-294.
- Anema JR, Steenstra IA, Bongers PM, de Vet HC, Knol DL, Loisel P & van Mechelen W (2007) Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: graded activity or workplace intervention or both? A randomized controlled trial, *Spine*,32:291-298; discussion 299-300.
- Arneson H & Ekberg K (2005) Evaluation of empowerment processes in a workplace health promotion intervention based on learning in Sweden, *Health Promot Int*,20:351-359.
- Aure OF, Nilsen JH & Vasseljen O (2003) Manual therapy and exercise therapy in patients with chronic low back pain: a randomized, controlled trial with 1-year follow-up, *Spine*,28:525-531; discussion 531-522.
- Blonk RW, Brenninkmeijer V, Lagerveld SE & Houtman IL (2006) Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed, *Work & Stress*, [Journal, Peer Reviewed Journal];20:129-144.
- Bogefeldt J, Grunnesjo MI, Svardsudd K & Blomberg S (2008) Sick leave reductions from a comprehensive manual therapy programme for low back pain: the Gotland Low Back Pain Study, *Clin Rehabil*,22:529-541.
- Brouwers EP, Tiemens BG, Terluin B & Verhaak PF (2006) Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: a randomized controlled effectiveness trial, *Gen Hosp Psychiatry*,28:223-229.
- Brouwers EP, de Bruijne MC, Terluin B, Tiemens BG & Verhaak PF (2007) Cost-effectiveness of an activating intervention by social workers for patients with minor mental disorders on sick leave: a randomized controlled trial, *Eur J Public Health*,17:214-220.
- Crook J, Moldofsky H & Shannon H (1998) Determinants of disability after a work related musculo-skeletal injury, *J Rheumatol*,25:1570-1577.
- Dasinger LK, Krause N, Deegan LJ, Brand RJ & Rudolph L (2000) Physical workplace factors and return to work after compensated low back injury: a disability phase-specific analysis, *J Occup Environ Med*,42:323-333.
- de Vente W, Kamphuis JH, Emmelkamp PM & Blonk RW (2008) Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial, *J Occup Health Psychol*,13:214-231.
- Des Jarlais DC, Lyles C & Crepaz N (2004) Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement, *Am J Public Health*,94:361-366.

- Dettoni JR, Bullock SH, Sutlive TG, Franklin RJ & Patience T (1995) The effects of spinal flexion and extension exercises and their associated postures in patients with acute low back pain, *Spine*,20:2303-2312.
- Ekberg K & Wildhagen I (1996) Long-term sickness absence due to musculoskeletal disorders: the necessary intervention of work conditions, *Scand J Rehabil Med*,28:39-47.
- Falkdal AH, Edlund C & Dahlgren L (2006) Experiences within the process of sick leave, *Scand J Occup Ther*,13:170-182.
- Fitzmaurice G (2000) Regression to the mean, *Nutrition*,16:80-81.
- Franché RL & Krause N (2002) Readiness for return to work following injury or illness: conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors, *J Occup Rehabil*,12:233-256.
- Franché RL, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S & Frank J (2005) Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature, *J Occup Rehabil*,15:607-631.
- Franché RL, Corbiere M, Lee H, Breslin FC & Hepburn CG (2007a) The Readiness for Return-To-Work (RRTW) scale: development and validation of a self-report staging scale in lost-time claimants with musculoskeletal disorders, *J Occup Rehabil*,17:450-472.
- Franché RL, Severin CN, Hogg-Johnson S, Cote P, Vidmar M & Lee H (2007b) The impact of early workplace-based return-to-work strategies on work absence duration: a 6-month longitudinal study following an occupational musculoskeletal injury, *J Occup Environ Med*,49:960-974.
- Friesen MN, Yassi A & Cooper J (2001) Return-to-work: The importance of human interactions and organization structures, *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, [Journal, Peer Reviewed Journal];17:11-22.
- Fritz JM, Delitto A & Erhard RE (2003) Comparison of classification-based physical therapy with therapy based on clinical practice guidelines for patients with acute low back pain: a randomized clinical trial, *Spine*,28:1363-1371; discussion 1372.
- Godges JJ, Anger MA, Zimmerman G & Delitto A (2008) Effects of education on return-to-work status for people with fear-avoidance beliefs and acute low back pain, *Phys Ther*,88:231-239.
- Hagen EM, Eriksen HR & Ursin H (2000) Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain?, *Spine*,25:1973-1976.
- Hagen EM, Grasdal A & Eriksen HR (2003) Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain: a 3-year follow-up study, *Spine*,28:2309-2315; discussion 2316.
- Hagen EM, Svendsen E & Eriksen HR (2005) Predictors and modifiers of treatment effect influencing sick leave in subacute low back pain patients, *Spine*,30:2717-2723.
- Haldorsen E, Kronholm K, Skouen J & Ursin H (1998) Predictors for outcome of a multi-modal cognitive behavioural treatment program for low back pain patients--a 12-month follow-up study, *European Journal of Pain*, [Journal, Peer Reviewed Journal];2:293-307.
- Haldorsen EM, Grasdal AL, Skouen JS, Risa AE, Kronholm K & Ursin H (2002) Is there a right treatment for a particular patient group? Comparison of ordinary treatment, light multidisciplinary treatment, and extensive multidisciplinary treatment for long-term sick-listed employees with musculoskeletal pain, *Pain*,95:49-63.
- Hazard RG, Reid S, Haugh LD & McFarlane G (2000) A controlled trial of an educational pamphlet to prevent disability after occupational low back injury, *Spine*,25:1419-1423.
- Henrekson M & Persson M (2004) The Effects on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System, *Journal of labour economics*,22:87-113.
- Herman E, Williams R, Stratford P, Fargas-Babjak A & Trott M (1994) A randomized controlled trial of transcutaneous electrical nerve stimulation (CODETRON) to determine its benefits in a rehabilitation program for acute occupational low back pain, *Spine*,19:561-568.
- Heymans MW, de Vet HC, Bongers PM, Knol DL, Koes BW & van Mechelen W (2006) The effectiveness of high-intensity versus low-intensity back schools in an occupational setting: a pragmatic randomized controlled trial, *Spine*,31:1075-1082.

- Hiebert R, Skovron ML, Nordin M & Crane M (2003) Work restrictions and outcome of nonspecific low back pain, *Spine*,28:722-728.
- Hlobil H, Staal JB, Spoelstra M, Ariens GA, Smid T & van Mechelen W (2005a) Effectiveness of a return-to-work intervention for subacute low-back pain, *Scand J Work Environ Health*,31:249-257.
- Hlobil H, Staal JB, Twisk J, Koke A, Ariens G, Smid T & van Mechelen W (2005b) The effects of a graded activity intervention for low back pain in occupational health on sick leave, functional status and pain: 12-month results of a randomized controlled trial, *J Occup Rehabil*,15:569-580.
- Hogg-Johnson S & Cole DC (2003) Early prognostic factors for duration on temporary total benefits in the first year among workers with compensated occupational soft tissue injuries, *Occup Environ Med*,60:244-253.
- Ilmarinen JE (2001) Aging workers, *Occup Environ Med*,58:546-552.
- Indahl A, Velud L & Reikeraas O (1995) Good prognosis for low back pain when left untampered. A randomized clinical trial, *Spine*,20:473-477.
- Indahl A, Haldorsen EH, Holm S, Reikeras O & Ursin H (1998) Five-year follow-up study of a controlled clinical trial using light mobilization and an informative approach to low back pain, *Spine*,23:2625-2630.
- Infante-Rivard C & Lortie M (1996) Prognostic factors for return to work after a first compensated episode of back pain, *Occup Environ Med*,53:488-494.
- Jensen I, Nygren A, Gamberale F, Goldie I, Westerholm P & Jonsson E (1995) The role of the psychologist in multidisciplinary treatments for chronic neck and shoulder pain: a controlled cost-effectiveness study, *Scand J Rehabil Med*,27:19-26.
- Jensen I, Bergstrom G, Bodin L, Ljungquist T & Nygren A (2006) [Effects of rehabilitation after seven years. Evaluation of two rehabilitation programs in Sweden], *Lakartidningen*,103:1829-1830, 1833-1824, 1837-1829.
- Jensen IB, Nygren A & Lundin A (1994) Cognitive-behavioural treatment for workers with chronic spinal pain: a matched and controlled cohort study in Sweden, *Occup Environ Med*,51:145-151.
- Jensen IB & Bodin L (1998) Multimodal cognitive-behavioural treatment for workers with chronic spinal pain: a matched cohort study with an 18-month follow-up, *Pain*,76:35-44.
- Jensen IB, Bergstrom G, Ljungquist T, Bodin L & Nygren AL (2001) A randomized controlled component analysis of a behavioral medicine rehabilitation program for chronic spinal pain: are the effects dependent on gender?, *Pain*,91:65-78.
- Jensen IB, Bergstrom G, Ljungquist T & Bodin L (2005) A 3-year follow-up of a multidisciplinary rehabilitation programme for back and neck pain, *Pain*,115:273-283.
- Johansson G & Lundberg I (2004) Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance. Empirical tests of the illness flexibility model, *Soc Sci Med*,58:1857-1868.
- Johansson G (2007) The illness flexibility model and sickness absence, Thesis Karolinska Institutet.
- Kool J, Bachmann S, Oesch P, Knuesel O, Ambergen T, de Bie R & van den Brandt P (2007) Function-centered rehabilitation increases work days in patients with nonacute nonspecific low back pain: 1-year results from a randomized controlled trial, *Arch Phys Med Rehabil*,88:1089-1094.
- Kool JP, Oesch PR, Bachmann S, Knuesel O, Dierkes JG, Russo M, de Bie RA & van den Brandt PA (2005) Increasing days at work using function-centered rehabilitation in nonacute nonspecific low back pain: a randomized controlled trial, *Arch Phys Med Rehabil*,86:857-864.
- Krause N, Dasinger LK & Neuhauser F (1998) Modified work and return to work: A review of the literature, *Journal of Occupational Rehabilitation, [Journal, Peer Reviewed Journal]*;8:113-139.

- Krause N, Dasinger LK, Deegan LJ, Rudolph L & Brand RJ (2001) Psychosocial job factors and return-to-work after compensated low back injury: a disability phase-specific analysis, *Am J Ind Med*,40:374-392.
- Leclaire R, Esdaile JM, Suissa S, Rossignol M, Proulx R & Dupuis M (1996) Back school in a first episode of compensated acute low back pain: a clinical trial to assess efficacy and prevent relapse, *Arch Phys Med Rehabil*,77:673-679.
- Lie SA, Eriksen HR, Ursin H & Hagen EM (2008) A multi-state model for sick-leave data applied to a randomized control trial study of low back pain, *Scand J Public Health*,36:279-283.
- Lindh M, Lurie M & Sanne H (1997) A randomized prospective study of vocational outcome in rehabilitation of patients with non-specific musculoskeletal pain: a multidisciplinary approach to patients identified after 90 days of sick-leave, *Scand J Rehabil Med*,29:103-112.
- Lindstrom I, Ohlund C, Eek C, Wallin L, Peterson LE, Fordyce WE & Nachemson AL (1992a) The effect of graded activity on patients with subacute low back pain: a randomized prospective clinical study with an operant-conditioning behavioral approach, *Phys Ther*,72:279-290; discussion 291-273.
- Lindstrom I, Ohlund C, Eek C, Wallin L, Peterson LE & Nachemson A (1992b) Mobility, strength, and fitness after a graded activity program for patients with subacute low back pain. A randomized prospective clinical study with a behavioral therapy approach, *Spine*,17:641-652.
- Linton SJ & Boersma K (2003) Early identification of patients at risk of developing a persistent back problem: the predictive validity of the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire, *Clin J Pain*,19:80-86.
- Lofvander M, Engstrom A, Theander H & Furhoff AK (1997) Rehabilitation of young immigrants in primary care. A comparison between two treatment models, *Scand J Prim Health Care*,15:123-128.
- Loisel P, Abenhaim L, Durand P, Esdaile JM, Suissa S, Gosselin L, Simard R, Turcotte J & Lemaire J (1997) A population-based, randomized clinical trial on back pain management, *Spine*,22:2911-2918.
- Loisel P, Lemaire J, Poitras S, Durand MJ, Champagne F, Stock S, Diallo B & Tremblay C (2002) Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management: a six year follow up study, *Occup Environ Med*,59:807-815.
- Lotter F & Burdorf A (2006) Prognostic factors for duration of sickness absence due to musculoskeletal disorders, *Clin J Pain*,22:212-221.
- Lowe HJ & Barnett GO (1994) Understanding and using the medical subject headings (MeSH) vocabulary to perform literature searches, *JAMA*,271:1103-1108.
- Marhold C, Linton SJ & Melin L (2001) A cognitive-behavioral return-to-work program: Effects on pain patients with a history of long-term versus short-term sick leave, *Pain*, [Journal, Peer Reviewed Journal];91:155-163.
- Meijer EM, Sluiter JK, Heyma A, Sadiraj K & Frings-Dresen MH (2006) Cost-effectiveness of multidisciplinary treatment in sick-listed patients with upper extremity musculoskeletal disorders: a randomized, controlled trial with one-year follow-up, *Int Arch Occup Environ Health*,79:654-664.
- Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, de Boer AG, Blonk RW & van Dijk FJ (2004) Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems, *Occup Environ Med*,61:817-823.
- Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, de Boer AG, Blonk RW & van Dijk FJ (2006) Predicting the duration of sickness absence for patients with common mental disorders in occupational health care, *Scand J Work Environ Health*,32:67-74.
- Nordin M, Skovron ML, Hiebert R, Weiser S, Brisson PM, Campello M, Harwood K, Crane M & Lewis S (1997) Early predictors of delayed return to work in patients with low back pain, *Journal of Musculoskeletal Pain*, [Journal, Peer Reviewed Journal];5:5-27.
- Nystuen P & Hagen KB (2006) Solution-focused intervention for sick listed employees with psychological problems or muscle skeletal pain: a randomised controlled trial [ISRCTN39140363], *BMC Public Health*,6:69.

- Prentice RL, Pettinger M & Anderson GL (2005) Statistical issues arising in the Women's Health Initiative, *Biometrics*,61:899-911; discussion 911-841.
- Prentice RL, Langer RD, Stefanick ML, Howard BV, Pettinger M, Anderson GL, Barad D, Curb JD, Kotchen J, Kuller L, Limacher M, Wactawski-Wende J & Women's Health Initiative I (2006) Combined analysis of Women's Health Initiative observational and clinical trial data on postmenopausal hormone treatment and cardiovascular disease, *Am J Epidemiol*,163:589-599.
- Prochaska JO, DiClemente CC & Norcross JC (1992) In search of how people change: Applications to addictive behaviors, *American Psychologist*,47:1102-1114.
- Rikskommisionen (2007) Tas sjukskrivnas arbetsförmåga tillvara?, *RiR*,2007:19.
- Rossignol M, Abenham L, Seguin P, Neveu A, Collet JP, Ducruet T & Shapiro S (2000) Coordination of primary health care for back pain. A randomized controlled trial, *Spine*,25:251-258; discussion 258-259.
- Scheel IB, Hagen KB, Herrin J, Carling C & Oxman AD (2002) Blind faith? The effects of promoting active sick leave for back pain patients: a cluster-randomized controlled trial, *Spine*,27:2734-2740.
- Schiltenswolf M, Buchner M, Heindl B, von Reumont J, Muller A & Eich W (2006) Comparison of a biopsychosocial therapy (BT) with a conventional biomedical therapy (MT) of subacute low back pain in the first episode of sick leave: a randomized controlled trial, *Eur Spine J*,15:1083-1092.
- Schultz IZ, Crook JM, Berkowitz J, Meloche GR, Milner R, Zuberbier OA & Meloche W (2002) Biopsychosocial multivariate predictive model of occupational low back disability, *Spine*,27:2720-2725.
- Seferlis T, Nemeth G, Carlsson AM & Gillstrom P (1998) Conservative treatment in patients sick-listed for acute low-back pain: a prospective randomised study with 12 months' follow-up, *Eur Spine J*,7:461-470.
- Shaw WS, Pransky G, Patterson W & Winters T (2005) Early disability risk factors for low back pain assessed at outpatient occupational health clinics, *Spine*,30:572-580.
- Sinclair SJ, Hogg-Johnson SH, Mondloch MV & Shields SA (1997) The effectiveness of an early active intervention program for workers with soft-tissue injuries. The Early Claimant Cohort Study, *Spine*,22:2919-2931.
- Skouen JS, Grasdahl AL, Haldorsen EM & Ursin H (2002) Relative cost-effectiveness of extensive and light multidisciplinary treatment programs versus treatment as usual for patients with chronic low back pain on long-term sick leave: randomized controlled study, *Spine*,27:901-909; discussion 909-910.
- Sonnenschein M, Sorbi MJ, Verbraak MJ, Schaufeli WB, Maas CJ & van Doornen LJ (2008) Influence of sleep on symptom improvement and return to work in clinical burnout, *Scand J Work Environ Health*,34:23-32.
- SOU (2009:47) - God arbetsmiljö en framgångsfaktor, Statens offentliga utredningar.
- SOU (2000:78) - Rehabilitering till arbete, Statens offentliga utredningar.
- SOU (2006:107) - Fokus på åtgärder. En plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet, Statens offentliga utredningar.
- Soucy I, Truchon M & Cote D (2006) Work-related factors contributing to chronic disability in low back pain, *Work*,26:313-326.
- Staal JB, Hlobil H, Twisk JW, Smid T, Koke AJ & van Mechelen W (2004) Graded activity for low back pain in occupational health care: a randomized, controlled trial, *Ann Intern Med*,140:77-84.
- Stankovic R & Johnell O (1990) Conservative treatment of acute low-back pain. A prospective randomized trial: McKenzie method of treatment versus patient education in "mini back school", *Spine*,15:120-123.
- Stankovic R & Johnell O (1995) Conservative treatment of acute low back pain. A 5-year follow-up study of two methods of treatment, *Spine*,20:469-472.

- Steenstra IA, Anema JR, Bongers PM, de Vet HC, Knol DL & van Mechelen W (2006a) The effectiveness of graded activity for low back pain in occupational healthcare, *Occup Environ Med*,63:718-725.
- Steenstra IA, Anema JR, van Tulder MW, Bongers PM, de Vet HC & van Mechelen W (2006b) Economic evaluation of a multi-stage return to work program for workers on sick-leave due to low back pain, *J Occup Rehabil*,16:557-578.
- Stephens B & Gross DP (2007) The influence of a continuum of care model on the rehabilitation of compensation claimants with soft tissue disorders, *Spine*,32:2898-2904.
- Storheim K, Brox JI, Holm I, Koller AK & Bo K (2003) Intensive group training versus cognitive intervention in sub-acute low back pain: short-term results of a single-blind randomized controlled trial, *J Rehabil Med*,35:132-140.
- Torstensen TA, Ljunggren AE, Meen HD, Odland E, Mowinckel P & Geijerstam S (1998) Efficiency and costs of medical exercise therapy, conventional physiotherapy, and self-exercise in patients with chronic low back pain. A pragmatic, randomized, single-blinded, controlled trial with 1-year follow-up, *Spine*,23:2616-2624.
- van den Hout JH, Vlaeyen JW, Heuts PH, Zijlema JH & Wijnen JA (2003) Secondary prevention of work-related disability in nonspecific low back pain: does problem-solving therapy help? A randomized clinical trial, *Clin J Pain*,19:87-96.
- van der Giezen AM, Bouter LM & Nijhuis FJ (2000) Prediction of return-to-work of low back pain patients sicklisted for 3-4 months, *Pain*,87:285-294.
- van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH & van Dijk FJ (2003) Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design, *Occup Environ Med*,60:429-437.
- van der Weide WE, Verbeek JH, Salle HJ & van Dijk FJ (1999) Prognostic factors for chronic disability from acute low-back pain in occupational health care, *Scand J Work Environ Health*,25:50-56.
- van Duijn M, Lotters F & Burdorf A (2005) Influence of modified work on return to work for employees on sick leave due to musculoskeletal complaints, *J Rehabil Med*,37:172-179.
- Wasiak R, Young AE, Roessler RT, McPherson KM, van Poppel MN & Anema JR (2007) Measuring return to work, *J Occup Rehabil*,17:766-781.
- Verbeek JH, van der Weide WE & van Dijk FJ (2002) Early occupational health management of patients with back pain: a randomized controlled trial, *Spine*,27:1844-1851; discussion 1851.
- Vlaeyen JW & Morley S (2005) Cognitive-behavioral treatments for chronic pain: what works for whom?, *Clin J Pain*,21:1-8.
- Young AE, Roessler RT, Wasiak R, McPherson KM, van Poppel MN & Anema JR (2005) A developmental conceptualization of return to work, *J Occup Rehabil*,15:557-568.

# Tabeller

## Evidenstabeller - Rörelseorganens sjukdomar

Tabell 1.1. Rörelseorganens sjukdomar, Behandlingsstudier, Mindre insatser

Författare År Land Design	Studiebas	Diagnos Studie- population	Intervention	Kontrollgrupp(er)	Upp- följning	Definition av Åter i arbete	Resultat
Abasolo <i>et al.</i> 2005	Yrkesarbetande inom 3 hälso-distrikt (av 11) i Madrid, mars 1998 - mars 2000. (n= 1 402 285)	Besvär från rörelseorganen	<b>Nivå 1:</b> Farmakologisk behandling av smärta, inflammation och depression. Information om bl.a. vikten av rörelse, träning och stretching och att undvika sängläge. <b>Nivå 2:</b> (ingen förbättring efter 2-6 v. på nivå 1). Remiss till rehabilitering samt mer djupgående undersökningar. <b>Nivå 3:</b> (ingen förbättring efter 4-8 v. på nivå 2). Ytterligare undersökningar och remiss till specialiserad vård och/eller kirurgi. (n=5272)	Ordinarie vård. (n=7805)	12 mån  12 mån	Den sammanlagda sskr-tidens 'längd'.  Registerdata	Generellt var sskr-tiden kortare i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen, 26 dgr jämfört med 41 dgr. Detta gällde för alla sjukdomstillstånd utom för knäsmärta. Över 80 % återgick inom 2 mån oavsett grupp.

<sup>1</sup> Sjukskrivningstiden

**Tabell 1. Rörelseorganens sjukdomar, Behandlingsstudier, Mindre insatser**

Författare År Land Design	Studiebas	Diagnos Studie- population	Intervention	Kontrollgrupp(er)	Upp- följning	Definition av Åter i arbete	Resultat
Hagen <i>et al.</i> 2000	Personer till- hörande ett av 20 lokala kontor av	Ländryggs- smärta	Lätthabilitering, information om vikten av att hålla igång för att minska risken för muskel- dysfunktion. Beskrivning av hur daglig träning bör se ut och vilka belastningar man bör undvika. (n=237)	Ordinarie vård. (n=220)	3, 6 och 12 mån	1) Återgått i arbete i full ut- sträckning vid uppföljningarna	Efter 3 mån hade 52 % av patien- terna i interventionsgruppen återgått till arbete i full utsträckning, jämfört med 36 % i kontrollgruppen. Efter 6 mån var andelen 61 % jämfört med 45 %. Efter 12 mån. var andelen 68 % jämfört med 56 %. Efter tre år fanns inga skillnader mellan grupp- erna. Patienterna i interventions- gruppen hade färre sjukdagar (126) jämfört med kontrollgruppen (170) och de återgick snabbare i arbete under det första året efter inter- ventionen.
Lie <i>et al.</i> 2008	Trygdeetaten <sup>2</sup> i fylket Hedmark.	Sjukskriven 8 - 12 v (n=457) ♀=48 % ♂=52 %			3 år	2) Antal sskr- dgr <sup>3</sup> till återgång i arbete i full utsträckning. Registerdata.	
Hagen <i>et al.</i> 2003					3 år		
Norge RCT							
Hazard <i>et al.</i> 2000	Deltagare med en rapporterad arbetskada, juli 1996 - juni 1997.	Ländryggs- smärta	Deltagarna får en broschyr med information och vägledning hur man själv kan förebygga och lindra smärta genom fysisk aktivitet och att snabbt återgå till aktiviteter och arbete. (n=244)	Ordinarie vård. (n=245)	3 och 6 mån	1) Åter i arbete vid uppfölj- ningarna.	Interventionen hade ingen effekt varken vid 3 eller 6 mån för något av utfallen.
Vermont USA RCT	Sjukskriven < 11 dgr (n=489) ♀=39 % ♂=61 % (vid 3 mån)					2) Antal sskr- dgr under 3 och 6 mån. 3) Antal dgr till första återgång i arbete.	
						Självrapporterat	

<sup>2</sup> Norges dåvarande motsvarighet till Försäkringskassan

<sup>3</sup> Sjukskrivningsdagar



**Tabell 1. Rörelseorganans sjukdomar, Behandlingsstudier, Mindre insatser**

Författare År Land Design	Studiebas	Diagnos Studie- population	Intervention	Kontrollgrupp(er)	Upp- följning	Definition av Åter i arbete	Resultat
Heymans <i>et al.</i> 2006	Patienter vid ett av 8 Företags-hälsövärdscentra, okt 2000 – nov 2002.	Ländryggs- smärta Sjukskriven 3 - 6 v (n=299) ♀=21 % ♂=79 %	a) Lågintensiv ryggskola, 2-tim gruppundervisning 1 gång i v under 4 v. (n=98) b) Högintensiv ryggskola, 16 pass å 1 tim två ggr i v under 8 v. Dessutom KBT. (n=98)	Ordinarie vård (n=103)	3 och 6 mån	Antal dgr till återgång i arbete i full utsträckning under minst 4 v utan återfall.	Deltagarna i den lågintensiva ryggskolan hade färre sjukdagar än deltagarna i den högintensiva ryggskolan och kontrollgruppen efter 6 mån men skillnaderna var inte statistiskt signifikanta. De som behandlades i den lågintensiva ryggskolan återvände snabbare till arbetet.
Hiebert <i>et al.</i> 2003	Ett serviceföretag i centrala New York, jan 1991 – juni 1992. (n=16 000)	Ländryggs- smärta Sjukskriven (n=240) ♀=9 % ♂=91 %	Återgång i arbete med restriktioner (n=102)	Återgång i arbete utan restriktioner (n=138)	1 år	Antal sjukdagar till återgång i arbete.  Registerdata.	Tid till återgång i arbete var densamma oavsett restriktion eller inte.
USA CT							
Indahl <i>et al.</i> 1995	Personer till- hörande ett av 25 lokala kontor av "Trygdeataten" i fylket Östfold, aug 1991 – mars 1992.	Ländryggs- smärta Sjukskriven > 8 v (n=975) ♀=39 % ♂=61 %	Grundläggande ryggskola, undervisning om ryggsproblem och hur man kan undvika att smärtan blir kronisk. Deltagarna fick lära sig att lättare fysisk aktivitet förbättrar prognosen att tillfriskna. (n=463)	Ordinarie vård. (n=512)	Ca 600 dgr	Sskt-tidens längd och andel av deltagarna som återgått i arbete löpande under upp- följningstiden.  Registerdata.	Efter 200 dgr hade 70 % i interventionsgruppen återgått i arbete jämfört med 40 % i kontrollgruppen.
Norge CT							
Indahl <i>et al.</i> 1998	Personer till- hörande ett av 25 lokala kontor av "Trygdeataten" i fylket Östfold, nov 1991 – aug 1992. Delvis samma pop. Som Indahl <i>et al.</i> 1995.	Ländryggs- smärta Sjukskriven > 8 v. (n=489) ♀=37 % ♂=63 %	Se Indahl <i>et al.</i> 1995. (n=245)	Ordinarie vård. (n=244)	5 år	Åter i arbete i full utsträckning vid uppföljning  Registerdata.	Efter 5 år hade 81 % i interven- tionsgruppen återgått i arbete jämfört med 65 % i kontrollgruppen.
Norge CT							

**Tabell 1.** Rörelseorganens sjukdomar, Behandlingsstudier, Mindre insatser

Författare År Land Design	Studiebas	Diagnos Studie- population	Intervention	Kontrollgrupp(er)	Upp- följning	Definition av Åter i arbete	Resultat
Leclaire <i>et</i> <i>al.</i> 1996	Försäkrade hos QWCB <sup>4</sup>	Ländryggs- smärta  Sjukskriven < 3 mån (n=168) ♀=42 % ♂=58 %	Daglig sjukgymnastik samt ryggskola. (n=82)	Daglig sjuk- gymnastik. (n=86)	12 mån	Antal själv- rapporterade dagar från inklusion till återgång i arbete.	Ryggskolan hade ingen ytterligare effekt utöver sjukgymnastik.
Quebec Kanada RCT							
Rossignol <i>et</i> <i>al.</i> 2000	Försäkrad hos QWCB. (84% av arbetskraften), jun 1995 – dec 1996. (n=815 000)	Ryggbesvär  Sjukskriven 4 - 8 v (n=110) ♀=28 % ♂=72 %	Baserat på en undersökning och ett frågeformulär upprättades en individuell rehabiliteringsplan. (n=54)	Ordinarie vård (n=56)	3 och 6 mån	Varaktighet av frånvaro från arbetet baserat på antingen: a) dagen för återgång i arbete i någon utsträckning under mer än två sammanhän- gande dagar. b) dagen då kontantsödet från QWCB upphör. c) sista dagen av 2 mån. uppfölj- ning.	Interventionen hade ingen effekt.
Quebec Kanada RCT							
						Kontroll mot registerdata.	
							Registerdata

<sup>4</sup> Quebec Workers Compensation Board

**Tabell 1. Rörelseorganens sjukdomar, Behandlingsstudier, Mindre insatser**

Författare År Land Design	Studiebas	Diagnos Studie- population	Intervention	Kontrollgrupp(er)	Upp- följning	Definition av Åter i arbete	Resultat
Scheel <i>et al.</i> 2002	Personer boende i alla kommuner i fylkena Hedmark, Telemark och Troms, sept 1998 – nov 1999.	Ländryggs- smärta (n=6179) ♀=50 % ♂=50 %	Aktiv sjukskrivning där de anställda kunde återvända till arbetet med anpassade arbetsuppgifter. (n=2232)	(a). Ordinarie vård. (n=1902)  (b). Passiv interven- tion: Påminnelse om möjligheten till aktiv sjukskrivning, un- derlätta de formella rutinerna för aktiv sjukskrivning, samt anvisning till före- tagsläkarna om vik- ten av att patienterna håller sig aktiva. (n=2045)	50 v	Antal sskr-dgr med kompen- sation från ”Trygdeattent”. (Aktiv sjuk- skrivning räknas som hel sjuk- skrivning).  Registerdata.	Ingen skillnad mellan grupperna.
Stephens <i>et al.</i> 2007	Försäkrade hos WCB-Alberta <sup>5</sup> , jan 1994 – juni 1998. (1 500 000)	Besvär från rörelse- organen  Sjukskrivnen. (n=54 767) ♀=24 % ♂=76 %	En strukturerad modell för att vägleda försäkrade med besvär från rörelseorganen. (n=25 266)	Personer som hade andra diagnoser. Tidsmässig jäm- förelse före och efter interventionen. (n=29 501)	1 år	Sammanlagt antal sskr-dgr under 1 år efter skadan.  Registerdata.	Personerna återgick i arbete snabbare efter att de nya rutinerna införts. Antal sskr-dgr minskade för personerna med besvär från rörelse- organen, från i genomsnitt 39 dgr före interventionen till 20-26 dgr efter interventionen. I kontroll- gruppen var frånvaron oförändrad.

<sup>5</sup> Workers Compensation Board of Alberta

**Tabell 2.** Rörelseorganens sjukdomar, Behandlingsstudier, Arbetsplatsintervention

Författare År Land Design	Studiebas	Diagnos Studie- population	Intervention	Kontrollgrupp(er)	Uppfölj- ning	Definition av Åter i arbete	Resultat
Anema <i>et al.</i> 2007	Patienter vid 16 sjukgymnastik-mottagningar, okt 2000 - okt 2002. (n=100 000)	Ländryggs-smärta	1) Bedömning och anpassning av arbetsplatsen. (ca 3-5 v efter första sskr-dagen) (n=96)	1) Ordinarie vård. (n=100)	12, 26 och 52 v	1) Antal sskr-dgr till återgång i arbete utan restriktioner under minst 4 v.	1) Deltagare som fick arbetsplats-interventionen återgick i arbete i genomsnitt 27 dgr tidigare än kontrollgruppen, 77 dgr jmf med 104 dgr. De som fortfarande var sjukskrivna efter 8 v och fick graded activity återgick i arbete 33 dgr senare än de i kontrollgruppen, 144 dgr jämfört med 111 dgr. De som fick den kombi-nerade interventionen återgick i arbete i genomsnitt 23 dgr senare än de som inte fick den, 144 dgr jämfört med 129 dgr.
Steenstra <i>et al.</i> 2006a		1) Sjukskriven > 2 v (n=196)	2) Graded activity, en tim träning 2 ggr i v (ca 8-12 v efter första sskr-dagen) (n=55)	2) Ordinarie vård (n=57)	12, 26 och 52 v	2) Totalt antal sskr-dgr under hela uppföljningsperioden.	
Steenstra <i>et al.</i> 2006b		2) Fortfarande sjukskriven efter 8 v. (n=112) ♂=57 % ♀=43 %	3) Kombinerad intervention. (n=27)			Registerdata	
Nederländerna RCT							
Loisel <i>et al.</i> 1997	Anställda på alla arbetsplatser som har mer än 175 anställda i Sherbrooke.	Ryggsmärta	a) Arbetsrehabilitering, besök hos en företagsläkare och en ergonom. (n=22)	Ordinarie vård. (n=26)	12 mån	1) Antal dagar till återgång i arbete utan restriktioner.	1) Interventionsgruppen som erhöll både arbets- och medicinsk rehabilitering återgick i arbete två och en halv gånger fortare än kontrollgruppen. Den huvudsakliga effekten låg på arbetsrehabilitering. Medicinsk rehabilitering hade ingen effekt. Ingen skillnad mellan grupperna efter 6 år.
Loisel <i>et al.</i> 2002		Sjukskriven 4 v – 3 mån (n=104) ♀=40 % ♂=60 %	b) Medicinsk rehabilitering, besök hos en specialist på ryggsmärta samt ryggskola. (n=31)		Ca 6 år	2) Antal dagar till återgång i arbete med eller utan restriktioner. (12 mån)	2) Totalt antal sskr-dgr var 84 dgr för de som fick arbetsplatsinterventionen och 105 för de som fick ordinarie vård. För de som fick graded activity var det totala antalet sskr-dgr 145 jämfört med 111 i kontrollgruppen.
Quebec Kanada RCT			c) Både arbetsrehabilitering och medicinsk rehabilitering. (n=25)			Registerdata	2) Inga skillnader mellan grupperna för detta utfall.

**Tabell 2.** Rörelseorganens sjukdomar, Behandlingsstudier, Arbetsplatsintervention

Författare År Land Design	Studiebaser	Diagnos Studie- population	Intervention	Kontrollgrupp(er)	Uppföljning	Definition av Åter i arbete	Resultat
van Duijn <i>et al.</i> 2005	Frånvaroregister hos en stor företagshälsö-vårdsgivare.	Besvär med rörelseorganen Sjukskriven 2 – 6 v (n= 164) ♀=35% ♂=65%	Modificerat arbete under uppföljningstiden.	Ej anpassat arbete under uppföljningstiden.	1 år	Antal sskr-dgr till återgång i ordinarie arbete utan restriktioner.	Modificerat arbete leder inte till att man återgår fortare i arbete.
Nederländerna CT						Registerdata.	
Verbeek <i>et al.</i> 2002	Patienter vid företagshälsövården vid 8 olika akademiska och landsorts-sjukhus.	Ländryggs-smärta Sjukskriven > 10 dgr (n= 120) ♀=80 ♂=40	Möte med en företagsläkare om riktlinjer för behandling och vikten av att vara aktiv samt möjligheten till anpassning av arbetsuppgifterna. (n=61)	Ordinarie vård. (n=59)	3 och 12 mån	1) Åter i arbete i full utsträckning efter 3 eller 12 mån. 2)Antal sammanlagda sskr-dgr under uppföljningen.	Inga skillnader mellan grupperna för något av utfallen.
Nederländerna RCT						Registerdata.	

**Tabell 3. Rörelseorganens sjukdomar, Behandlingsstudier, Multidisciplinär intervention**

Författare År Land Design	Studiebas	Diagnos Studie- population	Intervention	Kontrollgrupp(er)	Upp- följning	Definition av Åter i arbete	Resultat
Godges <i>et al.</i> 2008	Remitterad till sjukgymnastik.	Ländryggs- smärta	Sjukgymnastik samt undervisning om vikten av fysisk träning och hur man ska handskas med smärta. (n=16)	Sjukgymnastik (n=18)	28, 45 och 90 dgr	Antal dgr till återgång i arbete utan restriktioner.	Inom 45 dagar hade alla deltagare i interventionsgruppen återvänt till sina ordinarie arbetsuppgifter jämfört med 2/3 i kontrollgruppen. Inga skillnader efter 28 eller 90 dgr.
Kalifornien USA CT		Sjukskriven. (n=34) ♀=5 ♂=29				Rapporterat av FHV samt registerdata.	
Haldorsen <i>et al.</i> 1998	Invånare i Bergen eller i någon av fem intilliggande kommuner.	Besvär från rörelseorganen	Ett multidisciplinär rehabiliteringsprogram, 6 tim-sessioner, 5 dgr per v under 4 v. Sjukgymnastik, KBT <sup>1</sup> , utbildning och besök på arbetsplatsen. (n=312)	Ordinarie vård. (n=157)	12 mån	Åter i arbete vid 12-mån uppföljning.	Interventionen hade ingen effekt.
Norge RCT		Sjukskriven 8 v (n=469) ♀=64 % ♂=36 %				Registerdata.	
Haldorsen <i>et al.</i> 2002	Invånare i Bergen eller i någon av fem intilliggande kommuner, jan 1996 - mars 1997.	Besvär från rörelseorganen	Se Haldorsen <i>et al.</i> 1998. (n=169)	(a) Ordinarie vård. (n=263)	14 mån	Ej sjukskriven vid månatlig kontroll.	För deltagare med god prognos fanns ingen skillnad mellan grupperna efter 14 mån. Patienterna med medelgod prognos hade samma utfall i de båda multidisciplinära behandlingsgrupperna. Patienterna med dålig prognos återgick i arbete i högre grad (55 %) om de fick den multidisciplinära behandlingen, jämfört med ordinarie vård (37 %)
Norge RCT		Sjukskriven > 8 v eller Sjukskriven > 2 mån per år de senaste 2 åren. (n=654) ♀=66 % ♂=34 %		(b) Lätt multidisciplinär behandling med uppföljning. En timmes undervisning om träning, livsstil och rörelserådsla. (n=222)		Registerdata.	

<sup>1</sup> Kognitiv Beteendeterapi

**Tabell 3. Rörelseorganens sjukdomar, Behandlingsstudier, Multidisciplinär intervention**

Författare År Land Design	Studiebas	Diagnos Studie- population	Intervention	Kontrollgrupp(er)	Upp- följning	Definition av Åter i arbete	Resultat
Jensen <i>et al.</i> 1995	Patienter remitterade till en klinik som har hela landet som upptagningsområde.	Nack- och skuldersmärta Sjuskriven (n=66) ♀=43 ♂=23	Multimodal behandling i 4 v samt KBT.	Multimodal behandling under 4 v.	6, 12 och 18 mån	Antal sskr-dgr <sup>2</sup> till återgång i arbete.	Båda grupperna minskade sina sskr-dgr under uppföljningen. Ingen skillnad mellan grupperna.
Sverige RCT						Registerdata.	
Jensen <i>et al.</i> 1994	Personer boende i Örebro län och remitterade till	Ryggsmärta	Multidisciplinär behandling i 5 huvuddelar: träning, KBT, undervisning, uppmuntran att fortsätta arbeta och delta i det sociala livet och utbildning av arbetsgivare. (n=67)	Ordinarie vård (n=29)	6 mån	Antal sskr-dgr innan återgång i arbete.	Interventionen hade ingen effekt.
Jensen <i>et al.</i> 1998	NärRehab/Hälsö-invest av Försäkringskassan eller FHV.	Sjuskriven < 6 mån. (n=96) ♀=70 ♂=26			18 mån	Registerdata.	
Sverige CT							
Jensen <i>et al.</i> 2006	Personer remitterade till specialistklinik mellan 1995 och 1997.	Rygg- och nackbesvär Sjuskriven i genomsnitt ca 52 dgr det senaste kvartalet (n=255) ♀=54 % ♂=46 %	Program 1: Ortopediskt, manuellt inriktat funktionshöjande träningsprogram adm. av sjukgymnaster. I genomsnitt 40 tim träning och 120 tim arbets träning. (n=98) Program 2: Fysisk träning baserad på moment och rörelser som finns på deltagarnas arbetsplatser. Beteendeförändrande undervisning. 40 tim/v under 4 v därefter hemträning under 5 månader. (n=157)	Ordinarie vård (Matchad kontrollgrupp fördelat på respektive program.) (n=2515)	7 år	Antal sskr-dgr inklusive för-tids pension/ sjukersättning innan återgång i arbete.	Personer som genomgått program 2 uppvisar en minskad sjukfrånvaro under sjuårsperioden efter rehabilitering jämfört med sin kontrollgrupp. Resultaten visar emellertid att det endast är de som har en kortare sjukfrånvaro före insatsen (≤60 dagar) som har en säkerställd minskning av sjukfrånvaron samt en säkerställd minskad risk för hel förtidspension.
Sverige Matchad kontrollerad studie							

<sup>2</sup> Sjukskrivningsdagar

**Tabell 3. Rörelseorganens sjukdomar, Behandlingsstudier, Multidisciplinär intervention**

Författare År Land Design	Studiebas	Diagnos Studie- population	Intervention	Kontrollgrupp(er)	Upp- följning	Definition av Åter i arbete	Resultat
Jensen <i>et al.</i> 2001	Försäkrad hos AFA, maj 1995 - okt 1999.	Ländryggs- smärta	(a) Beteendeorienterad sjukgymnastik 20 tim i v under 4 v. (n=54)	Ordinarie vård. (n=48)	6 och 18 mån	Sskrt-tid <sup>3</sup> , in- klusive förtids- pension, innan återgång i arbete.	Inga skillnader mellan grupperna efter 6 och 18 mån. Per protocol- analysen visade att den kombinerade interventionen var effektiv för kvinnor efter 3 år.
Jensen <i>et al.</i> 2005		Sjukskrivnen 1 - 6 mån (n=214) ♀=55 % ♂=45 %	(b) KBT, 13-14 tim i v under 4 v. (n=49)		3 år		
Sverige RCT			(c) Kombination av (a) och (b). (n=63)			Registerdata.	
Kool <i>et al.</i> 2005	Patienter vid centret för arbetsrelaterad rehabilitering i Valens, jan 2000 - maj 2003.	Ländryggs- smärta	Funktioncentrerad behandling baserad på individuella behov. Work hardening, ett pass på 4 tim, 6 dgr i v under 3 v. Uppmuntran att fortsätta aktiviteter trots att smärtan ökar. (n=87)	Smärtcenterad behandling, med fokus på att reducera smärta. 2 ½ tim, 6 dgr i veckan under 3 v. Sjukgymnastik och ryggskola. Deltagarna uppmannas att sluta med aktiviteter om smärtan ökar. (n=87)	3 mån	Självrapporterat antal dagar i arbete i någon utsträckning under uppfölj- ningen. Deltid räknas om till hela dagar.	Deltagarna som fick den funktions- centrerade behandlingen hade 10 fler arbetsdagar under de 3 första månaderna, 26 jämfört med 16 för de som fick den smärtcenterade behandlingen. Efter 12 mån var skillnaden 44 arbetsdagar, 118 jämfört med 74. Det fanns inga skillnader mellan grupperna i antalet arbetade dagar, permanent arbetsförmåga eller arbetslöshet när deltagarna väl återgått i arbete efter 12 mån.
Kool <i>et al.</i> 2007		Sjukskrivnen > 6 v under de senaste 6 mån. (n=174) ♀=21 % ♂=79 %			12 mån		
Schweiz RCT							

<sup>3</sup> Sjukskrivningstid



**Tabell 3. Rörelseorganens sjukdomar, Behandlingsstudier, Multidisciplinär intervention**

Författare År Land Design	Studiebas	Diagnos Studie- population	Intervention	Kontrollgrupp(er)	Upp- följning	Definition av Åter i arbete	Resultat
Lindh <i>et al.</i> 1997	Personer tillhörande ett av sju lokala kontor hos Försäkringskassan i Göteborg.	Besvär från rörelseorganen	Ett multidisciplinärt arbetslag skötte varje patients rehabilitering och gjorde en individuell rehabiliteringsplan som avslutades när deltagaren blev arbetsför eller fortsdensionerades.	Ordinarie vård. (n=226)	5 år	Tidpunkten då deltagarna återgick i arbete i någon utsträckning från och med den 90:e dagen av sjukskrivningen.	Interventionen hade ingen effekt men jämfört med deltagarna i kontrollgruppen hade deltagarna i interventionsgruppen färre sjukdagar när de väl återgått i arbete. Inga effekter hos utrikes födda.
Sverige RCT		Sjukskriven 90 dgr men ej mer än 180 dgr de senaste 2 åren. ♀=62 % ♂=38 %				Registerdata.	
Lindstrom <i>et al.</i> 1992b	Anställda på Volvo. (n=10000)	Ländryggs- smärta	Graded activity. Bedömning av arbetskapacitet, arbetsplatsbesök, ryggskola samt ett individuellt träningsprogram. (n=51)	Ordinarie vård. (n=52)	2 år	1) Åter i arbete vid månatlig kontroll. 2) Antal sskrdgr under det andra uppföljningsåret.	1) Deltagarna i interventionsgruppen återvände till arbetet efter i genomsnitt 10 v jämfört med 15 v i kontrollgruppen. (För män var skillnaden större, 9,7 v jämfört med 16,7 v.) 2) Deltagarna i interventionsgruppen var sjukskrivna i genomsnitt 16,6 v, jämfört med 24,3 v i kontrollgruppen.
Lindstrom <i>et al.</i> 1992a		Sjukskriven 6 v (n=103) ♀=31 % ♂=69 %				Registerdata	
Sverige RCT							

**Tabell 3. Rörelseorganens sjukdomar, Behandlingsstudier, Multidisciplinär intervention**

Författare År Land Design	Studiebas	Diagnos Studie- population	Intervention	Kontrollgrupp(er)	Upp- följning	Definition av Åter i arbete	Resultat
Loisel <i>et al.</i> 1997	Anställda på alla arbetsplatser med mer än 175	Ryggsmärta	a) Arbetsrehabilitering, besök hos en företagsläkare och en ergonom. (n=22) b) Medicinsk rehabilitering, besök hos en specialist på ryggsmärta samt ryggskola. (n=31) c) Både arbetsrehabilitering och medicinsk rehabilitering. (n=25)	Ordinarie vård. (n=26)	12 mån  Ca. 6 år	1) Antal dagar till återgång i arbete utan restriktioner.  2) Antal dgr till återgång i ar- bete med eller utan restriktio- ner. (12 mån)	1) Interventionsgruppen som erhöll både arbets- och medicinsk rehabili- tering återgick i arbete två och en halv gång fler än kontrollgruppen. Den huvudsakliga effekten låg på arbetsrehabilitering. Medicinsk rehabilitering hade ingen effekt. Ingen skillnad mellan grupperna efter 6 år.  2) Inga skillnader mellan grupperna för detta utfall.
Quebec Kanada RCT						Registerdata	
Meijer <i>et al.</i> 2006	Anställda vid banker över hela landet eller vid ett av två universitet	Besvär från rörelse- organen	Multidisciplinär behandling, träning, sätta upp och nå mål, förbättra ”coping” och förbereda för återgång i arbete. (n=23)	Ordinarie vård (n=15)	2, 6 och 12 mån	Självrappor- terad återgång i ordinarie arbete i full utsträck- ning.	Interventionen hade ingen effekt.
Neder- länderna RCT	i Amsterdams, aug 2002 - aug 2003. (n=160 000)	Sjukskriven 4 – 20 v (n=38) ♀=26 ♂=12					
Schiltlen- wolf <i>et al.</i> 2006	Deltagare remit- terade till univer- sitetkliniken i Heidelberg under 1998 och 1999.	Ländryggs- smärta	Biomedicinsk behandling som i kontrollgruppen. Dessutom bio- psykosocial behandling som består av psykoterapi 3 egr i v och av- slappningsterapi 4 egr i v under 3 v. (n=31)	Biomedicinsk behandling, psyko- terapi, vatten- gymnastik, träning samt ryggskola. Dessutom massage och sjukgymnastik. (n=33)	2 år	Antal sjukdagar till återgång i arbete.  Registerdata.	De som fick den biopskosociala behandlingen i kombination med biomedicinsk behandling återgick i arbete i genomsnitt efter 41 dgr jämfört med 111 dgr för de som enbart fick den biomedicinska behandlingen.
Tyskland RCT		Sjukskriven 3 – 12 v (n=64) ♀=28 ♂=36					

**Tabell 3. Rörelseorganens sjukdomar, Behandlingsstudier, Multidisciplinär intervention**

Författare År Land Design	Studiebas	Diagnos Studie- population	Intervention	Kontrollgrupp(er)	Upp- följning	Definition av Åter i arbete	Resultat
Skouen <i>et al.</i> 2002	Invånare i Bergens kommun eller i någon av fem intilliggande kommuner, jan 1996 - mars 1997.	Ländryggs- smärta och muskuloskeletal smärta	Omfattande multidisciplinär behandling på en klinik. KBT, undervisning, träning och enstaka arbetsplatsbesök 4 v, 6-tim, 5 dgr i v. (n=57)	(a) Ordinarie vård. (n=95) (b) Lätt multidisciplinär behandling, 1 tim undervisning om träning, livsstil och rörelserådsla. (n=56)	26 mån	Ej sjukskriven i någon grad vid månatlig kontroll.	Manliga deltagare som fick lätt multidisciplinär behandling återvände i högre grad till arbetet efter 12, 18 och 24 mån jämfört med de som fick ordinarie vård. Inga skillnader hittades mellan omfattande multidisciplinär behandling och kontrollgruppen för varken kvinnor eller män. Inga signifikanta skillnader mellan de två multidisciplinära grupperna hos kvinnor.
Norge RCT		Sjukskriven > 8 v eller sjukskriven > 2 mån per år de senaste 2 åren (10 %) (n=211) ♀=65 % ♂=35 % (køn vid uppföljning)				Registerdata.	
Staal <i>et al.</i> 2004	Anställda vid flygbolaget KLM vid Schiphol- flygplatsen, apr 1999 - jan 2001. (n=25000)	Ländryggs- smärta	Graded activity, 1 tim träning 2 ggr i v tills dess att deltagaren fullt ut återvände till det ordinarie arbetet eller att 3 mån hade gått. (n=67)	Ordinarie vård. (n=67)	3 och 6 mån	Antal sskr-dgr under uppföljningen. Var man i arbete < 4 v så räknas hela perioden som sjuk-frånvaro.	Det fanns ingen skillnad mellan grupperna upp till 50 dgr efter randomisering. Efter 50 dgr återgick deltagarna i interventionsgruppen i arbete dubbelt så fort som deltagarna i kontrollgruppen.
Hlobil <i>et al.</i> 2005		Sjukskriven > 4 v (n=134) ♀=6 % ♂=94 %			3, 6 och 12 mån		
Neder- länderna RCT						Registerdata.	

**Tabell 3. Rörelseorganens sjukdomar, Behandlingsstudier, Multidisciplinär intervention**

Författare År Land Design	Studiebas	Diagnos Studie- population	Intervention	Kontrollgrupp(er)	Upp- följning	Definition av Åter i arbete	Resultat
Steenstra <i>et al.</i> 2006a	Patienter vid 16 sjukgymnastik-mottagningar, okt 2000 - okt 2002. (n=100 000)	Ländryggs-smärta	1) Bedömning och anpassning av arbetsplatsen. (ca 3-5 v efter första ss-dagen) (n=96) 2): Graded activity, en tim träning ss-ggr i v (ca 8-12 v efter första ss-dagen) (n=55) 3) Kombinerad intervention. (n=27)	1) Ordinarie vård. (n=100)	12 och 26 v.	1) Antal sskr-dgr till återgång i arbete utan restriktioner under minst 4 v.	1) Deltagare som fick arbetsplats-interventionen återgick i arbete i genomsnitt 27 dgr tidigare än kontrollgruppen, 77 dgr jämf med 104 dgr. De som fortfarande var sjukskrivna efter 8 v och fick graded activity återgick i arbete 33 dgr senare än de i kontrollgruppen, 144 dgr jämfört med 111 dgr. De som fick den kombinerade interventionen återgick i arbete i genomsnitt 23 dgr senare än de som inte fick den, 144 dgr jämfört med 129 dgr.
Anema <i>et al.</i> 2007		1) Sjukskriven > 2 v (n=196) 2) Fortfarande sjuk-skriven efter 8 v. (n=112) ♀=57 % ♂=43 %		2) Ordinarie vård (n=57)	12, 26 och 52 v	2) Totalt antal sskr-dgr under hela uppföljningsperioden. Registerdata	2) Totalt antal sskr-dgr var 84 dgr för de som fick arbetsplatsinterventionen och 105 för de som fick ordinarie vård. För de som fick graded activity var det totala antalet sskr-dgr 145 jämfört med 111 i kontrollgruppen.
Steenstra <i>et al.</i> 2006b					6 och 12 mån	1) Återgått i arbete utan restriktioner. 2) Återgått i arbete med restriktioner.	Vid både 6 och 12 mån hade fler i interventionsgruppen återgått i arbete utan restriktioner jämfört med kontrollgruppen men skillnaderna var inte signifikanta. Inga skillnader mellan grupperna med avseende på återgång i arbete med restriktioner.
Nederländerna RCT	Patienter som blivit remitterade till en av 23 FHV-kliniker.	Ländryggs-smärta Sjukskriven 6 - 20 v (ej mer än 120 dgr det senaste året) (n=84) ♀=20 ♂=64	Graded activity, 15 entimmespass samt undervisning om ryggsproblem och lyftekniker. Dessutom lösningsfokuserad KBT. (n=45)	Graded activity, som i interventionsgruppen samt undervisning i grupp där man diskuterade smärtproblematik. (n=39)			

**Tabell 4. Rörelseorganens sjukdomar, Behandlingsstudier, Psykologisk intervention**

Författare År Land Design	Studiebas	Diagnos Studie- population	Intervention	Kontrollgrupp(er)	Upp- följning	Definition av Åter i arbete	Resultat
Lofvander <i>et al.</i> 1997	Patienter 16 – 45 år, varav merpar- ten immigranter, tillhörande ett sjukvårdsområde i nordvästra	Besvär från rörelse- organen Sjuskkriven > 6 v. (n=60)	1 tim daglig träning och stretching. Möte med en läkare som gjorde en bandad intervju kring smärtproblematik. (n=30)	a) Rekommenderad daglig träning och stretching samt möj- lighet att träffa en läkare. (n=30)	3 och 8 mån	Återgång i arbete eller arbets träning under minst två timmar per dag och stannat kvar i minst 30 dagar.	Efter 8 mån hade 15 deltagare i interventionsgruppen (65 %) återgått i arbete i arbete jämfört med 9 i kontrollgruppen (41 %).
Sverige RCT	Stockholm, nov 1992 – aug 1993. (n=9,500)	♀=38 ♂=22					
Marhold <i>et al.</i> 2001	Personer tillhörande Försäkrings- kassan i Uppsala.	Besvär från rörelse- organen Sjuskkriven 2-6 mån (n=36) eller Sjuskkriven >1 år (n=36)	KBT-program för återgång i arbete med bl.a. undervisning om smärta och hur man hanterar den. Gradvis ökande träning (Graded activity) och stresshantering. (n=36)	Ordinarie vård (n=36)	6 mån	Antal sskr-dgr till återgång i arbete. Deltids- sjuskkrivning räknas om till hela dagar.  Registerdata.	Tiden till återgång i arbetet för de med kortare sjuskkrivningsperiod var i interventionsgruppen 21 dgr jämfört med 40 dgr i kontroll- gruppen. För de med lång sjuk- skrivning fanns ingen skillnad mellan grupperna.
Sverige RCT		♀=72 ♂=0					
Nystuen <i>et al.</i> 2006	Personer till- hörande ett av sex lokala kontor av "Trygdestaten" i Oslo, feb 2002 – feb 2003.	Besvär från rörelseorg- anen eller lättare psy- kisk ohälsa. Sjuskkriven > 7 v (n=103) ♀=76 % ♂=24 % (køn efter dropouts)	Lösningfokuserad grupperterapi, åtta träffar där deltagarna diskuterade strategier för "coping" och satte upp realistiska mål för framtiden. (n=53)	Ordinarie vård (n=50)	6 och 12 mån	1)Antal sskr-dgr under upp- följningsperio- den.  2)Åter i arbete i någon ut- sträckning efter 6 mån.	Interventionen hade ingen effekt.
Norge RCT							

**Tabell 4. Rörelseorganens sjukdomar, Behandlingsstudier, Psykologisk intervention**

Författare År Land Design	Studiebas	Diagnos Studie- population	Intervention	Kontrollgrupp(er)	Upp- följning	Definition av Åter i arbete	Resultat
Storheim <i>et al.</i> 2003	Personer i 2 fylken nära Oslo, mars 1998 – april 2001. (n=150 000)	Ländryggs- smärta	(a) Undervisning om bl.a. smärtans orsaker, om hur man kan undvika nya smärtattacker, hur man ska hantera smärta om den ändå uppkommer. Två konsultationer med speciallistakare och en sjukgymnast. (n=34)	Ordinarie vård (n=29)	18 v	Antal sskr-dgr under uppföljningsstiden. Deltid räknas om till hela dagar.	Inga skillnader mellan grupperna.
Norge RCT		Sjukskriven 8 – 12 v (n=93) ♀=48 ♂=45	(b) Intensiv träning under en 15-veckorsperiod. Minst 3 pass i veckan rekommenderas. Träningen är en modifierad version av "the Norwegian Aerobic Fitness Model". (n=30)			Registerdata.	

**Tabell 5. Rörelseorganens sjukdomar, Behandlingsstudier, Manuel terapi och annan passiv behandling eller träning**

Författare År Land Design	Studiebas	Diagnos Studie- population	Intervention	Kontrollgrupp(er)	Upp- följning	Definition av Åter i arbete	Resultat
Aure <i>et al.</i> 2003	Personer tillhörande ett lokalt kontor av "Tryg-deetaten" mellan 1994 och 1997.	Ländryggs-smärta Sjukskriven 8 v – 6 mån (n=49) ♀=23 ♂=26	Manuell terapi, 16 behandlingar, 45 min 2 ggr per v. Hemträningsprogram. (n=27)	Hemträningsprogram. Sjukgymnastledd träning, 16 behandlingar, 45 min 2 ggr per v. (n=22)	4 v, 6 och 12 mån	Självrapporterad återgång i arbete med eller utan restriktioner.	Direkt efter att interventionen var avslutad hade 67 % av deltagarna i interventionsgruppen och 27 % av deltagarna i kontrollgruppen återgått i arbete. Efter 4 v var andelen 67 % jämfört med 43 % (skillnaden är dock inte signifikant), efter 6 mån var andelen 89 % jämfört med 38 % och efter 12 mån var andelen 81 % jämfört med 41 %.
Bogefeldt <i>et al.</i> 2008	Personer, 20-55 år boende i Gotlands län, jan 1994 – dec 1998. (n=19 000)	Ländryggs-smärta	Manuell terapi. 1) Uppmuntran till att vara aktiv. Mobilisering, manipulering och autotraktion när det behövs. (n=42)	1) Uppmuntran till att vara aktiv. (n=35)	10 v och 2 år	1) Tidsperiod till återgång i arbete med varaktighet på mer än 1 v. 2) Antal sskr-dgr <sup>1</sup> under två år.	Vid slutet av behandlingsperioden, efter 10 v hade 87 % av patienterna i interventionsgruppen återgått i arbete jämfört med 71 % i kontrollgrupperna. Inga skillnader mellan grupperna efter 2 år. Inga skillnader i antal sskr-dgr.
Sverige RCT		Sjukskriven i medeltal ca: 27 dgr (n=160) ♀=44 % ♂=56 %	2) Som ovan plus kortison injektioner vid behov. (n=47)	2) Fortsatt aktivitet samt stretchning. (n=36)			
Dettoni <i>et al.</i> 1995	Personal anställd i armén.	Ländryggs-smärta	Flexionsövningar (n=57) Extensivövningar (n=62)	Ordinarie vård. (n=30)	8 v	Återgång i arbete utan restriktioner.	I både flexions- och extensivgrupperna så återgick 18,3 % av deltagarna i arbete jämfört med deltagarna i kontrollgruppen där 3,6 % återgick i arbete. Ingen skillnad mellan flexion och extension.
Tyskland RCT		Sjukskriven < 7 dgr (n=149) ♀=19 % ♂=81 %					

<sup>1</sup> Sjukskrivningsdagar

**Tabell 5. Rörelseorganens sjukdomar, Behandlingsstudier, Manuel terapi och annan passiv behandling eller träning**

Författare År Land Design	Studiebaser	Diagnos Studie- population	Intervention	Kontrollgrupp(er)	Upp- följning	Definition av Åter i arbete	Resultat
Fritz <i>et al.</i> 2003	Fem företags- läkarkliniker vid UPMC <sup>2</sup> , aug 1997 - aug 1999.	Ländryggs- smärta	Klassifikationsbaserad terapi, deltagarna undersöktes av en sjuk- gymnast och placerades sedan i en av fyra grupper och fick individuell behandling utifrån klassificeringen vid undersökningen. (n=41)	Sjukgymnastik (n=37)	4 v, 6 och 12 mån	Återgått i arbete utan restrikt- ioner vid upp- följningarna.	Efter 4 v hade 17 % i interventions- gruppen och 42 % i kontrollgruppen fortsatta restriktioner på arbetet. Efter 12 mån var det en deltagare i varje grupp som inte återgått i arbete och två i varje grupp hade fortsatta restriktioner.
Pennsyl- vania USA RCT	Sjukskriven < 3 v (n=78) ♀=30 ♂=48					Självrapporterat	
Herman <i>et al.</i> 1994	Patienter som deltar i ett projekt på ett sjukhus i Hamilton, mars 1990 – mars 1992	Ländryggs- smärta 3 – 10 v (n=58) ♀=12 ♂=46	TENS. Dessutom träning (vattengymnastik, rörlighetsövning- ar för rygg och ben). (n=29)	Träning som i interventions- gruppen. (n=29)	5 v och 6 mån	Återgått i arbete vid uppfölj- ningarna.	TENS hade ingen ytterligare effekt utöver träning varken efter 5 v eller 6 mån.
Ontario Kanada RCT	Sjukskriven 3 – 10 v (n=58) ♀=12 ♂=46						
Kool <i>et al.</i> 2005	Patienter vid centret för arbetsrelaterad rehabilitering i Valens, jan 2000 – maj 2003.	Ländryggs- smärta	Funktioncentrerad behandling baserad på individuella behov. Work hardening, ett pass på 4 tim, 6 dgr i v under 3 v. Uppmuntran att fortsätta aktiviteter trots att smärtan ökar. (n=87)	Smärtcenterad behandling, med fokus på att reducera smärta. 2 ½ tim, 6 dgr i veckan under 3 v. Sjukgymnastik och ryggskola. Deltagarna uppmannas att sluta med aktiviteter om smärtan ökar (n=87)	3 mån	Självrapporterat antal dagar i arbete i någon uträckning under uppfölj- ningen. Deltid räknas om till hela dagar.	Deltagarna som fick den funktions- centerade behandlingen hade 10 fler arbetsdagar under de 3 första månaderna, 26 jämfört med 16 för de som fick den smärtcenterade behandlingen. Efter 12 mån var skillnaden 44 arbetsdagar, 118 jämfört med 74. Det fanns inga skillnader mellan grupperna i antalet arbetade dagar, permanent arbetsförmåga eller arbetslöshet när deltagarna väl återgått i arbete efter 12 mån.
Kool <i>et al.</i> 2007	Valens, jan 2000 – maj 2003.	Sjukskriven > 6 v under de senaste 6 mån. (n=174) ♀=21 % ♂=79 %					
Schweiz RCT							

<sup>2</sup> University of Pittsburgh Medical Center



**Tabell 5. Rörelseorganens sjukdomar, Behandlingsstudier, Manuel terapi och annan passiv behandling eller träning**

Författare År Land Design	Studiebas	Diagnos Studie- population	Intervention	Kontrollgrupp(er)	Upp- följning	Definition av Åter i arbete	Resultat
Schiltens- wolf <i>et al.</i> 2006	Deltagare remitterade till universitetssjukhus	Ländryggs- smärta	Biomedicinsk behandling som i kontrollgruppen. Dessutom bio- psykosocial behandling som består av psykoterapi 3 ggr i v och av- slappningsterapi 4 ggr i v under 3 v. (n=31)	Biomedicinsk behandling, psyko- terapi, vatten- gymnastik, träning samt ryggskola. Dessutom massage och sjukgymnastik. (n=33)	2 år	Antal sjukdagar till återgång i arbete. Registerdata.	De som fick den biopsykosociala behandlingen i kombination med biomedicinsk behandling återgick i arbete i genomsnitt efter 41 dgr jämfört med 111 dgr för de som enbart fick den biomedicinska behandlingen.
Tyskland RCT	en i Heidelberg under 1998 och 1999.	Sjukskriven 3 – 12 v ♀=64 ♂=28 ♂=36					
Seferlis <i>et al.</i> 1998	Invånare i norra Stockholm. (n=300 000)	Ländryggs- smärta	1) Manuell terapi, behandling och intensitet bedömdes och utfördes av en sjukgymnast. (n=60)	Ordinarie vård (n=60)	12 mån	Antal samman- lagda sskr-dgr under uppfölj- ningen.	Ingen skillnad mellan grupperna.
Sverige RCT		Sjukskriven < 2 v (n=180) ♀=47 % ♂=53 %	2) Intensivt träningsprogram som leddes av en sjukgymnast, 3 ggr/v under 8 v. (n=60)			Självrapporterat och registerdata	
Sinclair <i>et al.</i> 1997	Försäkrade hos delstatens WCB <sup>3</sup> maj 1993 – nov 1993.	Ryggskada	Funktionsorienterad individuali- serad icke-farmakologisk smärtlin- dring, inklusive mobilisering och olika sjukgymnastiska metoder. Ök- ande intensitet, från 1 till 4 tim per dag under en tidsperiod av 4 – 6 v. (n=558)	Icke-deltagare. (n=327)	52 v	Antal sskr-dgr under 365 dgr efter skadan. Registerdata.	Inga skillnader mellan deltagare och icke-deltagare.
Ontario Kanada CT		Sjukskriven > 3 v (n=885) ♀=48 % ♂=52 %					

<sup>3</sup> Workers compensation Board of Ontario

**Tabell 5.** Rörelseorganens sjukdomar, Behandlingsstudier, Manuel terapi och annan passiv behandling eller träning

Författare År Land Design	Studiebas	Diagnos Studie- population	Intervention	Kontrollgrupp(er)	Upp- följning	Definition av Åter i arbete	Resultat
Stankovic <i>et al.</i> 1990	Ej rapporterat	Ländryggs- smärta	Behandling enligt McKenzie metoden. (n=50)	Ryggskola. (n=50)	52 v	1) Antal själv- rapporterade sskr-dgr till återgång i arbete.	1) Upp till 6 v var graden av återgång i arbete högre för deltagarna i interventionsgruppen.
Stankovic <i>et al.</i> 1995		Sjukskriven < 4 v (n=100) ♀=23 % ♂=77 %			5 år		2) Deltagarna i interventions- gruppen hade under återfallen i genomsnitt 27 sskr-dgr det första året jämfört med 40 dgr i kontrollgruppen. För perioden 1-5 år hade interventionsgruppen i genomsnitt 84 sskr-dgr och kontroll- gruppen hade 104 sskr-dgr.
Storheim <i>et al.</i> 2003	Personer i 2 fyl- ken nära Oslo, mars 1998 – april 2001. (n=150 000)	Ländryggs- smärta	(a) Undervisning om bl. a. smärtans orsaker, om hur man kan undvika nya smärtattacker, hur man ska hantera smärta om den ändå uppkommer. Två konsultationer med specialitälkare och en sjukgymnast. (n=34)	Ordinarie vård (n=29)	18 v.	Antal sskr-dgr under uppfölj- ningsstiden.	Inga skillnader mellan grupperna.
Norge RCT		Sjukskriven 8 – 12 v (n=93) ♀=48 ♂=45	(b) Intensiv träning under en 15- veckorsperiod. Minst 3 pass i veckan rekommenderas. Träningen är en modifierad version av "the Norwegian Aerobic Fitness Model". (n=30)			Deltid räknas om till hela dagat.  Registerdata.	

**Tabell 6.** Rörelseorganens sjukdomar, Arbetsplatsexponeringar

Författare År Land	Studiebas	Studie- population	Diagnos	Undersökta arbetsfaktorer	Uppföljning	Definition av Åter i arbete	Resultat
Abasolo <i>et al.</i> 2008	3 hälsodistrikt (av 11) i Madrid, mars 1998 – mars 1999.	Sjukskriven i genomsnitt 5 dgr (n=3311) ♀=50 % ♂=50 %	Besvär från rörelseorganen	* Stillasittande arbete under långa perioder * Stående i långa perioder * Måste arbeta på huk ibland * Olika böjda arbetsställningar * Stå på knä regelbundet * Tunga lyft * Fysiskt krävande arbete * Repetitivt arbete * Regelbundet arbete med lyfta armar * Vibrationer i arbetet * Trygga anställningsförhållanden * Vikarie under sjukfrånvaron * Arbetsinnehåll * Egenföretagare	18 mån	Antal sskr-dgr <sup>1</sup> till återgång i arbete.  Registerdata	Återgång i arbete fördröjdes om man var kroppsarbetare, om man var egenföretagare, om det fanns vikarie under sjukfrånvaron och om man måste arbeta stående långa perioder.
Crook <i>et al.</i> 1998	Arbetare försäkrade hos WCBO <sup>2</sup> under 19 mån, tro- ligen i mitten av 1990-talet.	Sjukskriven 91-97 dgr (n=148) ♀=47 % ♂=53 %	Besvär från rörelseorganen	* Tunga lyft * Obekväma arbetsställningar * Störande bakgrundsljud * Monotona arbetsuppgifter * Vibration i arbetet * Social isolering * Skriftarbete * Kommer ej överens med kollegor/chef * Krav * Övertid * Emotionellt ansträngande arbete	3, 9, 15 och 21 mån	Självrapporterad återgång i arbete vid uppföljningarna.  Kontrollerat mot registerdata.	Arbetsexponeringarna hade ingen effekt.

<sup>1</sup> Sjukskrivningsdagar

<sup>2</sup> Workers compensation Board of Ontario

**Tabell 6.** Rörelseorganens sjukdomar, Arbetsplatsexponeringar

Författare År Land	Studiebas	Studie- population	Diagnos	Undersökta arbetsfaktorer	Uppföljning	Definition av Åter i arbete	Resultat
Ekberg <i>et al.</i> 1996	Alla yrkes- arbetande i en liten ort i Sverige under 15 månader.	Sjukskriven < 4 v (n=93) ♀=74 ♂=19	Nack/ skulder/ arm/övre thorax smärtor	* Obekväma arbetsställning sittande eller stående * Ensidigt arbete * Arbete med lyfta armar * Repetitiva rörelser som kräver precision * Hög arbetstakt * Krav på uppmärksamhet * Arbetsplanering * Anställningstrygghet * Restriktioner i arbetet * Vaghet i arbetsuppgifter * Arbetsinnehåll * Arbetsklimat	12 mån	Antal sskr-dgr under uppföljningen.  Registerdata.	Otillfredsställande arbetsinnehåll och obekväma sittande arbetsställning ökade risken för lång sjukskrivningstid.
Franche <i>et al.</i> 2007	Försäkrad hos WSIB <sup>3</sup> (ung. 69 %), jan 2005 – juni 2005.	Sjukskriven < 5 dgr under de första 2 v efter skadan. (n=632) ♀=45 % ♂=55 %	Ryggvärk eller sjuk- domar i de övre extre- miteterna.	* Tidig kontakt med arbetsplatsen * Anpassning av arbetet * Kontakt mellan sjukvård/arbetsplats * Råd från sjukvården till arbetsplatsen * Ergonomisk genomgång av arbetsplatsen * Rehabkoordinator	1 och 6 mån	Självrapporterat antal förlorade arbetsdagar under det första halvåret efter skadan.  Jämförs med registerdata.	De som erbjöds och accep- terade arbetsplatsanpassning återgick i arbete ungefär dubbelt så fort som de som inte erbjöds eller avböjde åtgärden. Samma effekt hade det om arbetsplatsen fick råd från sjukvården.
Hagen <i>et al.</i> 2005	Personer till- hörande ett lokalt kontor av Trygdeetaten <sup>4</sup> .	Sjukskriven 8 – 12 v (n=457) ♀=48 % ♂=52 %	Länd- ryggs- smärta	* Tunga lyft * Arbete med händerna ovanför axelhöjd * Repetitiva rörelser * Arbetsställningar som är påfrestande för ryggen * Hög mental arbetsbelastning * Trygga anställningsförhållanden	3 och 12 mån	Ej sjukskriven vid uppföljningarna.  Registerdata.	Efter 3 mån fördrojes återgång i arbete av ”arbetsställningar som är påfrestande för ryggen” Ingen av faktorerna hade betydelse efter 12 mån.

<sup>3</sup> Ontario Workplace Safety and Insurance Board

<sup>4</sup> Norges (dåvarande) myndighet för administration av sjukförsäkringen.

**Tabell 6.** Rörelseorganens sjukdomar, Arbetsplatsexponeringar

Författare År Land	Studiebas	Studie- population	Diagnos	Undersökta arbetsfaktorer	Uppföljning	Definition av Åter i arbete	Resultat
Hiebert <i>et al.</i> 2003	Ett service- företag i centrala New York, jan 1991 – juni 1992. (n=16 000)	Sjukskriven (n=240) ♀=9 % ♂=91 %	Ländryggs- smärta	* Återgång i arbete med restriktioner	1 år	Antal sjukdagar till återgång i arbete.  Registerdata.	Anpassat arbete predicerade inte återgång i arbete.
Hogg- Johnson <i>et al.</i> 2003	Personer i som anmält arbets- skada till del- statens WCB <sup>5</sup> . (n=12 182)	Sjukskriven < 21 dgr (n=907) ♀=51 % ♂=49 %	Mjukdels- skador från ländrygg, övre och nedre extremitet.	* Kontakt med arbetsplatsen efter insjuknandet * Anpassning av arbetsuppgifter för att underlätta återgång i arbete * Chefens och medarbetarnas attityd till sjukdomen * Anställningstrygghet * Arbetsstillfredsställelse * Åter i ordinarie arbete trots skada * Risk att åter insjukna vid återgång i ordinarie arbete * Arbetsplatsens storlek * Chefen finns på plats på arbetsplatsen	1 år	Längden på den första utbetalda perioden från sjukförsäkringen under max 1 år.  Registerdata.	Anpassning av arbetsupp- gifterna var av värde för de med oförändrade smärtor.
Infante- Rivard <i>et al.</i> 1996	Alla med arbetskada som remitte- rades till två rehabcentra i Montreal, nov 1988 – maj 1992.	Sjukskriven (n=305) ♀=26 % ♂=74 %	Länd- ryggs- smärta	* Arbetet medför tunga lyft * Hög fysisk belastning * Repetitivt arbete * Kan ta paus vid behov * Trivsel * Arbetsplatsens storlek * Ackordsarbete * Anställningstid	Som längst 1228 dagar	Antal dagar från behandlingsens början till återgång i arbete i full utsträckning.	Längre anställningstid ledde till större chans att återgå i arbete. Dessutom fanns det ett svagt samband för de som hade möjlighet att ta pauser vid behov och återgång i arbete.

<sup>5</sup> Workers Compensation Board

**Tabell 6.** Rörelseorganens sjukdomar, Arbetsplatsexponeringar

Författare År Land	Studiebas	Studie- population	Diagnos	Undersökta arbetsfaktorer	Uppföljning	Definition av Åter i arbete	Resultat
Krause <i>et al.</i> 2001	Arbetare för- säkrade hos ett av tre lokala kontor hos ett stort försäk- ringsbolag, jan 1994 – dec 1996. (n=230,000)	Sjukskriven > 1 dag inom 14 dgr efter skadetilfället (n=433) ♀=130 ♂=303	Länd- ryggs- smärta	* Fysisk arbetsbelastning * Tunga lyft * Vibrationer * Psykologiska krav * Kontroll över arbetet * Arbetsbelastning/Stress * Stöd från chefer och medarbetare * Flexibilitet * Arbetsstillfredsställelse * Arbetsplatsens storlek	Ej angivet	Antal sskr-dgr till återgång i arbete.  Registerdata.	Höga psykiska krav, dåligt stöd från chefer och hög fysisk arbetsbelastning fördröjde återgång i arbete för alla sjukdomsfaser. Hög kontroll i arbetet befrämjade återgång i arbete, men bara efter 30 dgr från insjuknande (Krause <i>et al.</i> 2001). Tunga lyft leder till längre sjukperiod (Dasinger <i>et</i> <i>al.</i> 2000).
Lotter <i>et al.</i> 2006	Detagarna till studien vär- vades av före- tagsläkare samt från ett från- varoregister vid ett stort företagshälso- vårdscenter.	Sjukskriven 2 – 6 v (n=253) ♀=30 % ♂=70 %	Besvär med rörelse- organen	* Fysisk belastning * Vibrationer * Repetitivt arbete * Arbete med böjd nacke * Krav * Handlingsfrihet * Befogenheter * Relation till medarbetare/chef * Konflikter på arbetsplatsen	12 mån	Återgång i ordinarie arbete utan rest- riktioner.  Registerdata.	För personer med länd- ryggsmärta hade arbets- platsfaktorerna ingen be- tydelse. För personer med besvär från nacke, axlar och armar så fördröjdes återgång i arbete av hög fysisk belastning.
Nordin <i>et al.</i> 1997	Arbetare anställda hos NYCTA <sup>6</sup> och Con Ed <sup>7</sup> , mars 1994 – juli 1995. (n=59 000)	Sjukskriven < 1 v (n=162) ♀=12 % ♂=88 % (alla 557 som svarat )	Länd- ryggs- smärta	* Fysisk belastning * Vibrationer * Arbetsstillfredsställelse	28 dgr	Sjukskriven mer än 28 dgr räknas som fördröjd återgång i arbete.  Registerdata.	Vibrationer fördröjde återgång i arbete.

<sup>6</sup> New York City Transit Authority

<sup>7</sup> Consolidated Edison

**Tabell 6.** Rörelseorganens sjukdomar, Arbetsplatsexponeringar

Författare År Land	Studiebas	Studie- population	Diagnos	Undersökta arbetsfaktorer	Uppföljning	Definition av Åter i arbete	Resultat
Schultz <i>et al.</i> 2002	Försäkrad hos WCB-BC <sup>8</sup> .	Sjukskriven 4–6 v (n = 192)	Länd- ryggs- smärta och kronisk ryggvärk	* Fysiska krav * Psykologiska krav * Handlingsfrihet * Befogenheter * Säker arbetsmiljö * Stöd från chefer och medarbetare * Anställningstid * Antal år i yrket	3 mån	Självrapporterad återgång i arbete vid uppföljning.	Arbetsfaktorerna hade ingen betydelse.
Kanada		Sjukskriven 6–12 mån. (n = 61) (n=253) ♀=27 % ♂=73 %					
Shaw <i>et al.</i> 2005	Deltagare, 18- 80 år, i New England- regionen, sept 2000 – okt 2002.	Sjukskriven < 14 dgr (n=568) ♀=32 % ♂=68 %	Länd- ryggs- smärta	* Fysiska krav * Möjlighet till anpassat arbete * Chefstöd * Anställningstid * Företagets storlek	1 mån	Självrapporterad arbetsstatus vid uppföljning.	Högre sannolikhet till återgång i arbete vid längre anställnings- tid. Starkast effekt om det fanns möjlighet till arbets- anpassning. Sannolikheten till återgång i arbete var lägre vid höga fysiska krav.
USA							
Soucy <i>et al.</i> 2006	Försäkrade hos CSST <sup>9</sup> , apr 2002 – aug 2003.	Sjukskriven 2 – 9 v (n=437) ♀=43 % ♂=57 % (vid 6 mån)	Länd- ryggs- smärta	* Psykologiska krav * Stress * Arbetsstillfredsställelse * Stöd på arbetsplatsen * Delaktighet * Rådsla för försämrad hälsa * Trygg arbetsmiljö * Antal år i yrket * Arbetsplatsens storlek * Arbetsklimat	6 mån	Självrapporterad arbetsstatus vid uppföljning.	Stress på arbetet och rädsla för försämrad hälsa fördröjde återgång i arbete. Stöd på arbetsplatsen befrämjade återgång i arbete.
Quebec Kanada							

<sup>8</sup> Workers compensation Board of British Columbia

<sup>9</sup> Commission de la santé et de sécurité du travail

**Tabell 6.** Rörelseorganens sjukdomar, Arbetsplatsexponeringar

Författare År Land	Studiebas	Studie- population	Diagnos	Undersökta arbetsfaktorer	Uppföljning	Definition av Åter i arbete	Resultat
Storheim <i>et al.</i> 2005	Personer i två fylken nära Oslo, mars 1998 – april 2001.	Sjukskriven 8 – 12 v (n=93) ♀=48 ♂=45	Länd-ryggs-smärta	* Fysisk belastning * Tungta lyft * Repetitivt arbete * Psykologiskt krävande arbete * Arbetsstillfredsställelse * Stöd från chef/kollegor * Arbetsklimat * Arbete med oregelbundna tider	18 v.	Antal sammanlagda sskr-dgr till återgång i arbete i full utsträckning.  Registerdata.	Ingen av de undersökta arbetsfaktorena predicerade återgång i arbete.
Norge							
van der Giezen <i>et al.</i> 2000	Data från en internationell komparativ longitudinell Holländsk studie, nov 1994 – feb 1995.	Sjukskriven 90 dgr (n=328) ♀=41 % ♂=59 % (Andelen från alla inviterade i studien n=1890)	Länd-ryggs-smärta	* Fysisk belastning * Deltidsarbete * Psykologiska krav * Delaktighet/påverkan * Arbetsstillfredsställelse * Anställningstrygghet * Socialt stöd på arbetsplatsen * Anställningstid * Arbetsplatsens storlek * Lönenivå * Regelbundet övertidsarbete	1 år	Självrapporterad återgång i arbete i någon utsträckning vid uppföljning.	Hög arbetsstillfredsställelse befrämjade återgång i arbete.
Nederländerna							
van der Weide <i>et al.</i> 1999	8 företagsläkarmottagningar.	Sjukskriven > 10 dgr (n=120) ♀=80 ♂=40	Länd-ryggs-smärta	* Fysiskt ansträngande arbete * Fysisk belastning * Ensidigt arbete * Psykologiskt ansträngande arbete * Arbetsstillfredsställelse * Stöd chef/medarbetare * Handlingsfrihet * Arbetstempo * Yrkesområde * Antal år i yrket * Arbetstid * Råd från sjukvården till arbetsplatsen	3 och 12 mån	Tid till återgång i arbete utan restriktioner.  Registerdata.	Problem med kollegor, högt arbetstempo och hög arbetsbelastning fördröjde återgång i arbete efter 12 mån. Inga arbetsfaktorer predicerade återgång i arbete efter 3 mån.
Nederländerna							



**Tabell 6.** Rörelseorganens sjukdomar, Arbetsplatsexponeringar

Författare År Land	Studiebas	Studie- population	Diagnos	Undersökta arbetsfaktorer	Uppföljning	Definition av Åter i arbete	Resultat
van Duijn <i>et al.</i> 2005	Frånvaroregister hos en stor företagshälsovårdsgivare.	Sjukskriven 2 – 6 v (n=164) ♀=35% ♂=65%	Besvär med rörelseorganen	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Fysiskt ansträngande arbete</li> <li>* Tungt lyft</li> <li>* Regelbundet stående arbete</li> <li>* Regelbundet arbete med händerna ovanför axelhöjd</li> <li>* Regelbundet arbete knästående</li> <li>* Böjda arbetsställningar</li> <li>* Krav i arbetet</li> <li>* Handlingsfrihet</li> <li>* Befogenheter på arbetet</li> <li>* Dåliga relationer på arbetsplatsen</li> <li>* Antal år i yrket</li> <li>* Arbetstid</li> </ul>	1 år	Antal sskr-dgr till återgång i ordinarie arbete utan restriktioner.	Inga av de undersökta arbetsfaktorerma predicerade återgång i arbete.
Nederländerna						Registerdata.	

## Arbetsfaktorer – Rörelseorganens sjukdomar

**Tabell 7.** Undersökta samband mellan arbetsfaktorer och återgång i arbete.  
(+ positivt för arbetsåtergång, - negativt för arbetsåtergång, = inget samband)

Undersökta arbetsplatsfaktorer	Samband återgång i arbete - studie
Fysisk karaktär	
Ansträngande/tungt arbete	- (Dasinger <i>et al.</i> 2000, Hagen <i>et al.</i> 2005, Krause <i>et al.</i> 2001) = (Abasolo <i>et al.</i> 2008, van der Weide <i>et al.</i> 1999, van Duijn <i>et al.</i> 2005)
Armlyftningar	= (Abasolo <i>et al.</i> 2008, Ekberg <i>et al.</i> 1996, van Duijn <i>et al.</i> 2005)
Begränsning av arbete	= (Hiebert <i>et al.</i> 2003)
Belastande ställning /rygg	- (Hagen <i>et al.</i> 2005)
Ergonomiskt råd/stöd	+ (Franche <i>et al.</i> 2007) (Lotters <i>et al.</i> 2006, Shaw <i>et al.</i> 2005)
Fysiska krav/belastning	= (Infante-Rivard <i>et al.</i> 1996, Nordin <i>et al.</i> 1997, Schultz <i>et al.</i> 2002, Storheim <i>et al.</i> 2005, van der Giezen <i>et al.</i> 2000, van der Weide <i>et al.</i> 1999)
Obekvämt sittande arbetsställning	- (Ekberg <i>et al.</i> 1996)
Obekvämt stående arbetsställning	= (Ekberg <i>et al.</i> 1996)
Olika böjda arbetsställningar	= (Abasolo <i>et al.</i> 2008, Lotters <i>et al.</i> 2006, van Duijn <i>et al.</i> 2005) (Abasolo <i>et al.</i> 2008, Crook <i>et al.</i> 1998, Ekberg <i>et al.</i> 1996, Hagen <i>et al.</i> 2005, Infante-Rivard <i>et al.</i> 1996, Lotters <i>et al.</i> 2006, Storheim <i>et al.</i> 2005)
Repetitivt arbete	= (Abasolo <i>et al.</i> 2008)
Stillasittande arbete	- (Abasolo <i>et al.</i> 2008)
Stående långa perioder	= (van Duijn <i>et al.</i> 2005) - (Abasolo <i>et al.</i> 2008, Dasinger <i>et al.</i> 2000)
Tunga lyft	= (Hagen <i>et al.</i> 2005, Infante-Rivard <i>et al.</i> 1996, Storheim <i>et al.</i> 2005, van Duijn <i>et al.</i> 2005) - (Nordin <i>et al.</i> 1997)
Vibrationer i arbetet	= (Abasolo <i>et al.</i> 2008, Crook <i>et al.</i> 1998, Dasinger <i>et al.</i> 2000, Lotters <i>et al.</i> 2006)

**Tabell 7.** Undersökta samband mellan arbetsfaktorer och återgång i arbete.  
(+ positivt för arbetsåtergång, - negativt för arbetsåtergång, = inget samband)

Undersökta arbetsplatsfaktorer	Samband återgång i arbete - studie
Psykosocial karaktär	
Ansträngande/stressigt arbete	- (Soucy <i>et al.</i> 2006) = (Hagen <i>et al.</i> 2005, Krause <i>et al.</i> 2001)
Arbetsklimat	= (Crook <i>et al.</i> 1998, Ekberg <i>et al.</i> 1996, Soucy <i>et al.</i> 2006, Storheim <i>et al.</i> 2005)
Arbetsplanering	= (Ekberg <i>et al.</i> 1996)
Arbetsstillfredsställelse	= (Hogg-Johnson <i>et al.</i> 2003, Infante-Rivard <i>et al.</i> 1996, Krause <i>et al.</i> 2001, Nordin <i>et al.</i> 1997, Soucy <i>et al.</i> 2006, Storheim <i>et al.</i> 2005, van der Weide <i>et al.</i> 1999) + (van der Giezen <i>et al.</i> 2000)
Befogenhet/beslutsfattande i arbetet	= (Schultz <i>et al.</i> 2002, van Duijn <i>et al.</i> 2005)
Delaktighet/påverkan	= (Lotters <i>et al.</i> 2006, Soucy <i>et al.</i> 2006, van der Giezen <i>et al.</i> 2000)
Dåligt stöd/chef	- (Krause <i>et al.</i> 2001) = (van der Weide <i>et al.</i> 1999, van Duijn <i>et al.</i> 2005)
Dåligt stöd/medarbetare	= (van Duijn <i>et al.</i> 2005) - (van der Weide <i>et al.</i> 1999)
Emotionellt ansträngande arbete	= (van der Giezen <i>et al.</i> 2000, van der Weide <i>et al.</i> 1999)
Ensidigt arbete	= (Ekberg <i>et al.</i> 1996, van der Giezen <i>et al.</i> 2000, van der Weide <i>et al.</i> 1999)
Handlingsfrihet	= (Lotters <i>et al.</i> 2006, Schultz <i>et al.</i> 2002, van der Weide <i>et al.</i> 1999, van Duijn <i>et al.</i> 2005)
Hög arbetsbelastning/arbetstempo	= (Ekberg <i>et al.</i> 1996, Hagen <i>et al.</i> 2005, van der Giezen <i>et al.</i> 2000, van Duijn <i>et al.</i> 2005) - (van der Weide <i>et al.</i> 1999)
Hög grad av kontroll	+ (Krause <i>et al.</i> 2001)
Höga krav/låg kontroll	- (Krause <i>et al.</i> 2001) = (Schultz <i>et al.</i> 2002)
Konflikter på arbetsplatsen	= (Crook <i>et al.</i> 1998, Lotters <i>et al.</i> 2006)
Mentala krav i arbetet	= (Crook <i>et al.</i> 1998, Ekberg <i>et al.</i> 1996, Lotters <i>et al.</i> 2006, Schultz <i>et al.</i> 2002, Soucy <i>et al.</i> 2006, Storheim <i>et al.</i> 2005, van Duijn <i>et al.</i> 2005)
Rädsla för försämrad hälsa	- (Soucy <i>et al.</i> 2006)
Social isolering	= (Crook <i>et al.</i> 1998)
Stress i arbetet	- (Soucy <i>et al.</i> 2006) = (Hagen <i>et al.</i> 2005, Krause <i>et al.</i> 2001) + (Soucy <i>et al.</i> 2006)
Stöd/chef	= (Hogg-Johnson <i>et al.</i> 2003, Lotters <i>et al.</i> 2006, Schultz <i>et al.</i> 2002, Shaw <i>et al.</i> 2005, Storheim <i>et al.</i> 2005, van der Giezen <i>et al.</i> 2000)
Stöd/medarbetare	= (Hogg-Johnson <i>et al.</i> 2003, Krause <i>et al.</i> 2001, Lotters <i>et al.</i> 2006, Schultz <i>et al.</i> 2002, Storheim <i>et al.</i> 2005)
Störande bakgrundsljud	= (Crook <i>et al.</i> 1998)
Vaghet i arbetsuppgifter	= (Ekberg <i>et al.</i> 1996)

---

**Arbetsorganisation**

---

Ackordsarbete	=	(Infante-Rivard <i>et al.</i> 1996)
Anpassat arbete/flexibla arbetsuppgifter	= +	(Ekberg <i>et al.</i> 1996, Krause <i>et al.</i> 2001) (Franche <i>et al.</i> 2007, Hogg-Johnson <i>et al.</i> 2003, Shaw <i>et al.</i> 2005)
Anställningstid	= +	(Schultz <i>et al.</i> 2002, van der Giezen <i>et al.</i> 2000) (Infante-Rivard <i>et al.</i> 1996, Shaw <i>et al.</i> 2005)
Antal år i yrket	=	(Schultz <i>et al.</i> 2002, Soucy <i>et al.</i> 2006, van der Weide <i>et al.</i> 1999, van Duijn <i>et al.</i> 2005)
Arbete med oregelbundna tider	=	(Crook <i>et al.</i> 1998, Storheim <i>et al.</i> 2005)
Chefen finns på arbetsplatsen	=	(Hogg-Johnson <i>et al.</i> 2003)
Deltidsarbete/omfattning arbetstid	=	(Abasolo <i>et al.</i> 2008, van der Giezen <i>et al.</i> 2000, van der Weide <i>et al.</i> 1999, van Duijn <i>et al.</i> 2005)
Kan ta paus vid behov	+	(Infante-Rivard <i>et al.</i> 1996)
Lönenivå	=	(van der Giezen <i>et al.</i> 2000)
Organisationsstorlek	=	(Dasinger <i>et al.</i> 2000, Hogg-Johnson <i>et al.</i> 2003, Infante-Rivard <i>et al.</i> 1996, Shaw <i>et al.</i> 2005, Soucy <i>et al.</i> 2006, van der Giezen <i>et al.</i> 2000)
Otillfredsställande arbetsinnehåll	-	(Ekberg <i>et al.</i> 1996)
Risk att åter bli sjuk efter? återgång i arbete	=	(Hogg-Johnson <i>et al.</i> 2003)
Säker arbetsmiljö	=	(Schultz <i>et al.</i> 2002, Soucy <i>et al.</i> 2006)
Trygga anställningsförhållanden	=	(Abasolo <i>et al.</i> 2008, Ekberg <i>et al.</i> 1996, Hagen <i>et al.</i> 2005, Hogg-Johnson <i>et al.</i> 2003, van der Giezen <i>et al.</i> 2000)
Yrkesområde/grupp	- =	(Abasolo <i>et al.</i> 2008) (van der Weide <i>et al.</i> 1999)
Åter i arbete trots skada	=	(Hogg-Johnson <i>et al.</i> 2003)

---

**Övriga arbetsrelaterade faktorer**

---

Rehabiliteringskoordinator	=	(Franche <i>et al.</i> 2007)
Rådgivning/kontakt sjukvård-arbetsplats	+ =	(Franche <i>et al.</i> 2007) (van der Weide <i>et al.</i> 1999)
Tidiga kontakter med den sjukskrivne	=	(Franche <i>et al.</i> 2007, Hogg-Johnson <i>et al.</i> 2003)

---

## Evidenstabeller - ”Lättare” psykisk ohälsa

Tabell 8. Lättare psykisk ohälsa, Behandlingsstudier

Författare År Land Design	Studiebaser	Diagnos Studie- population	Intervention	Kontrollgrupp(er)	Upp- följning	Definition av Åter i arbete	Resultat
Blonk <i>et al.</i> 2006	Egenföretagare, rekryterade från ett privat försäkringsbolag.	Arbetsrelaterade psykiska besvär	i) KBT <sup>1</sup> , 11 sessioner om 45 min 2 ggr per v. (n=40) ii) Kombinerad intervention, 5 - 6 sessioner i bl.a. stresshantering om 1 tim 2 ggr i v. (n=40)	Ordinarie vård. (n=42)	4 och 10 mån	1) Tid till återgång i arbete i någon utsträckning. 2) Tid till återgång i arbete i full utsträckning.	Resultatet visade att deltagarna som erhöll den kombinerade interventionen återgick snabbare i arbete, både i full och i någon utsträckning, jämfört med både KBT och ordinarie vård. Ingen skillnad för återgång i arbete, varken i full eller i någon utsträckning, mellan KBT och ordinarie vård.
Nederländerna RCT		Sjukskriven (n= 122) ♀=19 % ♂=81 %					
Brouwers <i>et al.</i> 2006	Patienter hos 70 allmänläkare i staden Almere, aug 2001 – juli 2003.	Milda psykiska besvär	Behandling i tre steg: i) identifiera problemet, ii) lista problemen och sätta upp problemlösande strategier samt iii) implementera strategierna i vardagslivet. 5 sessioner à 50 min under 10 v. (n=98)	Ordinarie vård. (n=96)	18 mån	Antal självrapporterade sskr-dgr <sup>2</sup> till återgång i arbete med eller utan restriktioner.	Inga skillnader mellan grupperna.
Brouwers <i>et al.</i> 2007		Sjukskriven < 3 mån (n=194) ♀=59 % ♂=41 %					
Nederländerna RCT							

<sup>1</sup> Kognitiv beteendeterapi

<sup>2</sup> Sjukskrivningsdagar

**Tabell 8.** Lättare psykisk ohälsa, Behandlingsstudier

Författare År Design	Studiebaser	Diagnos Studie- population	Intervention	Kontrollgrupp(er)	Upp- följning	Definition av Åter i arbete	Resultat
de Vente <i>et al.</i> 2008	Patienter rekryterade av företags- och allmänläkare samt från annonser.	Arbetsrelaterad stress  Sjukskriven 2 v - 6 mån (n=82) ♀=32 ♂=50	Stresshantering, 12 individuella KBT- sessioner. (n=28)	1) Stresshantering i grupper om sju patienter och två terapeuter. (n=28)  2) Ordinarie vård. (n=26)	10 mån.	1) Antal sskrdgr till återgång i arbete i full utsträckning.  2) Antal sskrdgr under uppföljning.	Inga skillnader mellan grupperna.
Nystuen <i>et al.</i> 2006	Personer tillhörande ett av sex lokala kontor av "Trygde-etaten" i Oslo, feb 2002 –feb 2003.	Besvär från rörelseorganen eller lättare psykisk ohälsa.  Sjukskriven > 7 v (n=103) ♀=76 % ♂=24 %	Lösningfokuserad gruppterapi, åtta träffar där deltagarna diskuterade strategier för "coping" och satte upp realistiska mål för framtiden. (n=53)	Ordinarie vård (n=50)	6 och 12 mån	1) Antal sskrdgr under uppföljningsperioden.  2) Åter i arbete i någon utsträckning efter 6 mån	Interventionen hade ingen effekt.
Norge RCT						Självrapporterat	Självrapporterat och registerdata

**Tabell 8.** Lättare psykisk ohälsa, Behandlingsstudier

<b>Författare År Land Design</b>	<b>Studiebas</b>	<b>Diagnos Studie- population</b>	<b>Intervention</b>	<b>Kontrollgrupp(er)</b>	<b>Upp- följning</b>	<b>Definition av Åter i arbete</b>	<b>Resultat</b>
van der Klink <i>et al.</i> 2003	Anställda inom Post och tele- service (KPN), maj 1995 – juli 1996. (n=100 000)	Lättare psykiska besvär	Ett aktiverande program i en trestegsmodell, i likhet med stresshantering, i form av KBT behandling (n=109)	Ordinarie vård (n=83)	3 och 12 mån	1) I arbete vid uppföljningarna 2) Antal sskr- dgr till återgång i arbete i någon utsträckning 3) Antal sskr- dgr till återgång i arbete i full utsträckning 4) Totalt antal sskr-dgr under uppföljnings- tiden	Efter 3 mån hade fler patienter i interventionsgruppen återgått i arbete i någon utsträckning, 98 % jämfört med 87 % i kontrollgruppen. Det var ingen signifikant skillnad mellan grupperna med avseende på återgång i arbete i full utsträckning. Efter 12 mån hade alla i båda grupperna återgått i arbete i full utsträckning. Genomsnittstiden till återgång i arbete i någon utsträckning var 36 dgr i interventionsgruppen och 53 dgr i kontrollgruppen. Ingen signifikant skillnad för återgång i full utsträckning. Den totala sjukskrivningstiden var 49 dgr i interventionsgruppen och 73 dgr i kontrollgruppen.
Neder- länderna RCT		Sjukskriven > 2 v (n=192) ♀=37 % ♂=63 %					Registerdata

Tabell 9. Lättare psykisk ohälsa, Arbetsplatsexponeringar

Författare År Land	Studiebass	Studie- population	Diagnos	Undersökta arbetsfaktorer	Uppföljning	Definition av Åter i arbete	Resultat
Nieuwen- huijsen <i>et al.</i> 2004	Anställda inom 9 FHV-enheter tillhörande den holländska sjukförsäkringe n, mars 2001 – feb 2002.	Sjukskriven < 6 v (n=85) ♀=49 ♂=36	Mental ohälsa	*Kommunikation mellan chef och anställd *Arbetsplatsen konsulterar specialister *Främjande av deltidarbete	12 mån	1) Antal sskr-dgr till återgång i arbete i full utsträckning. 2) Antal sskr-dgr till återgång i arbete i någon utsträckning.	Visst stöd redovisas för hypo- tesen att chefens beteende var relaterat till kortare tid till åter- gång i arbete.  Bättre kommunikation mellan chef och medarbetare hade samband med återgång i arbete i full utsträckning hos de som inte var deprimerade. För de med hög grad av depressiva symptom, kunde inget sådant samband fastställas.
Nieuwen- huijsen <i>et al.</i> 2006	Anställda inom 9 FHV-enheter tillhörande den nederländska sjukförsäk- ringen, mars 2001 – feb 2002.	Sjukskriven < 6 v (n=188) ♀=60 % ♂=40 %	Mental ohälsa	*Krav i arbetet *Stöd från medarbetare *Stöd från chefer	3, 6 och 12 mån	Antal sskr-dgr till återgång i arbete utan restriktioner i minst en vecka. Självrapporterat och registerdata.	En frekvent konsultation av experter visade på en längre tid till återgång i arbete, både i full utsträckning och i någon utsträckning.  Inga av de undersökta arbets- faktorerna predicerade återgång i arbete.



## Arbetsfaktorer – ”Lättare” psykisk ohälsa

**Tabell 10.** Undersökta samband mellan arbetsfaktorer och återgång i arbete.  
(+ positivt för arbetsåtergång, - negativt för arbetsåtergång, = inget samband)

Undersökta arbetsplatsfaktorer	Samband återgång i arbete
Fysisk karaktär	Inga studier
Psykosocial karaktär	
Bra kommunikation mellan chef och medarbetare	= (Nieuwenhuijsen <i>et al.</i> 2006) + (Nieuwenhuijsen <i>et al.</i> 2004)
Krav i arbetet	= (Nieuwenhuijsen <i>et al.</i> 2006)
Stöd/chef	= (Nieuwenhuijsen <i>et al.</i> 2006) + (Nieuwenhuijsen <i>et al.</i> 2004)
Arbetsorganisation	Inga studier
Övriga arbetsrelaterade faktorer	
Kontakter/konsultationer från arbetsplatsen	- (Nieuwenhuijsen <i>et al.</i> 2004)

# Sammanfattning

Syftet med detta projekt var att genom en vetenskaplig systematisk litteraturoversikt beskriva vad som främjar återgång i arbete efter sjukskrivning för besvär från rörelseapparaten och s.k. ”lättare” psykisk ohälsa. Två fokus har funnits:

1. Effekten av rehabilitering och andra icke-kirurgiska/farmakologiska interventioner
2. Effekten av förhållanden i arbetsmiljön

Intervention omfattar prevention, såväl primär (för att förhindra ohälsa), sekundär (att bota och lindra ohälsa) som tertiär (begränsa negativa effekter av ohälsa). Rehabilitering finns oftast i gruppen tertiär prevention men kan också räknas till grupperna sekundär och primär prevention. God arbetsmiljö kan ses som en primärpreventiv insats som hindrar ohälsa och ned-satt arbetsförmåga.

Svårigheter finns, främst inom fem områden, vid jämförelser mellan olika studier och hur resultaten kan evidensgraderas och generaliseras.

- Skillnader i försäkringssystem
- Förändringar i arbetsmarknaden över tid och mellan länder
- Definitionen av återgång i arbete är inte entydig.
- Sjukskrivningens längd innan interventionen genomförs
- Tiden mellan interventionen och uppföljningen

Vår systematiska litteraturgenomgång utgick från vetenskapliga originalartiklar, som fanns i litteraturlaserna Medline, PsychInfo, och Cochrane-biblioteket från 900101-081231.

Rörelseorganens sjukdomar innefattar besvär från ländrygg, nacke, skuldra, armar, händer höft, knä, ben och fot. För många av dessa sjukdomar finns ingen specifik diagnos utan de är symtomdiagnoser där smärta och funktionsinskränkning är centrala fenomen. ”Lättare” psykisk ohälsa inkluderade i denna sammanställning är depression, ångest, utbrändhet eller utmattningsdepression samt anpassningsstörning.

Förvånansvärt få studier har på ett vetenskapligt korrekt sätt undersökt effekten av interventioner och arbetsplatsfaktorer när det gäller återgång i arbete efter en kortare eller längre tids sjukskrivning. Området är svårstuderat och säkert finns åtgärder som har god effekt men som inte har kunnat vetenskapligt beläggas.

Det finns ett visst stöd för att multidisciplinär rehabilitering som innehåller komponenter av fysisk aktivitet och psykologisk intervention, lösningsfokuserad KBT eller jämförbart, är positivt för personer som är sjukskrivna för besvär i rörelseorganen. Stödet begränsas till personer med sjukskrivningstider på mellan ca fyra veckor till 4-6 månader. Det finns även stöd för att koordinerad vård och coachning för att komma tillbaka till arbetet är positivt i ett relativt tidigt skede i sjukskrivningen (< 3 månader). Effekterna är dock i flera fall inte stora. Det finns begränsat stöd för psykologiska interventioner som ensam behandlingskomponent.

Med hänsyn till det omfattande fokus på sjukskrivningar för stressdiagnoser (utmattningssyndrom, ”utbrändhet”, utmattningsdepression etc.) som varit i Sverige och vissa andra länder under det senaste årtiondet, är det förvånansvärt få studier publicerade som har sjukskrivning eller återgång i arbete som utfall. De studier som har ingått i vår granskning ger inte något entydigt stöd för några effektiva behandlingsmetoder vid denna typ av besvär.

Det finns stort behov av fler vetenskapliga studier med fokus på återgång i arbete och företrädesvis att man då använder *tiden* till återgång i arbete som utfall. Samtidigt måste hänsyn också tas till återfall i sjukfrånvaro med tanke på att det är relativt vanligt.

Det finns också behov att utvärdera så kallade "screening instrument" som med hög tillförlighet kan prognostisera återgång i arbete för personer sjukskrivna kortare eller längre tid och med olika diagnoser.

Även om en RCT studie under kontrollerade former har visat positiva resultat för en intervention, är det därmed inte sagt att samma grad av resultat uppnås när interventionen ges i reell miljö under mindre kontrollerade former. Många störfaktorer kan då göra sig gällande. För att fastställa hur strikt vetenskapliga resultat fungerar i den mer kaotiska verkligheten behövs stora observationsstudier för att följa upp hur nya interventioner fungerar inom vården och i arbetslivet.

# Summary

The aim of this project was to undertake a scientific systematic literature review and synthesis in order to describe what measures promote return to work in musculoskeletal disorders and so-called "mild" mental illness. The review has two focuses:

1. Effects of rehabilitation and other non invasive/pharmacological interventions
2. Effects of work related factors

The interventions include prevention, both primary (to prevent ill health), secondary (to cure and alleviate illness) to tertiary (limiting the negative effects of ill health). Rehabilitation is often considered tertiary prevention but may also relate to secondary and primary prevention. A good work environment can be considered primary prevention by decreasing poor health and low work ability.

There are difficulties, especially within five areas, when comparing studies and how these studies could be evidence graded and generalized.

- Differences in insurance systems
- Changes of the labor market over time and between countries
- Definitions of return to work are not unanimous
- The length of the sickness absence before intervention
- The time between intervention and follow up

Our systematic literature review was based on original scientific articles, referenced in the literature databases MEDLINE, PsychInfo, and Cochrane Library from January 1990 until December 2008.

Musculoskeletal disorders include disorders of the lumbar spine, neck, shoulders, arms, hands, hips, knees, legs and feet. For many of these disorders there are no specific diagnosis but pain and disability are key phenomena. "Mild" mental illness is defined, in this review, as depression, anxiety, burnout, exhaustion-depression and adjustment disorders.

We found surprisingly few studies where the effect of interventions and workplace factors had been examined, with regards to return to work after a shorter or longer time off work. This research area is complicated and certainly there are effective measures that have not been scientifically verified.

For musculoskeletal disorders there was some evidence that multidisciplinary rehabilitation including components of physical activity and psychological intervention and solution-focused CBT or equivalent, is positive for persons who are on sick leave for musculoskeletal disorders. The effect is limited to persons with sick-leave periods ranging from approximately four weeks to 4-6 months. There is also evidence for coordinated care and coaching in order to get back to work when such measures are introduced in a relatively early stage of sick leave (<3 months). The evidence for psychological intervention alone as a treatment option for musculoskeletal disorders is very limited, and we only found a few studies with positive effects on some subgroups.

Given the extensive focus on sick leave for stress diagnosis (chronic fatigue syndrome, stress, depression, fatigue, etc.) that has been seen in Sweden, and some other countries over the past decade, surprisingly few studies have been published where sick leave or return to

work was used as the outcome. The studies included in our review provided no clear evidence for any effective treatments for these types of disorders.

There is an urgent need for further scientific studies focusing on return to work, and preferable using *time* to return to work outcomes. We also have to focus on recurrence of sick leave, given that it is relatively common. There is also a need to evaluate so-called "screening tools" that with high reliability can predict return to work for persons on sick leave for longer or shorter times, and for different diagnoses. Although an RCT study, under controlled conditions, may show positive results for an intervention, it is thus not to say that the same level of effect is achieved when the intervention is given in "real life" environment under less controlled conditions. Many factors may interfere with assertiveness. In order to determine how such strict scientific results work in the more chaotic reality, large observational studies to monitor how new interventions work in healthcare and at the workplace are needed.

# Appendix 1 – Sökstrategi

## **Begränsningar:**

Publicerad mellan 1990-01-01 och 2008-12-31

Abstract

Människor

Språk: Engelska, Danska, Norska, Svenska

*Sökväg: (A) AND (B) NOT (C) (OR mellan varje term inom respektive block)*

## **Rörelseorganens sjukdomar**

### **Medline**

#### **(A) Återgång i arbete (MesH-termer i fet stil)**

”Return to work”, ”Returns to work”, ”Returned to work”, ”Returning to work”, ”RTW”, ”Back to work”, ”Sick Leave”, ”Insurance Benefits”, ”Insurance Claim Review”.

#### **(B) Söktermer (MesH-termer i fet stil)**

”Musculoskeletal Diseases”, ”Cumulative Trauma Disorders”, ”Neck Pain”, ”Low Back Pain”, ”Back Pain”, ”Myofascial Pain Syndromes”, ”Shoulder Pain”, ”Somatoform Disorders”, ”Arthralgia”, ”Patellofemoral Pain Syndrome”, ”Soft Tissue Injuries”, ”Occupational Diseases”, ”Occupational Health”, ”Arm pain”, ”Hip pain”, ”Knee pain”, ”Foot pain”, ”Ankle Pain”, ”Wrist pain”.

#### **(C) Söktermer (MesH-termer i fet stil)**

”Whiplash Injuries”, ”Fibromyalgia”, ”Fatigue Syndrome, Chronic”, ”Fractures, Bone”, ”Neoplasms”, ”Arthritis”, ”Arthritis-Encephalitis Virus, Caprine”, ”Arthritis, Infectious”, ”Arthritis, Juvenile Rheumatoid”, ”Arthritis, Reactive”, ”Arthritis, Experimental”, ”Arthritis, Psoriatic”, ”Arthritis, Gouty”, ”Arthritis, Rheumatoid”, ”Rheumatic Fever”, ”Osteoarthritis”, ”Lyme Disease”, ”chronic widespread pain”

### **PsychInfo**

#### **(A) Återgång i arbete (Map-termer i fet stil)**

”Reemployment”, ”Return\* to work”, ”RTW”, ”Back to work”, ”Insurance Benefits”, ”Insurance Claim Review”, ”Sick leave”

#### **(B) Söktermer (Map-termer i fet stil)**

”Musculoskeletal disorders”, ”Somatoform pain disorder”, ”Back pain”, ”Myofascial pain”, ”Knee pain”, ”Hip pain”, ”Arm pain”, ”Pain clinics”, ”Neck pain”, ”Low back pain”, ”Shoulder pain”, ”Foot pain”, ”Ankle pain”, ”Wrist pain”, ”Arthralgia”, ”Patellofemoral pain syndrome”, ”Soft tissue injuries”, ”Occupational disease\*”, ”Occupational health”

#### **(C) Söktermer (Map-termer i fet stil)**

”Neoplasms”, ”Rheumatoid Arthritis”, ”Arthritis”, ”Rheumatic Fever”, ”Whiplash”, ”Fibromyalgia”, ”Chronic Fatigue Syndrome”, ”Fracture\*”, ”Chronic widespread pain”

## Lättare psykisk ohälsa

### Medline

#### (A) Återgång i arbete (MesH-termer i fet stil)

"Return to work", "Returns to work", "Returned to work", "Returning to work", "RTW", "Back to work", "Sick Leave" "Insurance Benefits", "Insurance Claim Review".

#### (B) Söktermer (MesH-termer i fet stil)

"Mental Disorders", "Burnout, Professional", "Stress, Psychological", "Anxiety", "Anxiety Disorders", "Depressive Disorder", "Depression", "Adjustment Disorders", "Dysthymic Disorder", "Stress Disorders, Traumatic", "Depressive mood", "Stress related symptoms".

#### (C) Söktermer (MesH-termer i fet stil)

"Brain Injuries", "Brain Injury, Chronic", "Head Injuries, Penetrating", "Cerebrovascular Trauma", "Stress Disorders, Post-Traumatic", "Shaken Baby Syndrome", "Diffuse Axonal Injury", "Coma, Post-Head Injury", "Skull Fracture, Depressed", "Brain Stem Hemorrhage, Traumatic", "Cerebral Hemorrhage, Traumatic", "Head Injuries, Closed", "Glasgow Coma Scale", "Cerebral Palsy", "Akinetic Mutism", "Psychotic Disorders", "Affective Disorders, Psychotic", "Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features", "Shared Paranoid Disorder", "Delirium, Dementia, Amnestic, Cognitive Disorders", "Catalepsy".

### Psychinfo

#### (A) Återgång i arbete (Map-termer i fet stil)

"Reemployment", "Return\* to work", "RTW", "Back to work", "Insurance benefits", "Insurance claim review", "Sick leave"

#### (B) Söktermer (Map-termer i fet stil)

"Mental disorders", "Occupational stress", "Physiological stress", "Anxiety disorders", "Anxiety", "Generalized anxiety disorder", "Panic disorder", "Neurosis", "Postpartum depression", "Depression (emotion)", "Reactive depression", "Spreading depression", "Beck depression inventory", "Recurrent depression", "Atypical depression", "Endogenous depression", "Anaclitic depression", "Treatment resistant depression", "Major depression", "Adjustment disorders", "Dysthymic disorder", "Stress reactions", "Chronic stress", "Stress", "Depressive mood", "Stress related symptoms"

#### (C) Söktermer (Map-termer i fet stil)

"Posttraumatic stress disorder", "Affective disorders, psychotic", "Psychotic features", "Shared paranoid disorder" "Schizophrenia", "Fragmentation (schizophrenia)", "Schizophrenia (disorganized type)", "Childhood schizophrenia", "Undifferentiated schizophrenia", "Catatonic schizophrenia", "Paranoid schizophrenia", "Acute schizophrenia", "Process schizophrenia", "Brain damage", "Traumatic brain injury", "Head injuries", "Cerebrovascular accidents", "Brain damage"

## Appendix 2 – Granskningsprotokoll

Titel	
Granskningsnummer	Granskare
<p><i>Diagnos(er)</i>  <i>Definierade och operationaliserade</i></p> <p><input type="checkbox"/>            <input type="checkbox"/>            <input type="checkbox"/>            <input type="checkbox"/></p> <p>Klar/tydlig   Saknas delvis   Diffus   Saknas helt</p> <p><i>Beskriv:</i></p>	
<p><i>1. Frågeställning, hypotes, eller syfte</i></p> <p><input type="checkbox"/>            <input type="checkbox"/>            <input type="checkbox"/>            <input type="checkbox"/></p> <p>Klar/tydlig   Saknas delvis   Diffus   Saknas helt</p> <p><i>Ange:</i></p>	
<p><i>2. Studiedesign</i></p> <p><input type="checkbox"/>            <input type="checkbox"/>            <input type="checkbox"/>            <input type="checkbox"/></p> <p>RCT   Kohort   Fall-kontroll   Annan kontrollerad intervention,</p> <p style="text-align: center;"><i>Beskriv:</i></p>	
<p><i>3. Studiebas beskriven (tid, plats, person, yrkesgrupp o dyl)</i></p> <p><input type="checkbox"/>            <input type="checkbox"/>            <input type="checkbox"/>            <input type="checkbox"/></p> <p>Ja   Delvis   Diffust   Inte rapporterad</p> <p><i>Beskriv/Kommentar:</i></p>	
<p><i>4. Studiepopulation beskriven (inklusive yrkesgrupp och storlek).  (Om fall-kontroll; även definition av fall, samt urval av kontroller)</i></p> <p><input type="checkbox"/>            <input type="checkbox"/>            <input type="checkbox"/>            <input type="checkbox"/></p> <p>Ja   Delvis   Diffust   Inte rapporterad</p> <p><i>Beskriv/Kommentar:</i></p>	
<p><i>5. Inklusionskriterier beskrivna och rimliga?</i></p> <p><input type="checkbox"/>            <input type="checkbox"/>            <input type="checkbox"/>            <input type="checkbox"/></p> <p>Ja   Delvis   Diffust   Inte rapporterade</p> <p><i>Beskriv:</i></p>	
<p><i>6. Exklusionskriterier beskrivna och rimliga?</i></p> <p><input type="checkbox"/>            <input type="checkbox"/>            <input type="checkbox"/>            <input type="checkbox"/></p> <p>Ja   Delvis   Diffust   Inte rapporterade</p> <p><i>Beskriv:</i></p>	



<p>7. <i>Bortfall rapporterat (vid studiestart och på gruppnivå)</i></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Ja Delvis Diffust Inte rapporterat</p> <p>Beskriv:</p>	
<p>8. <i>Bortfall under studiens uppföljningstid rapporterat (och på gruppnivå)</i></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Ja Delvis Diffust Inte rapporterat</p> <p>Beskriv:</p>	
<p>9. <i>Datainsamlingen beskriven typ av data, hur har data samlats in, lika för alla grupper?</i></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Ja Delvis Diffust Inte rapporterat</p> <p>Beskriv:</p>	
<p>10. [Interventionsstudier]  <i>Typ av intervention (er) inklusive metodbeskrivningen och storlek för respektive grupp</i></p> <p><i>Intervention 1.</i></p> <p><i>Jämförelsegrupp(er):</i></p>	<p>10. [Arbetsplatsexponeringar]  <i>Arbetsplatsexponeringar som har undersökts inklusive metodbeskrivningen och operationaliseringar</i></p>
<p>11. <i>Metod för randomiseringen</i></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Ingen RCT</p>	
<p>12. <i>Randomiseringen sluten och korrekt utförd</i></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Ja Delvis Diffust Inte rapporterade</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Ingen RCT</p> <p>Beskriv:</p>	
<p>13. <i>Uppföljningsperiod, antal tillfällen och längd?: (Vid interventionsstudie; har man rapporterat följsamhet av interventionen?. Han man kontrollerat/rapporterat "cross over" eller andra interventioner under uppföljningsperioden?)</i></p> <p><i>Relevant uppföljningstid för undersökt sjukdomsgrupp alt. relevant för intervention?</i></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Ja Delvis Diffust Inte rapporterat</p> <p>Beskriv:</p>	
<p>14. <i>Utfall definierat och validerat</i></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Ja Delvis Diffust Inte rapporterat</p> <p>Beskriv, hur mätt, hur definierat?</p>	

<p>15. <i>Utfallet evaluerat blint</i></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Ja Delvis Diffust Inte rapporterad</p> <p>Beskriv:</p>
<p>16. <i>Återfall i sjukfrånvaro rapporterad?</i></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Ja Delvis Diffust Inte rapporterad</p> <p>Beskriv:</p>
<p>17. <i>Viktiga baslinjevariabler (inklusive "confounders") rapporterade, valida och tillförlitliga och jämförelse mellan grupper?</i></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Ja Delvis Diffust Inte rapporterade</p> <p>Beskriv:</p>
<p>18. <i>Statistiska analyser korrekta för studiedesign. datamaterialet och forskningsfrågan (inklusive a priori power sample beräkning och intention-to treat analys vid RCT, samt "confounding" kontroll)?</i></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Ja Delvis Diffust Inte rapporterad Kan inte bedöma</p> <p>Beskriv:</p>
<p>19. <i>Annan relevant information:</i></p>
<p>20. <i>Författarnas nyckelresultat och konklusioner:</i></p>
<p>21. <i>Studiens styrkor:</i></p>
<p>22. <i>Studiens svagheter</i></p>
<p>23. <i>Granskarens konklusioner avviker från författarnas? (inklusive kommentar om ev. extern validitet)</i></p>
<p>24. <i>Relevant?</i></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Ja Nej Tveksam</p>
<p><i>Vetenskaplig merit.</i></p> <p><i>Sammanfattande kommentarer inkl. 0 = (ej acceptabel), 1 = (låg) 2 = (acceptabel) 3 = (hög)</i></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>0 1 2 3</p>
<p>25. <i>Lista på för projektet referenser att kontrollera.</i></p>

## Appendix 3 - Sammanfattning av sjukförsäkringssystem

Reglerna för kontantstöd vid sjukdom skiljer sig åt mellan de länder som finns med i vår granskning. Några länder har en mycket generös ersättningsnivå, där ersättningen vid sjukfrånvaro är 100 % av lönen från den första dagen, medan andra länder har någon form av självrisk såsom exempelvis karensdagar där man inte blir ersatt under den första delen av sjukfallet eller att man inte får full täckning för inkomstbortfallet. Studier har visat att ett generöst sjukförsäkringssystem med få självrisker leder till att antalet ersatta sjukdagar per sjukfall ökar och därigenom kan tiden till återgång i arbete förlängas som en orsak av detta.<sup>1</sup>

I vissa länder sköts sjukförsäkringen till största delen av privata försäkringsbolag, i något fall är det arbetsgivarna tagit över administrationen av sjukförsäkringen från staten. Även i de länder där staten ansvarar för sjukförsäkringen så finns en arbetsgivarperiod på några veckor där arbetsgivaren står för utbetalning av ersättning vid sjukfrånvaro. Nedan följer en kort sammanfattning av sjukförsäkringssystemen i de länder som finns med i vår granskning.

### Sverige

Utmärkande för den svenska sjukförsäkringen är att det ända fram till den 1 juli 2008 inte funnits någon borte tidsgräns för hur länge kontantstöd kan utbetalas vid sjukdom. Det har också, jämfört med andra länder, gjorts många ändringar i regelverket för den svenska sjukförsäkringen sedan 1990. I mars 1991 sänktes kontantstödet vid sjukdom från 100 % av lönen till 65 % av lönen de tre första dagarna och 90 % av lönen från dag fyra. Den 1 januari 1992 infördes en arbetsgivarperiod på två veckor. Den 1 april 1993 infördes en karensdag. Den första januari 1996 ändrades kontantstödet till 75 % av lönen alla dagar i sjukfallet. Den första januari 1997 utökades arbetsgivarperioden till fyra veckor. Den 1 april 1998 höjdes kontantstödet till 80 % av lönen och arbetsgivarperioden förkortades till två veckor. Den första juli 2003 förlängdes arbetsgivarperioden till tre veckor. Samtidigt sänktes kontantstödet med några procentenheter till 77,6 % av lönen. Den 1 januari 2005 höjs kontantstödet åter till 80 % av lönen. Arbetsgivarperioden sänks samtidigt till två veckor men arbetsgivarna ålades att betala en sjukpenningavgift på 15 % av sjukpenningkostnaden under hela sjukskrivningens längd. Sjukpenningssavgiften avskaffades den 1 januari 2007. Den 1 juli 2008 infördes en ny lag om sjukförsäkring i Sverige; där den så kallade Rehabiliteringskedjan ingår (för beskrivning se sid 12). Läkarintyg krävs från och med dag åtta i varje sjukfall.  
2,3,4,5,6,7,8

### Norge

Norge har i jämförelse med andra länder ett tämligen generöst sjukförsäkringssystem. Det finns få självrisker. Kontantstödet utbetalas med 100 % av lönen från den första dagen under maximalt ett år och det är staten som administrerar försäkringen. Perioden kan förlängas om särskilda skäl finns, som exempelvis att en rehabilitering påbörjats, och att det därför finns stora förutsättningar att man ska återgå i arbete. Arbetsgivarna ansvarar för en arbetsgivarperiod på 16 dagar, den

höjdes från 14 dagar till 16 dagar i slutet av 1990-talet. Vid sjukskrivning längre än åtta veckor ska det finnas ett särskilt läkarutlåtande, efter 12 veckor ska socialförsäkringsadministrationen ta ett särskilt beslut om fortsatt rätt till sjukpenning och klarlägga vilka medicinska och arbetslivsmässiga rehabiliteringsbehov som finns.<sup>3,6,7,8,9</sup>

### **Danmark**

I Danmark ansvarar kommunerna för utbetalning av kontantstöd vid sjukdom. Ersättningen är 100 % av lönen från första dagen i sjukfallet. Arbetsgivarperioden höjdes från en till två veckor i april 1990 och samtidigt infördes en ettårsgräns för hur länge kontantstödet kan betalas ut. Om vissa villkor är uppfyllda så kan perioden förlängas med ytterligare ett år. Sedan april 1997 har kommunerna en skyldighet att senast efter åtta veckor granska varje sjukfall med syfte att inleda en medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering. Läkarintyg krävs endast om arbetsgivarna eller kommunerna speciellt efterfrågar detta, oftast behövs det inte.<sup>3, 4, 6, 7, 8</sup>

### **Nederländerna**

I Nederländerna har sjukförsäkringen genomgått stora förändringar sedan 1990. På grund av ett högt utnyttjande så genomfördes reformer i olika etapper i början av 1990-talet. Två karensdagar infördes 1992, men kollektiva avtal gjorde att de flesta hade full täckning under dessa dagar ändå. 1994 infördes en arbetsgivarperiod på två veckor för företag med färre än 15 anställda och 6 veckor för företag med fler än 15 anställda. I mars 1997 privatiserades sjukförsäkringen och arbetsgivarna fick ansvaret för hela sjuklöneperioden som då var ett år. Den 1 januari 2004 förlängdes perioden till att omfatta två år men om vissa villkor har varit uppfyllda har perioden under hela tiden kunnat förlängas med ytterligare ett år. Arbetsgivarna är skyldiga att betala 70 % av lönen, men genom kollektiva avtal så får många anställda ändå 100 %. Staten ansvarar för utbetalning av kontantstöd till dem som saknar anställning.<sup>3,4,6,12,13</sup>

### **Kanada**

Det finns ett federalt program för kontantstöd vid korttidsfrånvaro på grund av sjukdom. Ersättningen är 55 % av genomsnittlig lön de senaste 26 veckorna. Utbetalning görs först efter två veckors karensperiod. Ersättningen betalas ut i maximalt 15 veckor. Läkarintyg krävs för att kunna få ersättning. Utöver detta finns mer generösa arbetsskadeförsäkringar som administreras av delstaternas arbetsskadeförsäkringsbolag (WCB). För att få ersättningar för exempelvis muskuloskeletala sjukdomar gäller att skadan ska ha inträffat i arbetet. Ersättningen är då utan tidsgräns och motsvarar 90 procent av nettoinkomsten och är skattefri.<sup>14,15,16</sup>

### **USA**

Det finns ingen nationell statlig försäkring som täcker inkomstförlust vid sjukdom. Det är främst privata försäkringsgivare, oftast via arbetsgivare, som ansvarar för sjukförsäkringar. Vissa anställda har också genom sina avtal med arbetsgivaren rätt till några betalda sjukdagar per år. Det finns däremot i en handfull delstater försäkringar som betalar kontantstöd vid kortare arbetsoförmåga på grund av sjukdom. I Kalifornien är varje arbetande invånare som har betalat in en avgift försäkrad. Ersättningen är ungefär 55 % av den inkomst man hade under det se-

naste året. Det är sju karensdagar och ersättningsperioden är maximalt ett år. Läkarintyg krävs för att få ersättning. I New York är ersättningen ca 50 % av inkomsten de senaste 8 veckorna. Liksom i Kalifornien startar utbetalningen den åttonde dagen i sjukfallet. Maximalt kan man få ersättning i 26 veckor under ett år. Liknande delstatliga program finns också i New Jersey, Rhode Island och Hawaii. Det finns i några av dessa stater även arbetsskadeförsäkringar med mer generösa villkor.<sup>14,17,18</sup>

### **Finland**

I Finland har olika förändringar gjorts i reglerna för kontantstöd gjorts under 1990-talet. Den 1 januari 1992 sänktes ersättningsgraden för inkomster i den lägsta inkomstklassen (2009: årsinkomster under 31 850 Euro) från 80 % till 75 % av lönen. Det blev även en sänkning i högre inkomstklasser. Den 1 juli samma år sänktes ersättningsgraden till 70 % av lönen. Den 1 januari 1993 sänktes nivån till 66 % av lönen. Dessutom förlängdes karensperioden från sju dagar till nio dagar. 1996 höjdes nivåerna åter till 70 % och är fortsatt på den nivån. Det finns inte som i de flesta andra länder någon lagstadgad arbetsgivarperiod men avtal på arbetsmarknaden gör att arbetsgivaren i många fall betalar kontantstöd redan från första dagen av sjukfallet och i vissa fall även upp till två månader. Enligt lag måste alla arbetsgivare utom staten teckna en privat arbetsskadeförsäkring. Vid arbetsskador/sjukdomar är det denna privata försäkring som i första hand träder in. Maximal gräns för utbetalning av kontantstöd för samma sjukdom är 300 dagar (utbetalas inte på söndagar och helger).<sup>3,4,10,11,12</sup>

### **Spanien**

Vid sjukdom får man 60 % av lönen från dag fyra till och med dag 20, därefter får man 75 % av lönen. Om skadan uppstått i arbetet får man 75 % av lönen från första dagen. Ersättningen betalas ut i max ett år med möjlighet till förlängning med ett halvår.<sup>3,12</sup>

### **Tyskland**

Det finns olika aktörer som administrerar sjukförsäkringen i Tyskland, man väljer själv vilken man vill tillhöra av de allmänna sjukkassorna, företags- eller yrkes-sjuk-kassorna. Villkoren och finansieringen skiljer något mellan de olika kassorna. Alla arbetsgivare betalar full lön från den första dagen i sjukfallet och sedan i upp till sex veckor. Därefter betalar sjuk-kassorna ut 70 % av lönen i upp till 78 veckor under en treårsperiod. Om skadan uppstått i arbetet är ersättningen 80 % från vecka sju och framåt.<sup>3,12</sup>

### **Schweiz**

Sjukförsäkringen i Schweiz karaktäriseras av att den är frivillig och att den sköts av privata försäkringsbolag. Nivån för kontantstöd per dag bestäms mellan försäkringsbolaget och den försäkrade och kan variera mellan delstaterna. Vanligtvis betalas kontantstödet ut efter tre dagars karens och betalas maximalt ut i 720 dagar under en period av 900 dagar. Arbetsgivarperioden är minst tre veckor och blir längre beroende på anställningstid, och ända upp till sex månader i vissa delstater om man varit anställd i 20 år.<sup>12,19</sup>

## Referenser (Appendix 3)

- <sup>1</sup>Henrekson, M., et al., 2004. The effects on sick leave of changes in the sickness insurance system. *Journal of labour economics*, 22 (1), 87-113.
- <sup>2</sup><http://www.forsakringskassan.se>
- <sup>3</sup>SOU 2000:78 - *Rehabilitering till arbete*. Statens offentliga utredningar. Stockholm.
- <sup>4</sup>SOU 2000:121 - *sjukfrånvaro och sjukskrivning, fakta och förslag*. Statens offentliga utredningar. Stockholm.
- <sup>5</sup>SOU 2006:107 - *fokus på åtgärder. En plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet*. Statens offentliga utredningar. Stockholm.
- <sup>6</sup>NOU 2000:27 - *Sykefravaer og utforepensjonering*, Statens offentlige utredninger. Oslo.
- <sup>7</sup>Brage, S., 2007. Trender i de skandinaviske sykefravaersordningene. *Arbeid og velferd*, 2, 24-9
- <sup>8</sup>*Social tryghed i de nordiske lande 1994-2007*. NOSOSKO Köpenhamn
- <sup>9</sup><http://www.nav.no>
- <sup>10</sup><http://www.fpa.fi>
- <sup>11</sup>När du blir sjuk – Kostnadsersättningar vid sjukdom och handikapp – 2009. Folkpensionsanstalten, Helsingfors, 2009.
- <sup>12</sup>*Social security programs throughout the world, Europe 2003-2008*. International Social Security Association Information System and Databases Unit Washington.
- <sup>13</sup>*OECD economic survey of the netherlands 2004*. OECD.
- <sup>14</sup>*Social security programs throughout the world, the americas 2003-2008*. International Social Security Association Information System and Databases Unit Washington
- <sup>15</sup><http://www.servicecanada.gc.ca>
- <sup>16</sup><http://www.edd.ca.gov>
- <sup>17</sup><http://www.nj.gov>
- <sup>18</sup><http://www.ny.gov/>
- <sup>19</sup><http://www.kmu.admin.ch>

# Senaste utgåvorna i vetenskapliga skriftserien ARBETE OCH HÄLSA

---

**2006:16 K Håkansson och T Isidorsson.**

Arbetsmiljöarbete och långsiktigt hållbara arbetsorganisationer. Ett delprojekt inom Arbetslivsinstitutets tema Strategier, metoder och arbetssätt för fungerande arbetsmiljöarbete SMARTA.

**2006:17. J Eklund, B Hansson, L Karlqvist, L Lindbeck och W P Neumann.** Arbetsmiljöarbete och effekter – en kunskapsöversikt.

**2006:18. L Rose och U Orrenius.**

Arbetslivsinstitutets expertgrupp för ergonomisk dokumentation - Dokument 6. Beräkning av arbetsmiljöns ekonomiska effekter på företag och organisationer. En översikt av ett urval modeller och metoder.

**2006:19. C Stenlund och M Torgén.** Arbetsledare i processindustrin. Arbetsuppgifter, förutsättningar, psykosocial arbetsmiljö och självskattad hälsa.

**2006:20. I-M Andersson, J Laring, M Åteg och G Rosén.** Arbetsmiljöfrågans väg. Samverkan mellan kundföretag och företagshälsövård.

**2006:21. W Eduard.** Fungal spores The Nordic Expert Group for Criteria Documentation of Health Risks from Chemicals139.

**2006:22. M Björkman, I Carlsson.**

Känsla av sammanhang på arbetet. Vilka faktorer på arbetsplatsen och hos individen främjar arbets-terapeuters upplevelse av ett meningsfullt arbete?

**2007:41:1. A Lindegård Andersson.** Working technique during computerwork. Associations with biomechanical and psychological strain, neck and upper extremity musculoskeletal symptoms.

**2008:42:1. P Westerholm (red.)** Psykisk arbets-skada

**2008:42:2. G Johanson, M Rauma.** Basis for skin notation. Part 1. Dermal penetration data for substances on the Swedish OEL list.

**2008:42:3. J Montelius (Ed.)** Vetenskapligt Underlag för Hygieniska Gränsvärden 28. Kriteriegruppen för hygieniska gränsvärden.

**2008:42:4. P Wiebert.** The impact of airway-irritating exposure and wet work on subjects with allergy or other sensitivity - epidemiology and mechanisms

**2008:42:5. E Månsson.** Att skapa en känsla av sammanhang - om resultatet av hälsofrämjande strategier bland lärare.

**2008:42:6. J Montelius (Ed.)** Scientific Basis for Swedish Occupational Standards. XXVIII

**2008:42:7. B Melin** Experimentell och epidemiologisk forskning – relationen psykosocial

exponering, stress, psykisk belastning, muskelaktivitet och värk i nacke-skuldra.

**2009:43(1) J Montelius (Ed.)** Vetenskapligt Underlag för Hygieniska Gränsvärden 29. Kriteriegruppen för hygieniska gränsvärden.

**2009:43(2) J Weiner.** Könsskillnader i ersättning vid arbetsskador? – en 10- årsuppföljning av arbetsskador 1994.

**2009:43(3) G Aronsson, K Gustafsson och C Mellner.** Samband mellan sjuknärvaro, sjukfrånvaro och självskattad hälsa i den yrkesaktiva befolkningen.

**2009:43(4) J Montelius (Ed.)** Scientific Basis for Swedish Occupational Standards XXIX. Swedish criteria Group for Occupational Standards

**2009:43(5) K Kruse och W Eduard.** Prövetaking av inhalerbart melstöv.

**2009:43(6) E Gustafsson** Physical exposure, musculoskeletal symptoms and attitudes related to ICT use.

**2009:43(7) M van der Hagen and Jill Järnberg.** Sulphuric, hydrochloric, nitric and phosphoric acids. The Nordic Expert Group for Criteria Documentation of Health Risks from Chemicals140.

**2009:43(8) S Stendahl** Arbetsoförmåga i rättstillämpningen- Prövning av rätten till kompensation för inkomstförlust efter en trafikolycka – en empirisk jämförelse mellan rättstillämpningen i allmän domstol och förvaltningsdomstol.

**2009:43(9). A Thoustrup Saber and K Sørig Hougaard.** The Nordic Expert Group for Criteria Documentation of Health Risks from Chemicals 141. Isoflurane, sevoflurane and desflurane.

**2009:43(10) C Mellner, W Astvik och G Aronsson.** Vägar Tillbaka. – En uppföljningsstudie av psykologiska och praktiska förutsättningar för återgång i arbete efter långtidssjukskrivning med stöd av en arbetsgivarring

**2010:44(1) Kjell Torén** Arbetsskadeförsäkringens historia – en historia om sambandet mellan arbete och sjukdom.

**2010:44(2) J Montelius (Ed.)** Vetenskapligt Underlag för Hygieniska Gränsvärden 30. Kriteriegruppen för hygieniska gränsvärden.

**2010:44(3) L Holm, M Torgén, A Hansson, R Runeson, M Josephson, M Helgesson och Eva Vingård** Återgång i arbete efter sjukskrivning för rörelseorganens sjukdomar och lättare psykisk ohälsa.

