

Sammanfattning

Syfte och bakgrund

Sjukskrivning är en vanlig åtgärd i hälso- och sjukvården. Om den blir långvarig kan olika typer av insatser användas för att hjälpa personen tillbaka till arbete.

Vid långvarig sjukskrivning kan flera faktorer påverka möjligheterna till återgång i arbete, patientens sjukdom och de funktionsnedsättningar som denna medför, men även personens arbetsmiljö, arbetsuppgifter och livssituation. Andra faktorer som kan ha betydelse för möjligheterna att återgå i arbete är en individs kompetens, attityder och motivation samt vilken vård och vilka stödinsatser de får från hälso- och sjukvården och andra aktörer som arbetsgivaren.

Syftet med projektet har varit att utvärdera positiva och negativa effekter av olika sätt för hälso- och sjukvården att hantera, handlägga och följa upp personer



som är, eller riskerar att bli, långvarigt sjukskrivna. Syftet har även varit att undersöka kostnadseffektiviteten av de utvärderade insatserna, belysa etiska aspekter samt identifiera eventuella vetenskapliga kunskapsluckor som kan ge vägledning inför framtida forskning. Projektet har genomförts på uppdrag av regeringen (Dnr S2020/09593).

Slutsatser

Vid psykisk och muskuloskeletal sjukdom

- ▶ Unimodala insatser, multimodala insatser och insatser som involverar arbetsplatskontakt eller koordinering mot arbetsplats har möjligen positiv effekt på återgång i arbete på kort sikt (upp till 12 månader) för personer sjukskrivna på grund av psykisk eller muskuloskeletal sjukdom (låg tillförlitlighet)¹. Det går inte att bedöma effektens storlek.
- ▶ Det går inte att bedöma effekten på återgång i arbete av insatser som riktar sig till vårdgivare².

¹ För noggrannare beskrivning av vilka populationer som slutsatsen gäller, se Tabell 1.

² Med vårdgivare avses den organisation som bedriver hälso- och sjukvård på en övergripande nivå, inte den enskilda läkaren. De insatser som studerats som riktar till vårdgivare kan förutom till vårdgivaren dock även vara riktade till behandlande personal.

- ▶ Det går inte att bedöma effekten på återgång i arbete på längre sikt för någon typ av insats.
- ▶ Effekterna på hälsa och funktion går inte att bedöma för någon typ av insats, varken på kort eller lång sikt³.

Vid bröstcancer

Det går inte att bedöma insatsernas effekt på återgång i arbete eller hälsa och funktion för personer sjukskrivna på grund av bröstcancer⁴.

³ Slutsatserna gäller för insatser som syftar till att underlätta återgång i arbete.

⁴ Slutsatserna gäller för insatser som syftar till att underlätta återgång i arbete och inkluderar inte medicinska insatser som har kurativt syfte.

Slutsatserna fortsätter på nästa sida

Kommentar

Majoriteten av de inkluderade studierna uppvisar inga statistiskt säkerställda effekter, men resultat från flera studier talar för att vissa insatser kan ha effekter som är betydelsefulla för patienter och samhälle. Det går inte att dra slutsatser om specifika insatser eller om vilka komponenter i insatserna som fungerar. Framtida forskning kan bidra med kunskap genom att replikera studier som uppvisat positiva resultat.

Det är önskvärt att forskning om insatser som syftar till att främja återgång i arbete i möjligaste mån använder standardiserade mät- och analysmetoder och att forskare utvärderar ett begränsat antal prioriterade utfallsmått på ett vis som gör att dessa kan inkluderas i metaanalyser.

De studier som ligger till grund för slutsatserna i denna rapport är i huvudsak genomförda i Nederländerna, Norge, Sverige och Danmark. Projektgruppen bedömer att resultatens överförbarhet till svenska förhållanden är god. Samtidigt kan arbetsmarknad, sjukförsäkringslagstiftning och hälso- och sjukvårdens organisation och arbetssätt ha betydelse för hur insatser genomförs och vilka effekter de har, och dessa faktorer kan dessutom förändras över tid.

Ett krav för att en studie skulle inkluderas var att den undersökte insatsens effekt på återgång i arbete. I vissa fall har författarna även undersökt insatsens effekter på hälsa och funktion. Slutsatsen från denna rapport är att det inte går att bedöma insatsernas effekt på hälsa och funktion. Detta ska dock inte tolkas som att det är säker-

ställt att insatserna saknar effekt på dessa utfall, utan att det skulle behövas ytterligare, välgjorda studier för att kunna bedöma effekten. De sammanvägda resultaten ger inget stöd för att metoderna har negativa effekter, vare sig på återgång i arbete eller hälsa och funktion.

Det är svårt att dra slutsatser om kostnadseffektivitet för de olika insatskategorierna som definierats i projektet. Hälsoekonomiska studier har bara identifierats för ett mindre antal av de specifika insatser som omfattas av utvärderingen, och det är oklart om dessa insatser är representativa för kategorierna som helhet. En hälsoekonomisk analys som genomförts i projektet visar att det räcker med en förhållandevis liten effekt på arbetsåtergång för att en insats ska bli kostnadsbesparande i ett samhällsekonomiskt perspektiv.

I statistik över långtidssjukskrivning finns ofta könsskillnader. I de inkluderade studierna rapporterades endast undantagsvis separata resultat för kvinnor och män. De inkluderade studierna har inte redovisat effekter utifrån olika yrken eller arbetsmiljöer.

Det identifierades inga studier som undersökt insatser till personer sjukskrivna på grund av bipolär sjukdom eller till följd av postinfektiöst tillstånd, inklusive postcovid.

Den etiska analysen visar att insatser i vården vid långtidssjukskrivning berör etiska värden som jämlikhet, rättvisa, autonomi och integritet samt kan påverka tredje part vilket ställer höga krav på hur insatser planeras och genomförs i praktiken.

Utvärderingen har utgått från de vanligaste diagnoserna till långvarig sjukskrivning⁵, vilket i Sverige framför allt utgörs av psykiska sjukdomar, som stressrelaterade tillstånd, ångest och depression, respektive muskuloskeletala sjukdomar, som olika rygg-, skulder- och smärttillstånd. I analysen har vi grupperat dessa som psykiska respektive muskuloskeletala sjukdomar. Projektgruppen har dessutom separat undersökt studier av insatser till personer med bröstcancer, bipolär sjukdom och postinfektiösa tillstånd, inklusive postcovid, utifrån att dessa tillstånd är vanliga diagnoser till långtidssjukskrivning. Då de skiljer sig från andra tillstånd vad gäller orsak, förlopp och behandling kan de anses kräva särskilda insatser för att främja arbetsåtergång vid långvarig sjukskrivning.

⁵ Projektgruppen har utgått från Försäkringskassans statistik över diagnoser till sjukfall som varar 90 dagar eller längre.

En mängd olika typer av insatser som syftar till att främja återgång i arbete identifierades i de inkluderade studierna. Det var dels insatser riktade direkt till patienterna, dels insatser riktade till vårdgivarna (Faktaruta 1). Vi har undersökt effekter av tre kategorier av insatser som riktar sig till patienter och en kategori som riktar sig till vårdgivare:

- unimodala (en behandlingsinsats).
- multimodala (flera behandlingsinsatser, i regel genomförda av ett team).
- insatser som inkluderar direkta kontakter mellan deltagare och arbetsgivare eller där deltagarna fått hjälp av en person med en koordinerande funktion (till exempel en koordinator eller case manager).

- insatser som riktas till vårdgivare⁶ där syftet är att påverka hur vårdpersonalen arbetar, och där effekten mäts på patienter.

Inom dessa insatskategorier undersöktes flera olika specifika insatser och det fanns betydande olikheter i hur forskarna valt att utvärdera insatsernas effekt på återgång i arbete. Detta försvårar möjligheten att väga samman effekter. Trots den heterogenitet som präglar forskningsområdet kan vi ändå dra slutsatser om insatsernas effekter jämfört med sedvanlig vård.

Metod

En systematisk översikt genomfördes i enlighet med SBU:s metod. Projektgruppen utgick från diagnoser som enligt Försäkringskassans statistik är vanliga vid långtidssjukskrivning (sjukfall längre än 90 dagar) och inkluderade kontrollerade kliniska studier som undersökt olika typer av insatserns effekt på arbetsåtergång

⁶ Med vårdgivare avses den organisation som bedriver hälso- och sjukvård på en övergripande nivå, inte den enskilda läkaren. De insatser som studerats som riktas till vårdgivare kan förutom till vårdgivaren dock även vara riktade till behandlande personal.

Faktaruta 1 Kategorier av insatser som undersökts i rapporten.

Unimodala insatser. Med unimodala insatser avses enskilda behandlingar eller terapier som syftar till att främja hälsa och arbetsåtergång.

Multimodala insatser. Med multimodala insatser avses när flera behandlingsinsatser ges, ofta av ett team bestående av behandlare med olika professioner.

Koordinering/arbetsplatsinsats. Med denna kategori avses insatser som involverar direkt kontakt med arbetsplatsen eller arbetsgivare, eller där patienten har kontakt med en koordinator eller case manager med en koordinerande funktion.

Insatser som riktar sig till vårdgivare. Detta omfattar insatser som ges till läkare eller annan vårdpersonal och där effekterna sedan mäts på patientnivå. Insatserna kan omfatta utbildning, stöd för implementering av nya eller etablerade riktlinjer, bedömningsmetoder, aktiv eller passiv hantering, omfattning på sjukskrivning, med mera.

för personer sjukskrivna från sitt arbete. Olika typer av insatser kategoriserades som unimodala, multimodala, insatser som involverade arbetsplatskontakt eller koordinering mot arbetsplats respektive insatser som riktades till vårdgivare (Faktaruta 1). Alla resultat som författarna redovisat på arbetsåtergång på kort (upp till 12 månader) och längre sikt (längre än 12 månader), hälsa och funktion samt kostnadseffektivitet togs med i analyserna. Projektgruppen gjorde en syntes utan metaanalys och formulerade de sammanvägda resultaten med ord. Resultatets tillförlitlighet bedömdes därefter utifrån GRADE:s metodik (Faktaruta 2).

Resultat

I den systematiska översikten inkluderades 95 artiklar, som byggde på 68 studier med sammanlagt över 40 000 deltagare, som utvärderade olika insatserns effekt på återgång i arbete. Det inkluderades 10 studier som undersökte kostnader eller kostnadseffektivitet.

Den absoluta majoriteten av studierna hade undersökt insatser till personer sjukskrivna på grund av psykisk eller muskuloskeletal sjukdom.

Faktaruta 2 Systemet GRADE för att bedöma resultatets tillförlitlighet.

Tillförlitligheten klassificeras i fyra nivåer:

(⊕⊕⊕⊕) Det sammanvägda resultatet har hög tillförlitlighet

(⊕⊕⊕○) Det sammanvägda resultatet har måttlig tillförlitlighet

(⊕⊕○○) Det sammanvägda resultatet har låg tillförlitlighet

(⊕○○○) Det sammanvägda resultatet har mycket låg tillförlitlighet (Det innebär att det inte går att bedöma om resultatet stämmer)

När det saknas studier som uppfyller inklusionskriterierna anges "studier saknas", utan klassificering.

En måttlig tillförlitlighet kan tolkas som att det är troligt att resultatet stämmer medan en låg tillförlitlighet kan tolkas som att det är möjligt att resultatet stämmer. I båda fallen är resultaten osäkra och tolkningen är att det i de flesta fall behövs mera forskning.

I Tabell 1 presenteras sammanfattande resultat för populationer med psykisk eller muskuloskeletal sjukdom, och i Tabell 2 för populationer med bröstcancer, bipolär sjukdom och postinfektiöst tillstånd (inklusive postcovid).

Sammanvägda resultat där tillförlitligheten bedömdes vara mycket låg innebär att det inte går att bedöma effekter. Dessa frågor utgör vetenskapliga kunskapsluckor.

Tabell 1. Översiktliga sammanvägda resultat för population psykisk eller muskuloskeletal sjukdom. Bedömningen har gjorts utifrån om de undersökta interventionerna har en positiv effekt. Jämförelsen i de inkluderade studierna har oftast varit sedvanlig vård.

		Population								
		Psykisk eller muskuloskeletal sjukdom			Psykisk sjukdom			Muskuloskeletal sjukdom		
Interventions- typ	Utfallsmått	ÅiA kort	ÅiA lång	HoF	ÅiA kort	ÅiA lång	HoF	ÅiA kort	ÅiA lång	HoF
		Interventions- typ	Unimodala insatser	⊕⊕○○	⊕○○○	⊕○○○	⊕⊕○○	⊕○○○	⊕○○○	⊕○○○
Multimodala insatser	⊕⊕○○		⊕○○○	⊕○○○	⊕○○○	⊕○○○	⊕○○○	⊕⊕○○	⊕○○○	⊕○○○
Koordinering/ arbetsplatsinsats	⊕○○○		⊕○○○	⊕○○○	⊕○○○	⊕○○○	⊕○○○	⊕⊕○○	⊕○○○	⊕○○○
Insatser som riktar sig till vårdgivare	⊕○○○		⊕○○○	⊕○○○	⊕○○○	⊕○○○	⊕○○○	⊕○○○	⊕○○○	⊕○○○

HoF = Hälsa och funktion; **Kort** = Kort sikt, 12 månader eller kortare; **Lång** = Lång sikt, längre än 12 månader; **ÅiA** = Återgång i arbete

⊕○○○ = Mycket låg tillförlitlighet, det går inte att bedöma om interventionen har en positiv effekt; ⊕⊕○○ = Låg tillförlitlighet; Grön färg = Positiv effekt av interventionen; Orange färg = Oklar effekt av interventionen

Tabell 2. Översiktliga sammanvägda resultat för population bröstcancer, bipolär sjukdom samt postcovid och likande tillstånd. Bedömningen har gjorts utifrån om de undersökta interventionerna har en positiv effekt. Jämförelsen i de inkluderade studierna har oftast varit sedvanlig vård.

		Population								
		Bröstcancer			Postcovid			Bipolär sjukdom		
Interventions- typ	Utfallsmått	ÅiA kort	ÅiA lång	HoF	ÅiA kort	ÅiA lång	HoF	ÅiA kort	ÅiA lång	HoF
		Interventions- typ	Unimodala insatser	-	-	-	-	-	-	-
Multimodala insatser	⊕○○○		⊕○○○	⊕○○○	-	-	-	-	-	-
Koordinering/ arbetsplatsinsats	-		-	-	-	-	-	-	-	-
Insatser som riktar sig till vårdgivare	-		-	-	-	-	-	-	-	-

HoF = Hälsa och funktion; **Kort** = Kort sikt, 12 månader eller kortare; **Lång** = Lång sikt, längre än 12 månader; **ÅiA** = Återgång i arbete

⊕○○○ = Mycket låg tillförlitlighet, det går inte att bedöma om interventionen har en positiv effekt; Orange färg = Oklar effekt av interventionen; - = Studier saknas

Innehållsdeklaration

Denna publikation innehåller:

- ✓ En eller flera systematiska översikter
- ✓ En bedömning av etiska och sociala aspekter
- ✓ En bedömning av hälsoekonomiska aspekter

SBU använder en noggrann process för att säkerställa att våra resultat är vetenskapligt väl underbyggda. För den här rapporten har vi gjort följande:

Tagit fram ett vetenskapligt underlag tillsammans med externa sakkunniga:

- ✓ Gjort en strukturerad och uttömmande litteratursökning
- ✓ Granskat om studierna vi hittat är relevanta

- ✓ Granskat om det finns metodbrister i studierna som skulle kunna påverka resultaten och ge risk för snedvridning
- ✓ Vägt samman resultat från studier med låg eller måttlig risk för snedvridning
- ✓ Bedömt hur tillförlitligt det sammanvägda resultatet är

Följande personer har granskat och bedömt rapporten och dess resultat:

- ✓ Externa sakkunniga
- ✓ SBU:s kvalitetssäkringsgrupp
- ✓ SBU:s vetenskapliga råd

Rapportens slutsatser är godkända av SBU:s nämnd.

Projektgrupp

Sakkunniga

- Gunnar Bergström, professor i arbetshälsovetenskap, högskolan i Gävle /Karolinska institutet
- Therese Eskilsson, docent i fysioterapi, Umeå Universitet
- Emilie Friberg, docent i epidemiologi, Karolinska institutet
- Sara Holmberg, docent, allmänläkare/företagsläkare, Region Kronoberg, Linnéuniversitetet/ Lunds universitet
- Lars Lindblom, docent, bitr. professor, Linköpings universitet

SBU

- Per Lytsy, projektledare
- Annicka Hedman, biträdande projektledare

- Maria Ahlberg, projektadministratör
- Ann-Kristine Jonsson, informationsspecialist
- Martina Lundqvist, hälsoekonom
- Anna Ringborg, hälsoekonom
- Irene Edebert, tillförordnad projektansvarig chef
- Pernilla Östlund, projektansvarig chef

Följande personer på SBU:s kansli har bistått projektgruppen i arbetet:

- Jonatan Alvan
- Göran Bertilsson
- Helena Domeij
- Idha Kurtsdotter
- Laura Lintamo
- Sally Saad
- Rebecca Silverstein
- Fredrik Tholander
- Karin Wilbe Ramsay

Rapport nr 359 (2022) • registrator@sbu.se
 Rapporten kan laddas ner från www.sbu.se/359

Grafisk produktion: Åsa Isaksson, SBU