



Bilaga 5 Beskrivning av inkluderade studier

Innehåll

Studier på populationer med psykisk sjukdom	2
Studier på populationer med muskuloskeletala sjukdomar	9
Studier på blandade populationer	18
Studier på populationer med bröstcancer	21
Hälsoekonomiska studier	22
Referenser	27

Beskrivning av inkluderade studier

Studier på populationer med psykisk sjukdom¹

I en holländsk klusterrandomiserad studie av Bakker och medarbetare från år 2007 deltog 46 primärvårdsläkare som behandlade totalt 433 personer som var sjukskrivna kortare tid än tre månader på grund av stressrelaterade psykiska störningar, vilket inkluderade självrapporterade besvär med oro, håglöshet och en spänd känsla [1]. Läkarna i interventionsgruppen tränades att ge de 227 deltagarna en kort intervention baserad på specifika metoder för att stödja funktionell återhämtning. Kontrollgruppen bestod av 206 deltagare, och till dessa erbjöd läkarna sedvanlig vård. Blindade datainsamlare följde upp utfallet bestående full återgång i arbete (definierat som minst 4 veckor) per telefon, och symtom på besvär, depression, oro och somatisering via postade enkäter. Den längsta uppföljningstiden var 12 månader. Alla studerade utfall bedömdes ha måttlig risk för bias.

I en svensk pragmatisk klusterrandomiserad studie av Björkelund och medarbetare från år 2018 deltog 23 vårdcentraler som behandlade vuxna personer med nydiagnostiserad depression [2]. Interventionsgruppen bestod av 192 personer som fick stöd av en koordinator (care manager) som tog fram en individuellt anpassad plan och följde upp utvecklingen via telefonsamtal. Kontrollgruppen, som fick sedvanlig vård, bestod av 184 personer. Primära utfall var sjukskrivningsstatus (enligt journal) samt självrapporterad depressionskattning och livskvalitet. Den längsta uppföljningstiden var sex månader. Studien bedömdes ha måttlig risk för bias för alla studerade utfall.

Brouwers och medarbetare randomiserade år 2006 i en nederländsk studie 194 personer, sjukskrivna för stressrelaterade tillstånd eller lättare psykiska störningar till en aktiverande intervention utförd av socialarbetare (n=98) eller till sedvanlig vård av primärvårdsläkare (n=96) [3]. Den aktiverande interventionen omfattade en modell i tre steg för att stödja förmåga till coping och ett problemlösande förhållningssätt, vilket inkluderade uppmaningar att själv kontakta företagshälsovården. Primärt utfall var sjukskrivningslängd (troligen självrapporterad) och sekundära utfall var oro, depression och funktionellt status (självrapporterad). Uppföljningstider var bland annat 6 och 18 månader och vi bedömde att samtliga utfall hade måttlig risk för bias. Baserat på data från studien har en separat publikation redovisat en hälsoekonomisk analys [4]. Denna presenteras nedan under rubriken Hälsoekonomiska studier och i rapportens hälsoekonomiska kapitel.

I en dansk studie av Dalgaard och medarbetare från år 2017 randomiserades i ett första steg personer som var sjukskrivna för arbetsrelaterade stressbesvär till antingen klinisk bedömning vid en arbetsmedicinsk avdelning eller ingen sådan bedömning [5]. De som randomiserats till klinisk bedömning blev i ett andra steg randomiserade till antingen en interventionsgrupp (n=58) som fick individuell arbetsfokuserad kognitiv beteendeterapi av en psykolog (inklusive en frivillig

¹ Studierna specificerade inte alltid deltagarnas diagnos. I populationskategorin ingår även psykiatriska tillstånd och psykiska problem.

arbetsplatsintervention, vilket en tiondel av interventionsgruppens deltagare genomförde), eller till en kontrollgrupp (n=56) som inte fick någon behandling efter den kliniska bedömningen. Utfallen var tid till bestående återgång i arbete (enligt registerdata) och självrapporterad arbetsstatus. Längsta uppföljningstid var 10 månader. Vi bedömde att utfallen hade måttlig risk för bias.

En nederländsk trearmad randomiserad studie av de Vente och medarbetare från år 2008 genomfördes i en företagshälsovårdskontext och inkluderade 82 personer som var sjukskrivna för arbetsrelaterade stressbesvär [6]. Interventionsgruppen (n=28) fick vid individuella behandlingstillfällen med psykolog träning i stresshantering baserad på kognitiv beteendeterapi. Ytterligare en interventionsgrupp med 28 deltagare fick samma behandling, fast gruppbaserad. En kontrollgrupp med 26 deltagare fick sedvanlig vård vilket bestod av regelbundna besök hos företagsläkare, allmänläkare och/eller högst fem behandlingstillfällen av psykolog eller socialarbetare. Utfall med måttlig risk för bias var självrapporterat antal dagar med sjukfrånvaro samt självrapporterad tid till full återgång i arbete. Längsta uppföljningstid var 10 månader. Vi bedömde att de självrapporterade utfallen rörande stressymtom (distress) och utbrändhet (burnout complaints) hade hög risk för bias, de ingår därför inte i denna rapport.

I en dansk randomiserad studie av Glasscock och medarbetare från år 2018 i en arbetsmedicinsk kontext, inkluderades sjukskrivna personer med arbetsrelaterade stressbesvär (anpassningsstörning, stressreaktion eller mild depression) [7]. Interventionsgruppen bestod av 57 personer som fick träffa psykolog för en individuell stresshanteringsintervention baserad på arbetsfokuserad kognitiv beteendeterapi. Denna inkluderade en frivillig arbetsplatsintervention vilket utnyttjades av 25 procent av deltagarna. Kontrollgruppens 80 deltagare fick efter initial klinisk bedömning ingen behandling. Utfallen var bestående återgång i arbete (enligt registerdata), upplevd stressnivå och generell hälsa (vilket självskattades). Längsta uppföljningstid var 10 månader efter baslinjen, vilket innebar sex månader efter avslutad behandling. Vi bedömde att samtliga utfall hade måttlig risk för bias.

En nederländsk randomiserad studie från 2004 av Huibers och medarbetare utvärderades i två publikationer [8, 9]. I dessa undersöktes effekten av kognitiv beteendeterapi i grupp genomförd av allmänläkare jämfört med att deltagarna själva fick uppsöka sedvanlig vård hos allmänläkare. Totalt inkluderades i samarbete med en lokal företagshälsovård 151 sjukskrivna personer med svår utmattning (severe fatigue). Interventionsgruppen bestod av 76 deltagare och i kontrollgruppen ingick 75 deltagare. Längsta uppföljningstider var 12 månader [8] och 48 månader [9]. Utfallen var självrapporterad andel som återgått i arbete, antal dagar registrerad sjukfrånvaro (enligt register), självrapporterad skattning av fysisk funktion och psykiska besvär. Vi bedömde att utfallen hade låg risk för bias vid 12 månader och måttlig risk för bias vid 48 månader.

I en holländsk tvåarmad klusterrandomiserad studie av Noordik och medarbetare från år 2013 deltog 56 företagsläkare som behandlade sjukskrivna personer med vanliga psykiska sjukdomar (common mental disorders, vilket omfattar stressrelaterade tillstånd, anpassningsstörningar, ångest, depression) [10]. Interventionsgruppen bestod av 75 personer som utöver sedvanlig vård gradvis exponerades för alltmer krävande arbetssituationer och hemuppgifter som väckte stigande nivåer av ångest, stress eller ilska. Kontrollgruppen, som bestod av 85 personer, fick sedvanlig vård vilket omfattade problemlösningstrategier och graderade aktiviteter. Längsta uppföljningstid var ett år.

Primärt utfall var tid till full återgång i arbete (enligt företagshälsovårdens journaler) och sekundära utfall var tid till partiell återgång i arbete, antal återkommande sjukskrivningar (båda enligt journaler) och självrapporterad symtomskattning gällande ångest, depression och somatisering. Vi bedömde att samtliga utfall hade måttlig risk för bias.

I en holländsk randomiserad studie av Rebergen och medarbetare från 2009 inkluderades poliser som var sjukskrivna för vanliga psykiska sjukdomar (common mental disorders) till en studie inom företagshälsovården [11]. Interventionsgruppen (n=125) fick en riktlinjebaserad aktiverande intervention av företagsläkare som, om relevant, inkluderade arbetsplatsinterventioner. Kontrollgruppen (n=115) fick av samma företagsläkare sedvanlig vård, vilket innebar sparsam kontakt. Kontrollgruppen fick vid behov snabb tillgång till psykolog inom sekundärvården. Uppföljningstiden var ett år. Utfallen var tid till första återgång i arbete, tid till full återgång i arbete och totalt produktionsbortfall (samtliga uppgifter togs ur polismyndighetens register). Vi bedömde att dessa utfall hade måttlig risk för bias. Baserat på data från studien finns i en separat publikation även en hälsoekonomisk analys [12]. Denna presenteras nedan under rubriken Hälsoekonomiska studier och i rapportens hälsoekonomiska kapitel.

I en nederländsk klusterrandomiserad studie av van Beurden och medarbetare från år 2017 deltog 66 företagsläkare som behandlade personer sjukskrivna på grund av vanliga psykiska sjukdomar (common mental disorders, CMD) [13]. De 32 företagsläkarna i interventionsgruppen hade under ett år fått regelbunden träning i följsamhet till de holländska riktlinjerna för omhändertagande av arbetare med psykiska problem. Till interventionsgruppen allokerades totalt 1 493 sjukskrivna patienter. Kontrollgruppen bestod av 34 företagsläkare som inte erhållit specifik träning i de holländska riktlinjerna, men som hade tillgång till dessa. Till kontrollgruppen allokerades totalt 1 886 sjukskrivna patienter. Uppföljningstiden var ett år. Primärt utfall var tid till full återgång i arbete och sekundära utfall var totalt antal timmar sjukfrånvaro och tid till första återgång i arbete. All utfallsdata togs ur företagshälsovårdens journaler. Vi bedömde att samtliga utfall hade måttlig risk för bias.

I en klusterrandomiserad holländsk studie av Volker och medarbetare från år 2015 deltog företagsläkare som behandlade personer med vanliga psykiska sjukdomar (common mental disorder, CMD) [14]. Deltagarna i interventionsgruppen (n=131) fick utöver vanlig rådgivning från företagsläkarna (n=31) vid sjukfrånvaro även tillgång till en individuellt anpassad eHälsa-modul (Return@Work) baserad på principer för kognitiv beteendeterapi och problemlösningsterapi. Modulen innehöll även ett beslutsstöd för företagsläkarna. Kontrollgruppens företagsläkare (n=29) gav deltagarna i kontrollgruppen (n=89) sedvanlig vård. Längsta uppföljningstid var ett år. Primärt utfall var tid till första återgång i arbete, helt/partiellt (registerdata). Vi bedömde att detta utfall hade måttlig risk för bias. Sekundära utfallen (självskattad depression, ångest och somatisering) bedömde vi ha hög risk för bias, de ingår därför inte i denna rapport.

I en dansk randomiserad kontrollerad studie genomförd av Pedersen och medarbetare år 2015, inkluderades personer sjukskrivna för framför allt psykiska sjukdomar, som ångest, depression och stressrelaterade tillstånd [15]. Sammanlagt 215 personer randomiserades till interventionsgruppen som fick psykoedukation under sex veckors tid, medan 215 personer i kontrollgruppen fick sedvanlig vård. Alla deltagare var på grund av sjukskrivningen enligt lag skyldiga till att ha kontakt med en

socialarbetare vid ett jobbceter, men detta var inte del i själva interventionen. Längsta uppföljningstid var 12 månader. Utfallet full återgång i arbete mättes via register och operationaliserades som att inte erhålla ersättning från socialförsäkringen. Vi bedömde att detta utfall hade måttlig risk för bias. Självsfattade utfall kring psykologiska symtom, mental hälsorelaterad livskvalitet och hälsorelaterad kontroll-lokus (locus of control) bedömde vi ha hög risk för bias, de ingår därför inte i denna rapport.

I en nederländsk randomiserad kontrollerad studie av van Oostrom och medarbetare från år 2010 undersökte författarna effekten av en arbetsplatsintervention hos personer som relativt nyligen blivit sjukskrivna och som skattade högt för pågående stress [16]. Sammanlagt 73 personer randomiserades till en stegvis arbetsplatsintervention. Interventionen involverade kontakt med chefen på arbetsplatsen och syftade till att ta bort hinder och utforma en plan för att underlätta återgång i arbete. Kontrollgruppen bestod av 72 personer som fick sedvanlig vård. Utfallen som mättes efter 12 månader var stadigvarande återgång i arbete, kumulativ sjukfrånvaro och självskattade stressymtom. Samtliga utfall bedömdes ha måttlig risk för bias. Baserat på data från studien finns i en separat publikation även en hälsoekonomisk analys [17]. Denna presenteras nedan under rubriken Hälsoekonomiska studier och i rapportens hälsoekonomiska kapitel.

I en nederländsk klusterrandomiserad studie av Arends och medarbetare från år 2014 inkluderades 253 företagsläkare (occupational physicians) som utifrån randomiseringen behandlade personer som inom kort skulle återgå i arbete efter sjukskrivning för vanliga psykiatriska störningar (common mental disorders). Totalt bedömdes och behandlades 154 patienter, varav majoriteten hade diagnosen anpassningsstörning. Läkarna i interventionsgruppen tränades att ge de 80 deltagarna en strukturerad problemlösningsintervention i fem steg i samband med återgången till arbetet vilket inkluderade samverkan med en chef på deltagarnas arbetsplats. De 78 deltagarna i kontrollgruppen fick sedvanlig behandling. Utfallen var återkommande sjukfrånvaro och tid till återkommande sjukfrånvaro enligt uppgifter i företagshälsovårdens journaler. Den längsta uppföljningstiden var 12 månader. Utfall som gällde sjukfrånvaro bedömdes ha måttlig risk för bias. De sekundära enkätbaserade utfallen (oro, depression) bedömdes ha hög risk för bias, de ingår därför inte i denna rapport.

I en svensk randomiserad studie av Cederberg och medarbetare från år 2022 inkluderades personer sjukskrivna för vanliga psykiska sjukdomar (common mental disorders, CMD) vid nio primärvårdsenheter [18]. Interventionsgruppen bestod av 107 deltagare som i tillägg till sedvanlig vård fick en individanpassad e-hälsaintervention. Denna bestod av stöd via telefon samt en webbaserad plattform och gavs av personal från olika discipliner utifrån personens behov. Kontrollgruppens 108 deltagare fick sedvanlig vård, vilket typiskt sett omfattade läkarkontakt för planering och uppföljning av sjukskrivning och annan behandling såsom medicinering, psykologisk behandling, fysioterapi, rehabkoordinering och arbetsterapi. Längsta uppföljningstid var sex månader. Utfallen var självrapporterad sjukskrivningsnivå och self-efficacy. Vi bedömde av utfallen hade måttlig risk för bias.

I en nederländsk randomiserad studie av de Weerd från år 2016 inkluderades partiellt sjukskrivna personer med vanliga psykiska sjukdomar (common mental disorders, CMD) vars arbetsgivare accepterat att betala för och delta i interventionens dialogmöten [19]. Interventionsgruppens 31

deltagare fick i tillägg till arbetsfokuserad kognitiv beteendeterapi ett 90 minuter långt dialogmöte med terapeut och arbetsledare inriktat på att identifiera och lösa hinder för arbetsåtergång. Kontrollgruppens 29 deltagare fick arbetsfokuserad kognitiv beteendeterapi. Längsta uppföljningstiden var ett år. Utfallen var självrapporterad tid till första respektive full återgång i arbete. Vi bedömde att dessa utfall hade måttlig risk för bias.

I en nederländsk randomiserad studie av Hees och medarbetare från år 2009 inkluderades personer som var partiellt sjukskrivna för depression och hade remitterats av företagshälsovården till psykologisk behandling vid en öppenvårdsklinik [20]. Interventionsgruppens 78 deltagare fick i tillägg till sedvanlig vård (psykoedukation, stödjande terapi, kognitiv beteendeterapi samt vid behov läkemedelsbehandling) behandling av arbetsterapeut individuellt och i grupp samt ett möte med arbetsgivaren. Fokus låg på arbetsrelaterade coping-strategier och self-efficacy, vilket deltagarna praktiskt tränade på sina arbetsplatser. Kontrollgruppens 39 deltagare fick sedvanlig behandling. Längsta uppföljningstider var 12 och 18 månader. Primärt utfall var deltagande i arbete (självrapporterades i veckodagbok) och sekundära utfall var självrapporterad skattning av depressionssymtom, arbetsrelaterad funktionsförmåga och hälsorelaterad funktionsförmåga. Dessutom utvärderades återgång i arbete med god hälsa, definierat som full arbetsåtergång och låg skattning på depressionsskala. Vi bedömde att samtliga utfall hade måttlig risk för bias.

I en dansk trearmad randomiserad multicenterstudie av Hoff och medarbetare från år 2022 inkluderades personer som var sjukskrivna på grund av stress, anpassningsstörning eller utmattning [21]. Interventionsgruppens 223 deltagare fick av care managers ett manualbaserat stegvist program för psykisk hälsovård och av specialister i arbetsfrågor ett stegvist program för arbetsrehabilitering. Programmen integrerades genom olika samverkansaktiviteter, till exempel samlokalisering. Deltagarna i ena jämförelsegruppen (n=225) fick ett förstärkt psykiatriskt omhändertagande genom det manualbaserade stegvisa programmet för psykisk hälsovård, samt i vissa fall (men inte integrerat) sedvanlig arbetsrehabilitering via kommunens jobbcenter. Deltagarna i andra jämförelsegruppen (n=218) fick sedvanlig vård, vilket innebar psykiatrisk vård via allmänläkare, privat psykolog eller psykiater samt sedvanlig arbetsrehabilitering via kommunens jobbcenter. Längsta rapporterade uppföljningstid var 12 månader. Utfall gällande arbetsåtergång var tid till stabil återgång i arbete, andel i arbete och antal veckor i arbete (enligt register). Dessutom självrapporterade deltagarna symtomskattningar för ångest, depression, stress och somatisering, funktion, sjuknärvaro, self-efficacy och livskvalitet. Vi bedömde att samtliga utfall hade måttlig risk för bias.

I en liknande dansk trearmad randomiserad multicenterstudie av Hoff och medarbetare från år 2022 inkluderades personer som var sjukskrivna på grund av depression, generaliserat ångestsyndrom, social fobi eller panikångest [22]. Interventionsgruppens 213 deltagare fick av care managers ett manualbaserat stegvist program för psykisk hälsovård och av specialister i arbetsfrågor ett stegvist program för arbetsrehabilitering. Programmen integrerades genom olika samverkansaktiviteter, till exempel samlokalisering. Deltagarna i ena jämförelsegruppen (n=208) fick ett förstärkt psykiatriskt omhändertagande genom det manualbaserade stegvisa programmet för psykisk hälsovård, samt i vissa fall (men inte integrerat) sedvanlig arbetsrehabilitering via kommunens jobbcenter. Deltagarna i andra jämförelsegruppen (n=210) fick sedvanlig vård, vilket innebar psykiatrisk vård via allmänläkare samt sedvanlig arbetsrehabilitering via kommunens jobbcenter. Längsta rapporterade uppföljningstid

var 12 månader. Utfall gällande arbetsåtergång var tid till stabil återgång i arbete, andel i arbete och antal veckor i arbete (enligt register). Dessutom självrapporterade deltagarna symtomskattningar för ångest, depression, stress och somatisering, funktion, sjuknärvaro, self-efficacy och livskvalitet. Vi bedömde att samtliga utfall hade måttlig risk för bias.

I en svensk klusterrandomiserad studie av Keus van de Poll och medarbetare från år 2020, deltog professionella inom företagshälsovården och personer med symtom på stress eller vanliga psykiska sjukdomar (common mental disorder, CMD) [23]. Det är oklart hur stor andel som var sjukskrivna vid baslinjen. De professionella i interventionsgruppen (n=19) fick träning att ge en arbetsinriktad problemlösningsintervention vilket gavs till 41 deltagare. Fokus låg i första hand på anpassningar av arbetsituationen i samverkan med personens arbetsledare, i andra hand på personens stresshantering. De professionella i kontrollgruppen (n=17) gav sedvanlig vård till 59 deltagare. Denna var också arbetsinriktad och involverade arbetsledaren, men genomfördes mindre strukturerat. Längsta uppföljningstid var 12 månader. Primärt utfall var antal dagar sjukfrånvaro (enligt register), sekundära utfall var självrapporterad sjukfrånvaro, återgång i arbete och produktionsbortfall samt självrapporterade skattningar av psykisk hälsa, stressrelaterade symtom, sömn och arbetsförmåga. Vi bedömde att det primära utfallet hade låg risk för bias och de sekundära utfallen måttlig risk för bias.

I en svensk randomiserad studie av Finnes och medarbetare från år 2019 inkluderades sjukskrivna personer med ångest, depression eller stressrelaterad ohälsa (utifrån kriterierna för utmattningssyndrom) [24]. Studien hade tre behandlingsarmar och en kontrollgrupp. Den första gruppen (n=89) fick Acceptance and commitment therapy (ACT), den andra gruppen (n=87) fick Workplace Dialogue Intervention (WDI), en intervention inriktad på dialog med arbetsplatsen, och den tredje gruppen (n=88) fick både ACT och WDI. Kontrollgruppen (n=88) fick sedvanlig vård. Primära utfall var antal dagar sjukfrånvaro (enligt register) och arbetsförmåga (självskattad), och självskattade sekundära utfall var generell funktion, livstillfredsställelse, symtom på utmattning, depression och ångest. Längsta uppföljningstid var nio månader efter avslutad behandling. Vi bedömde att samtliga utfall hade måttlig risk för bias.

I en holländsk klusterrandomiserad studie av van der Klink och medarbetare från år 2003 deltog 33 företagsläkare inom ett större privat företag som behandlade sjukskrivna personer med anpassningsstörning [25]. De 17 företagsläkarna i interventionsgruppen hade lärt sig en modell i tre steg för att aktivera och stödja patienterna att utveckla problemlösningsstrategier kopplade till problem i arbetslivet. I interventionen ingick kontakt med deltagarens arbetsledning. Etthundranio patienter allokerades till interventionsgruppen. Kontrollgruppens 17 företagsläkare erhöll ingen träning utan gav de 83 patienter som allokerades till denna grupp sedvanlig vård, vilket i allmänhet bestod av rådgivning och diskussioner om arbetsrelaterade problem med patient och företagsledning. Längsta uppföljningstiden var ett år. Utfallen var olika mått på sjukfrånvaro enligt företagshälsovårdens journaler (tid till full/partiell återgång i arbete, sjukskrivningslängd, tid till upprepad sjukskrivning, incidens av upprepad sjukskrivning året efter full återgång i arbete) samt självrapporterad skattning gällande psykiska symtom och kontroll (mastery). Vi bedömde att samtliga utfall hade måttlig risk för bias.

I en svensk randomiserad kliniskt studie av Malmberg Gavelin och medarbetare från år 2018 deltog patienter som diagnostiserats med utmattningssyndrom och som remitterats till en stressklinik [26]. Interventionen bestod av multimodal rehabilitering som omfattade 22 veckors kognitiv beteendeterapi samt avslappningsövningar och psykoedukation för alla. Efter 12 veckors terapi randomiserades deltagarna till någon av tre interventioner: 1) fortsatt multimodal rehabilitering utan andra tillägg (n=41), 2) tillägg av datorbaserad kognitiv träning (n=44) eller 3) tillägg med aerobiskt träningsprogram (n=47). Det primära utfallet i studien var kognitiv funktion vilket bedömdes ha måttlig risk för bias. Sekundära utfall inkluderade självskattade nivåer av utmattning, depression, ångest, fysisk hälsa och arbetsförmåga, dessa bedömes ha hög risk för bias. Utfallet, grad av sjukskrivning vid 12 månader hade så stort bortfall (38 %) att det bedömdes ha hög risk för bias.

I en nederländsk randomiserad kliniskt studie som genomfördes av Niewenhuijsen och medarbetare år 2017 undersöktes effekten av ljusterapi och pulserande elektromagnetiska fält i kombination med personcentrerad coaching hos personer sjukskrivna på grund av arbetsbelastad stress (neurasteni, vilket av projektgruppen bedömts motsvara utmattningssyndrom/anpassningsstörning) [27]. En interventionsgrupp på 28 personer fick både ljus, pulsterapi och coaching, en interventionsgrupp på 28 personer fick samma behandling, men med avstängda ljus- och pulsgeneratorer och en kontrollgrupp på 28 personer fick enbart coaching. Det primära utfallet var andel som återgått i arbete utifrån självrapporterade fler arbetstimmar jämfört med vid studiens start, vid olika tidpunkter, som längst 6 månader. Sekundära utfall var självskattade nivåer av stress och livskvalitet. Båda primära och sekundära utfall bedömdes ha måttlig risk för bias.

En norsk randomiserad multicenterstudie rapporteras i två artiklar av Reme och medarbetare från 2015 [28] respektive Overland och medarbetare från år 2018 [29]. I studien randomiserades 630 personer sjukskrivna på grund av lättare psykisk sjukdom (common mental disorder) till en intervention bestående av arbetsfokuserad kognitiv beteendeterapi och individanpassat stöd (gavs till 32 % av gruppen). Utöver detta kunde deltagarna få stöd och behandling från arbetsförmedling och försäkringskassa (NAV) samt hälso- och sjukvård. Kontrollgruppen bestod av 563 personer som fick sedvanligt vård från sin husläkare och NAV. Utfallet var återgång i arbete, på del- eller heltid, vilket mättes utifrån registerdata vid 12 och 18 månader [28] och vid 46 månader [29].

I en svensk trearmad randomiserad kontrollerad studie av Salomonsson och medarbetare från år 2017, jämförde författarna effekten av 1) KBT, 2) en utbildning- och stödintervention med modulerna konceptualisering, psykoedukation, planering och monitorering (RTW-I) eller 3) en kombination av KBT och RTW-I hos personer sjukskrivna på grund av en psykisk sjukdom (bland annat depression, social fobi, ångest, anpassningsstörning och utmattningssyndrom) [30]. Sammanlagt 64 personer fick enbart KBT, 67 personer RTW-I och 80 personer fick kombinationsbehandlingen. Det primära utfallet som mättes efter 12 månader var antal hela sjukskrivningsdagar och sekundära utfall omfattade självskattningar av depression, ångest och utmattning. Samtliga utfall bedömes ha måttlig risk för bias. Författarna undersökte även effekter i en subpopulation med stressrelaterade besvär i en separat publikation [31].

I en nederländsk randomiserad kontrollerad studie undersökte Vlasveld och medarbetare år 2013 effekter av sammanhållen vård (collaborative care) för patienter sjukskrivna för depression [32]. För interventionsgruppen med 65 deltagare fungerade företagsläkaren som den person som levererade

den sammanhållna vården, vilket involverade 6–12 sessioner med problemlösningsträffar, självhjälpsmanual och arbetsplatskontakt där läkare, patient och arbetsgivare deltog med syfte att minska hinder för arbetsåtergång. Kontrollgruppen bestod av 61 deltagare som fick sedvanlig vård. Det primära utfallet var tid till arbetsåtergång. Detta utfall bedömdes ha måttlig risk för bias, medan de sekundära utfallen på symtom och tid till remission bedömdes ha hög risk för bias. Baserat på data från studien finns i en separat publikation även en hälsoekonomisk analys [33]. Denna presenteras nedan under rubriken Hälsoekonomiska studier och i rapportens hälsoekonomiska kapitel.

I en norsk randomiserad kontrollerad studie undersökte Wormgoor och medarbetare år 2020 effekter av kort copingfokuserad terapi i tillägg till ett interdisciplinärt team bestående av läkare, psykologer, fysioterapeuter och hälsopedagoger hos personer med påtagliga problem med ångest och/eller depression [34]. Interventionsgruppen bestod av 141 personer. Kontrollgruppen bestod av 143 personer som efter samma interdisciplinära teaminsats erhöll en kortare psykoterapi med fokus på bland annat symtom, beteenden och copingmetoder. Det primära utfallet var deltagande i arbete, definierat som fullt ($\leq 30\%$ sjukskrivning av ordinarie arbetstid) eller partiellt (30 till 70 % sjukskrivning av ordinarie arbetstid). Studien rapporterar utfall på 12 och 24 månaders tid. Det primära utfallet bedömdes ha måttlig risk för bias, medan sekundära utfall på depression och ångest bedömdes ha hög risk för bias, framför allt på grund av stort bortfall.

Studier på populationer med muskuloskeletala sjukdomar

I en belgisk studie från 2012 undersökte Dubois och medarbetare effekten av rehabiliteringsorienterad coachning regelbundet under de tre första sjukskrivningsmånaderna jämfört med sedvanlig vård (vilket omfattade en passiv kontakt vid tre månader utan medicinska råd) hos personer sjukskrivna på grund av ländryggsmärta [35]. Sammanlagt 252 personer fick den coachande interventionen och 257 fick kontrollinterventionen. Utfallen var andel återgång i arbete, återkommande sjukskrivning och längd på sjukskrivning och utvärderas vid 12 månaders uppföljning. Utfallen bedömdes ha måttlig risk för bias.

I en norsk peer review-granskad studie från år 2009, skriven på norska av Elvsåshagen och medarbetare, redovisar författarna effekterna av en intervention där 409 deltagare sjukskrivna på grund av muskuloskeletal sjukdom remitterades direkt till specialistläkare i rehabiliteringsmedicin för bedömning och uppföljning vid kliniken eller ute i primärvården [36]. I kontrollgruppen ingick 420 personer som fick sedvanlig vård och uppföljning i primärvården. Utfallet var genomsnittligt antal sjukskrivningsdagar under uppföljningstiden 24 månader. Utfallet baserades på registerdata och bedömdes ha måttlig risk för bias.

En norsk studie, utförd av Hagen och medarbetare år 2000, undersökte effekten av ett tidigt teambaserat mobiliseringsprogram (bestående av bland annat frågeformulär, undersökning, information om god prognos och aktivitetsråd) jämfört med sedvanlig primärvård för personer med ländryggsmärta [37]. Interventionsgruppen bestod av 237 personer och kontrollgruppen av 220 personer och resultat följdes upp vid 12 [37] och 36 månader [38] och ytterligare analyser gjordes i en senare publikation [39]. Utfallet var full återgång i arbete och mättes utifrån registerdata. Utfallet

bedömdes ha måttlig risk för bias. Författarna gjorde även en kostnadsanalys utifrån resultaten. Hagen och medarbetare rapporterade även år 2003, hälsoekonomiska data [38]. Denna publikation presenteras nedan under rubriken Hälsoekonomiska studier och i rapportens hälsoekonomiska kapitel.

I en annan norsk studie av Hagen och medarbetare från år 2010 undersöktes effekten av att lägga till ett standardiserat 8-veckorsprogram med fysisk träning vid ryggkliniken jämfört med att inte få vård där, för personer sjukskrivna på grund av ländryggssmärta [40]. Interventionsgruppen bestod av 124 personer och kontrollgruppen av 122 personer. Utfall på återgång i arbete analyserades utifrån registerdata på sjukskrivningslängd och frekvens vid 12 och 24 månader. Utfallen bedömdes ha måttlig risk för bias.

I en nederländsk trearmad randomiserad studie av Heymans och medarbetare från år 2006 undersöktes effekten av hög respektive låg intensitet av ryggskoleprogram till personer sjukskrivna på grund av ryggsmärta [41]. En grupp på 98 personer fick ryggskola med hög intensitet (bestående av 16 sessioner under 8 veckor), en grupp fick ryggskola med låg intensitet (bestående av 4 sessioner under 4 veckor) och kontrollgruppen på 103 personer fick sedvanlig vård utan ryggskola. Utfallet var återgång i arbete vid sex månader baserat på registerdata över sjukskrivningsdagar från den medicinska journalen. Utöver detta mättes även på funktion och smärta. Samtliga utfall bedömdes ha måttlig risk för bias.

I en svensk randomiserad kontrollerad studie av Marhold och medarbetare från år 2001 undersöktes effekten av ett KBT-orienterat program för återgång i arbete, utfört av en psykolog under en 12-veckorsperiod, hos kvinnor sjukskrivna för muskuloskeletal smärta [42]. Interventionsgruppen bestod av 36 personer varav hälften med längre (>12 månader) och hälften med kortare (2–6 månaders) sjukskrivning. I kontrollgruppen ingick 36 personer, också till hälften bestående av personer med längre respektive kortare sjukskrivning, som fick sedvanlig vård utan någon psykoterapi. Återgång i arbete mättes som antal sjukskrivningsdagar under en 2-månadersperiod där data hämtades från register. Sekundära utfall inkluderade effekter på smärta, depression och funktion. Den längsta rapporterade uppföljningsperioden var 6 månader. Utfallen bedömes ha måttlig risk för bias.

I en spansk randomiserade kontrollerad studie av Abasolo och medarbetare från år 2005 undersöktes ett populationsinriktat program där sammanlagt 13 077 personer, arbetsoförmögna på grund av någon muskuloskeletal sjukdom, randomiserades till att följa ett kliniskt program (n=5 272) eller att erhålla sedvanlig primärvård (n=7 805) [43]. Det kliniska programmet bestod av tre huvudsakliga delar: 1) utbildning, 2) administration och att 3) följa ett kliniskt behandlingsprotokoll. Interventionen genomfördes av reumatologer. Det primära utfallen var olika mått på arbetsåtergång, sjukskrivning och förtidspension. Deltagarna följdes under 12 månader och författarna rapporterade resultat uppdelat på kort och längre sikt. Utfallen bedömdes ha måttlig risk för bias. Författarna rapporterade även hälsoekonomiska data. Dessa presenteras nedan under rubriken Hälsoekonomiska studier och i rapportens hälsoekonomiska kapitel.

Gross och medarbetare jämförde år 2014 i en kanadensiskt klusterrandomiserad studie intervju-baserad funktionskattning (n=120) med mer omfattande klinisk funktionskattning (n=105) för personer med subakut muskuloskeletal smärta [44]. Klusterrandomiseringen gjordes på läkarnivå.

Effekter på full och partiell återgång i arbete utvärderades som längst vid sex månader, baserat på registerdata över ersättning. Utfallet bedömdes ha måttlig risk för bias.

I en annan klusterrandomiserad studie av Gross och medarbetare från år 2014 undersöktes samma frågeställning i en likartad population, men med kroniska besvär, där intervju baserad funktionsskattning (n=100) jämfördes med mer omfattande klinisk funktionsskattning (n=103) [45]. Även i denna studie genomfördes randomiseringen på läkarnivå och utfallen rörde effekter på återgång i arbete vid som längst 6 månader. Utfallet bedömdes ha måttlig risk för bias.

I en nederländsk randomiserad studie av Anema och medarbetare från år 2007 undersöktes effekten av graderad fysisk aktivitet ensamt och i tillägg till en arbetsplatsintervention för personer sjukskrivna för ospecifik ländryggsmärta [46]. Först randomiserades deltagande företagsläkare till att rekrytera patienter som skulle få arbetsplatsintervention (n= 96) eller sedvanlig vård (n=100). Arbetsplatsinterventionen involverade patient, ergonom, företagsläkare, primärvårdsläkare och arbetsgivare. I patientgruppen som fick arbetsplatsintervention randomiserades sedan 27 personer till att i tillägg få graderad fysisk aktivitet (totalt omfattande 26 tillfällen a två gånger per vecka); samt 26 personer som bara fick arbetsplatsintervention. På motsvarande sätt randomiserades gruppen som fick sedvanligt vård till tillägg med fysisk aktivitet (n=28) eller bara sedvanlig vård (n=31). Totalt fick 96 personer arbetsplatsintervention och 55 graderad fysisk aktivitet. Uppföljningstiden var 12 månader. Resultat efter sex månaders uppföljning är rapporterat i en separat publikation [47] (data inte tabellerad). Det primära utfallet var sjukskrivning på grund av ländryggsmärta. Sekundära utfall omfattade bland annat smärta och funktion. Både det primära och de sekundära utfallen bedömdes ha måttlig risk för bias. I ytterligare en artikel rapporteras, förutom 12-månadersdata kring arbetsåtergång och sekunda utfall, även hälsoekonomiska data [48]. Hälsoekonomiska data presenteras nedan under rubriken Hälsoekonomiska studier och i rapportens hälsoekonomiska kapitel.

I en holländsk randomiserad studie av Hlobil och medarbetare från år 2005 undersöktes effekter av en intervention med graderad aktivitet två gånger i veckan under maximalt tre månader för flygbolagsanställda som var sjukskrivna för ospecifik ländryggssmärta [49]. Interventionen genomfördes av sjukgymnaster inom företagshälsovården och interventionsgruppen bestod av 67 deltagare. Kontrollgruppens 67 deltagare fick sedvanlig vård. Längsta uppföljningstid var 12 månader, men i en separat publikation från Staal och medarbetare från år 2004, har även 6- månadersdata redovisats [50]. Vi bedömde att utfallen, totalt antal dagar sjukskrivning, funktionellt status och smärta, hade måttlig risk för bias.

I en svensk fyrramad randomiserad kontrollerad studie, genomförd år 2001 av Jensen och medarbetare, randomiserades 214 personer, sjukskrivna på grund av ospecifik rygg- eller nacksmärta, till någon av tre interventioner eller kontrollgrupp [51]. Interventionerna bestod av 1) beteendeorienterad fysioterapi i tillägg till multimodal behandling (vilken omfattade undersökning och konsultation av läkare, gruppmöten med psykolog, kontakt med fysioterapeut om ergonomi samt besök på arbetsplats och planering med arbetsgivare), n=54; 2) samma som 1 men med tillägg av KBT (n=49); 3) samma som 2 men med tillägg av beteendemedicinsk rehabilitering (n=63). Dessa tre interventioner jämfördes med en kontrollgrupp (n=48) som fick sedvanlig vård utan specifik intervention. Primärt utfall var frånvaro av arbete på grund av sjukskrivning eller förtidspension, där

data hämtades från register. Sekundära utfall var hälsorelaterad livskvalitet (SF-36). Effekterna av interventionerna har rapporterats vid 6 och 18 månader [51], vid 36 månader [52] samt efter 10 år [53], de senare publikationerna endast med avseende på arbetsutfall. Utfallen som rör arbete bedömdes ha måttlig risk för bias i alla tre publikationerna; detsamma gällde utfallet hälsorelaterad livskvalitet i den första publikationen. Jensen och medförfattare [52] och Busch och medförfattare [53] presenterade även hälsoekonomiska data, men vi bedömde att dessa hade låg metodologisk kvalitet och ingår därför inte i denna rapport.

I en dansk studie av Jensen och medarbetare från år 2011, undersöktes i tre publikationer en multidisciplinär intervention för personer sjukskrivna på grund av ländryggssmärta [54]. I studien randomiserades 176 deltagare till multidisciplinär intervention som, utöver sedvanlig undersökning, behandling och uppföljning av läkare och fysioterapeut, omfattade en koordinator (case manager) som utformade en individualiserad rehabiliteringsplan med målet full återgång i arbete. Kontrollgruppens 175 deltagare fick den mindre omfattande sedvanliga behandlingen (brief intervention) av läkare och fysioterapeut. Uppföljning gjordes vid 12 månader [54], vid 24 månader [55] och efter fem år [56]. Utfallen återgång i arbete (12 och 24 månader) och anställningsstatus (5 år) bedömdes ha måttlig risk för bias. De sekundära utfallen smärta, ångest, depressiva symtom och livskvalitet) bedömdes ha hög risk för bias och ingår inte i denna rapport.

I en norsk studie av Brendbekken och medarbetare, som rapporteras i tre publikationer, undersöktes effekterna av en mer omfattande multidisciplinär intervention jämfört med en kortare för personer sjukskrivna på grund av muskuloskeletal smärta [57] [58] [59]. Studiepopulationens diagnostyper omfattade smärta i ländrygg, nacke eller axlar samt generaliserad smärta/fibromyalgi. Den mer omfattande multimodala insatsen involverade ett team bestående av socialarbetare, läkare och en fysioterapeut och gavs till 141 personer. I kontrollgruppen fick 143 personer en kortare intervention och träffade då läkare och fysioterapeut. Registerdata användes för att mäta full och partiell återgång i arbete efter 12 och 24 månader. Utfallet, återgång i arbete mättes som andel arbetade dagar under en kalendermånad och bedömdes ha måttlig risk för bias.

I en dansk randomiserad studie från år 2009 undersökte Bültmann och medarbetare en multimodal intervention (n=68) jämfört med sedvanlig vård (n=51) för personer sjukskrivna för muskuloskeletal sjukdomar [60]. Den multimodala interventionen beskrivs som koordinerad och skraddarsydd och bestod av vård från ett team bestående av företagsläkare, arbetsterapeut, kiropraktor, psykolog och en socialarbetare som hade en koordinerande roll för att etablera och upprätthålla kontakt med arbetsplatsen och kommunen. Kontrollgruppen fick sedvanlig koordinering (case management). Det primära utfallet var kumulativa antalet sjukskrivningsdagar under uppföljningstiden på 12 månader, vilket bedömdes ha måttlig risk för bias. Sekundära utfall omfattade bland annat funktion och smärta, men bedömdes ha hög risk för bias. Författarna rapporterade även hälsoekonomiska data. Dessa presenteras nedan under rubriken Hälsoekonomiska studier och i rapportens hälsoekonomiska kapitel.

I en norsk randomiserad kontrollerad studie av Haldorsen och medarbetare från år undersöktes effekter av två interventioner, en med lättare multidisciplinär teambehandling (n=222) och en med omfattande multidisciplinär behandling (n=169) jämfört med en kontrollgrupp (n=263) för personer som var sjukskrivna på grund av muskuloskeletal smärta och som var patienter på en poliklinisk

ryggmottagning [61]. I den lättare multidisciplinära teambehandlingen fick deltagarna kortare undervisning, råd och ett individuellt anpassat träningsprogram samt vid behov remisser till specialister. I den mer omfattande multidisciplinära teambehandlingen ingick KBT-inriktad strategi, undervisning, träning och vid behov arbetsplatskontakter. Insatserna varade sex timmar om dagen, fem dagar i veckan under sammanlagt fyra veckor. I båda interventionerna bestod teamet av en neurolog, en allmänläkare, en psykolog, två sjuksköterskor och fyra fysioterapeuter. Patienter i kontrollgruppen remitterades tillbaka från ryggmottagningen till sin husläkare och fick av denne sedvanlig vård, inklusive eventuella remisskontakter. Det primära utfallet var andel som återgått i arbete vid 12 månader. Utfallet bedömdes ha måttlig risk för bias. Studien omfattade också hälsoekonomiska analyser, men vi bedömde att dessa hade låg metodologisk kvalitet och ingår därför inte i denna rapport. Delar av samma studiepopulation används i en annan studie rapporterad av Skouen och medarbetare från år 2002 [62]. I denna studie undersökte författarna effekter på subgruppen med ländryggsmärta, vilket var 86 personer i kontrollgruppen, 56 personer i med kortare interventionsgruppen och 57 personer i den längre interventionsgruppen. Utfallen rapporterades könsuppdelat upp till 26 månader. I samma studie av Skoen och medarbetare från år 2002 presenterades också hälsoekonomiska analyser, men vi bedömde att dessa hade låg metodologisk kvalitet och ingår därför inte i denna rapport [62]. I ytterligare en separat publikation undersöktes effekterna på en subgrupp med spridd smärta, då 83 personer fick mindre omfattande teambehandling, 44 mer omfattande teambehandling och 88 sedvanlig vård [63]. Denna publikation rapporterade återgång i arbete könsuppdelat upp till 54 månader.

I en norsk fyrarmad randomiserad kontrollerad studie från år 2016 av Reme och medarbetare undersöktes en kort intervention (brief intervention) ensamt (n=100) eller i kombination med manualbaserad kognitiv beteendeterapi (n=103) eller nutritionstillägget sälolja (n=105) respektive sojaolja (n=106) för personer sjukskrivna på grund av ryggsmärta [64]. Utfall på sjukskrivning baserades på registerdata och utfall på symtom rörande smärta, ångest, depression och livskvalitet självskattades och utvärderades vid 12 månader. Samtliga utfall bedömdes ha måttlig risk för bias.

Med utgångspunkt i samma studie [64] publicerade Harris och medarbetare år 2017 [65] resultat från en jämförelse av tre interventioner där 100 deltagare fick kort intervention (brief Intervention), 55 personer fick utöver samma intervention även manualbaserad kognitiv beteendeterapi (KBT) vid sju tillfällen under en tremånadersperiod och en grupp på 60 personer fick utöver samma intervention fysisk aktivitet (physical exercise) i gruppbehandling tre gånger i veckan under tre månader [65]. Utfall var återgång i arbete partiellt eller helt från hel sjukskrivning eller ökat arbetsdeltagande utifrån partiell sjukskrivning upp till ett år efter studiestart. Utfallen på arbetsåtergång baserades på registerdata och utfallet bedömdes ha måttlig risk för bias. Hälsorelaterade utfall för bland annat symtom på ångest, depression, smärtfunktion och subjektiva hälsoproblem mättes med enkäter. Även dessa utfall bedömdes ha måttlig risk för bias.

I en schweizisk randomiserad kontrollerad studie av Kool och medarbetare från år 2007 undersöktes effekten av funktionscentrerad behandling (n=87) och smärtcentrerad behandling (n=87) hos patienter med långvarig historia på sjukskrivning till följd av långvarig ländryggsmärta [66]. Den funktionscentrerade behandlingen gavs av ett team bestående av en reumatolog, en fysioterapeut/arbetsterapeut, en sportterapeut (sport therapist), en socialarbetare och en sjuksköterska. Programmet varade under tre veckor, fyra timmar per dag. Det smärtcentrerade

programmet gavs av en reumatolog, en fysioterapeut och en sjuksköterska under 2,5 timmar per dag under tre veckor. Båda interventionerna utvärderades mot varandra vid 12 månader vad gäller antalet arbetsdagar återgång i arbete med olika statistiska modeller. Utfallen bedömdes ha måttlig risk för bias.

I en nederländsk randomiserad kontrollerad studie av Lambeek och medarbetare från år 2010 undersöktes en intervention med integrerad vård i företagshälsovården (n=66) jämfört med de som fick sedvanlig vård (n=68) från sin vanliga läkarkontakt [67]. Detta kunde vara en specialist, en företagsläkare och/eller en allmänläkare i primärvården. Det aktiva interventionsprogrammet hade KBT-inriktning och innehöll kontakt med arbetsgivare, genomgång av ergonomi och graderad träning. Teamet bestod av en koordinerande företagsläkare, medicinsk specialist, en arbetsterapeut och en fysioterapeut. De deltagande patienterna var sjukskrivna på grund av långvarig ländryggsmärta. Det primära utfallet var stabil återgång i arbete (sustainable RTW) vilket definierades som full återgång i arbete över minst fyra veckor. Sekundära utfall var bland annat smärta och funktion. Alla utfall bedömdes ha måttlig risk för bias. Baserat på data från studien finns i en separat publikation även en hälsoekonomisk analys [68]. Denna presenteras nedan under rubriken Hälsoekonomiska studier och i rapportens hälsoekonomiska kapitel.

I en randomiserad kontrollerad studie av Langagergaard och medarbetare från år 2021 undersöktes effekter av en kort intervention, som omfattade undersökning och råd av reumatolog och fysioterapeut (n=239) med en längre multidisciplinär intervention (n=237), också den genomförd av en reumatolog och en fysioterapeut vid en specialistmottagning för ryggbesvär [69]. Målgruppen var personer sjukskrivna på grund av långvarig ländryggsmärta. I båda interventionerna ingick utredning med magnetisk resonanstomografi (MR) samt information och råd om fysisk träning. Deltagare i den mer omfattande interventionen hade dessutom kontakt med en koordinator (case manager) som tog fram en individualiserad rehabiliteringsplan och som planerade kontakt med deltagarens arbetsgivare, om detta godkändes. Alla deltagare i den multidisciplinära interventionen diskuterades i ett multidisciplinärt team, som inkluderade en reumatolog, en fysioterapeut, en arbetsterapeut, en socialarbetare och en specialist i socialmedicin. Återgång i arbete undersöktes som andel som återgått i arbete samt tid till återgång i arbete. Tvåårsuppföljning rapporterades av Pedersen och medarbetare år [70]. Utfallen på arbetsåtergång bedömdes ha måttlig risk för bias, men utfall på hälsa bedömdes ha hög risk för bias.

I en svensk studie av Lindell och medarbetare från år 2008 undersöktes effekten av ett program med kognitiv beteendeterapi, givet av ett team bestående av en läkare, en fysioterapeut, en psykolog, en socialarbetare samt en hälsorådgivare [71]. Interventionen var individualiserad och kunde omfatta kartläggning av hinder, utbildning i avslappning, graderad fysisk aktivitet och, vid behov, manuell terapi (n=63). Kontrollgruppen (n=62) fick sedvanlig vård via sin husläkare. Utfallet var andel som återfått varaktig arbetsförmåga, oavsett grad (under minst 30 dagar); de som återfått någon grad av arbetsförmåga (oavsett varaktighet, analyserades med Cox-regression) antalet genomsnittliga nettosjukskrivningsdagar Utfallen mättes under 18 månader och bedömdes ha måttlig risk för bias.

I en norsk studie av Myhre och medarbetare från år 2014 undersöktes effekten av arbetsfokuserad rehabilitering jämfört med en multidisciplinär intervention vid en ryggmottagning [72]. Målgruppen var personer med långvarig rygg- och/eller nacksmärta. Den arbetsfokuserade rehabiliteringen gavs

till 209 deltagare. Den omfattade klinisk utredning av läkare, sju sessioner med sjukgymnast, grupplektioner och individuella möten med en koordinator (case worker) och frivilliga kontakter med arbetsgivare för planering och anpassning. Insatsen varade i tre veckor. Den multidisciplinära interventionen gavs till 204 deltagare i två versioner, mer och mindre omfattande (comprehensive and brief). Insatsen involverade klinisk utredning av läkare, olika grad av kontakt med fysioterapeut och gruppdiskussioner, tillsammans givet under en tre veckorsperioder. Utfallet var varaktigt återgång i arbete under fem veckor samt olika typer av pension. Utfallen mättes vid 12 månader och de bedömdes ha måttlig risk för bias. I en publikation av Marchand och medarbetare från år 2015 publicerades utfall på smärta och funktionsnedsättning, vilket skattades med enkäter efter ett år [73]. Dessa utfall bedömes ha måttlig risk för bias.

I en dansk randomiserad studie av Moll och medarbetare från 2018, undersöktes effekten av en multidisciplinär intervention jämfört med en kort intervention (brief intervention) för personer med sjukskrivning på grund av rygg-, nack- eller skuldersmärta [74]. Interventionerna genomfördes vid en mottagning på ett sjukhus. Den multidisciplinära interventionen omfattade klinisk utredning av reumatolog och fysioterapeut, teammöten och vid behov konsultationer och frivillig arbetsplatskontakt. En koordinator (case manager) tog fram en rehabiliteringsplan tillsammans med deltagaren. Längden på interventionen var i median 4,6 månader och antal deltagare i denna grupp var 85. Deltagare i gruppen som fick en kortare intervention fick klinisk utredning av reumatolog, hemövningar av fysioterapeut samt råd att återuppta arbete så snart som möjligt. Längden på interventionen var i median 3 månader och antal deltagare i denna grupp var 83. Interventionen utvärderades vid 12 månader där utfallet var andel och tid till stadigvarande (minst fyra veckor) återgång i arbete baserad på registerdata. Utfallet, återgång i arbete bedömdes ha måttlig risk för bias. Författarna redogjorde även för utfall på smärta, funktion och självskattad psykisk hälsa; dessa utfall bedömdes ha hög risk för bias.

I en kanadensisk studie från år 2000 av Rossignol och medarbetare undersöktes effekten av ett koordineringsprogram (CORE), syftande till strukturerad implementering av kliniska riktlinjer hos 54 deltagare vilket jämfördes med sedvanlig vård för 56 deltagare [75]. Koordineringsprogrammet innehöll en utredning av läkare och sjuksköterska och koordinerad uppföljning vilket involverade kontakt med deltagaren men inte med arbetsplats. Utfallet var tid till återgång i arbete vid 6 månader vilket baserades på registerdata. Utfallet bedömes ha måttlig risk för bias. Utfall på smärta och funktion bedömdes ha hög risk för bias.

I en tysk randomiserad kontrollerad studie av Schweikert och medarbetare från år 2006 undersöktes effekterna av tillägg av kognitiv beteendeterapi till en 3-veckors rehabiliteringsintervention inbegripande på ett rehabiliteringscenter (n=200) jämfört med rehabiliteringsinterventionen ensamt, utan psykoterapi (n=209) hos personer med ospecifik ländryggsmärta [76]. Den gemensamma interventionen, som alla deltagare fick, innehöll fysioterapi i grupp, ländryggsmassage, fysisk träning och utbildning om livsstil och riskfaktorer. Interventionen utvärderades vid 6 månader på sammanlagd sjukfrånvaro baserat på registerdata. Utfallet bedömes ha måttlig risk för bias. Även utfall på självskattad ångest, depression, smärta, funktion och livskvalitet rapporterades, men dessa utfall bedömdes ha hög risk för bias. Studien omfattade också hälsoekonomiska analyser, men vi bedömde att dessa hade låg metodologisk kvalitet och därför ingår de inte i denna rapport.

I en norsk studie av Strand och medarbetare från år 2001 undersöktes effekterna av ett multidisciplinärt rehabiliteringsprogram jämfört med en kontrollgrupp som fick sedvanlig vård [77]. Det multidisciplinära programmet (n=81) genomfördes vid en öppenmottagning sex timmar per dag, fem dagar i veckan under fyra veckor. Det innehöll behandling, individuellt och i grupp, fysioterapi, utbildning, kognitiv träning och kontakt med arbetsplatsen. Kontrollgruppen (n=36) fick inget ordnat program, men en analys visade att 76 procent erhållit fysioterapi och 32 procent någon form av alternativ behandling. Randomiseringen skedde inte jämnt för att säkerställa att behandlingsgruppen hade deltagare, varför grupperna blev olika stora. Längsta uppföljningstid var 12 månader. Det primära utfallet var återgång i arbete baserat på registerdata, vilket bedömdes ha måttlig risk för bias liksom de sekundära utfallen fysisk förmåga och upplevd funktion och smärta. Resultat från studien har även publicerats i en annan artikel som inte inkluderades i denna rapport då den var äldre än det förbestämda sökdatumet [78].

I en nederländsk studie av van den Hout och medarbetare från år 2003 undersöktes effekten av kognitiv beteendeorienterad problemlösningsterapi i tillägg till graderad träning (n=45) jämfört med bara graderad träning (n=39) hos personer sjukskrivna på grund av ospecifik ryggsmärta [79]. Interventionerna genomfördes vid en rehabiliteringsklinik. Det primära utfallet var antal sjukskrivningsdagar och arbetsstatus, vilket utvärderades vid 12 månader. Utfallen bedömdes ha måttlig risk för bias.

I en holländsk randomiserad kontrollerad studie av Verbeek och medarbetare från år 2002 undersöktes effekten av tidig företagshälsovårdinsats enligt publicerade riktlinjer för sjukskrivna personer med ländryggssmärta [80]. Företagsläkarna som behandlade de 61 deltagarna i interventionsgruppen tränades inför och under projektet att använda befintliga riktlinjer som både omfattade avsnitt om diagnostik och behandling. Deltagarna kunde dessutom ha kontakt med allmänläkare, terapeuter och specialister som vanligt. Kontrollgruppens 59 deltagare träffade i regel företagsläkaren först efter 3 månaders sjukskrivning, och fick i stället standardbehandling av sin allmänläkare. Längsta uppföljningstid var 12 månader. Då utvärderades utfallen tid till återgång i arbete, tid till ny sjukskrivning, andel återgång i arbete, smärta, funktionsnedsättning och sex skalor om upplevd hälsa. Samtliga utfall bedömdes ha måttlig risk för bias.

En holländsk randomiserad kontrollerad studie av Vermeulen och medarbetare från år 2011 utvärderade ett program för återgång i arbete för personer sjukskrivna på grund av muskuloskeletal problem [81]. Interventionsgruppen bestod av 79 deltagare som fick ett stegvis program med möten med företagshälsovårdsläkare, försäkringsläkare, arbetsexperter och en koordinator som tillsammans med deltagaren tog fram en individualiserad plan för arbetsåtergång. Kontrollgruppen bestod av 84 deltagare som fick sedvanlig vård. Insatsen utvärderades efter 12 månader med avseende på stadigvarande återgång i arbete samt sjukskrivningslängd, funktion och smärta. Alla utfall bedömdes ha måttlig risk för bias.

I en finsk randomiserad kontrollerad studie undersökte Viikari-Juntura och medarbetare år 2012 en intervention inom företagshälsovården vid sex stora eller mellanstora företag [82]. Intervention bestod i tidig återgång i arbete inom ramen för deltidssjukskrivning jämfört med heltidssjukskrivning för personer sjukskrivna på grund av muskuloskeletal problem. Totalt 31 deltagare randomiserades till att få deltidssjukskrivning med minskad arbetsbörda motsvarande cirka 50 procent. Läkare

förmedlade information till arbetsgivaren vilka arbetsuppgifter som ansågs lämpliga respektive olämpliga. Kontrollgruppen bestod av 31 personer som fick sjukskrivning på heltid. Interventionen utvärderades vid 12 månader med avseende på tid till återgång i vanligt arbete respektive varaktig arbetsåtergång för minst 2 och 4 veckor. Utfallet bedömdes ha måttlig risk för bias.

I en norsk klusterrandomiserad studie av Scheel och medarbetare från år 2002 randomiserades 65 kommuner i tre olika län till att läkare utbildades att bedriva proaktiv eller passiv intervention jämfört med kommuner där läkare bedrev sedvanlig vård för patienter nyligen sjukskrivna på grund av ländryggssmärta [83]. Läkare i 21 kommuner, vilket omfattade 2 045 utvärderade patienter, uppmanades att genomföra den passiva interventionen vilket innebär att sträva efter aktiv sjukskrivning (ASL), där sjukskrivna personer har rätt att återgå till sitt arbete med anpassade arbetsuppgifter. I 22 kommuner, vilket omfattade 2 232 utvärderade patienter, utbildades läkarna i workshops hur man proaktivt genomför ASL. Tjugotvå kommuner, med totalt 1 902 patienter, utgjorde kontroll. Effekterna av insatserna utvärderades som andel patienter som återgått i arbete respektive antal sjukskrivningsdagar vid 12 månader. Sekundära utfall var ny sjukskrivning på grund av ryggproblem samt livskvalitet. Utfallen bedömdes ha måttlig risk för bias förutom skattningen av livskvalitet, som bedömdes ha hög risk för bias.

Studier på blandade populationer

En norsk randomiserad studie av Aasdahl och medarbetare från år 2018 inkluderades sjukskrivna personer med muskuloskeletal, psykiatriska eller generella/ospecificerade diagnoser enligt International Classification of Primary Care (ICPC-2) [84]. Interventionsgruppens 91 deltagare fick under två slutenvårdstillfällen á fyra dagar under en period av fyra veckor ett multimodalt program som omfattade gruppbaserad kognitiv terapi och fysisk träning, mindfulness, psykoedukation om stress samt kontakt med koordinator för problemlösning och planering av återgång i arbete. Kontrollgruppens 76 deltagare fick inom öppenvården gruppbaserad ACT en gång i veckan under sex veckor och erbjöds även kontakt med socialarbetare med erfarenhet av arbetsrehabilitering. Längsta uppföljningstiden var ett år. Utfallen var antal sjukdagar och tid till hållbar återgång i arbete (registerbaserade data). Vi bedömde att dessa utfall hade måttlig risk för bias.

I en liknande norsk randomiserad studie undersökte samma forskargrupp i två publikationer [85] och [86] effekten av ett mer omfattande interventionsupplägg för samma mixade population som i studien av Aasdahl från 2018 [84]. Interventionsgruppens 86 deltagare fick under 3,5 veckor ett multimodalt program inom slutenvård som omfattade gruppdiskussioner, psykoedukation, individuella möten med koordinator respektive läkare, fysisk träning, utomhusaktiviteter, nätverksdag, mindfulness, promenader till arbetet, planering för återgång i arbete samt hemövningar. Kontrollgruppens 80 deltagare fick inom öppenvården gruppbaserad ACT en gång i veckan under sex till sju veckor och erbjöds även kontakt med bland annat fysioterapeut och socialarbetare. Uppföljningstiderna var 12 respektive 24 månader. Vi bedömde att de primära utfallen antal sjukdagar och tid till hållbar återgång i arbete hade måttlig risk för bias. De självrapporterade utfallen rörande smärta, oro, depressiva symtom och livskvalitet bedömde vi ha hög risk för bias och de ingår därför inte i denna rapport.

I en svensk randomiserad kontrollerad studie av Brattberg från år 2007 undersökte författaren effekten av en webbaserad intervention för personer sjukskrivna på grund av kronisk smärta, utmattning, eller båda [87]. Majoriteten av deltagarna hade kronisk smärta som primär diagnos. Trettio personer randomiserades till ett rehabiliteringsprogram som innebar att individuellt titta på totalt 19 filmade autentiska gruppdiskussioner från en stödgrupp för personer med kronisk smärta och utmattning. Deltagarna fick sedan reflektera kring filmerna i ett internetforum. Kontrollgruppens 30 personer placerades på väntelista. Utfallen som mättes efter 12 månader var andel med ökad arbetskapacitet, sjukskrivningsgrad, oro, depression och stressymtom. Samtliga utfall bedömdes ha måttlig risk för bias.

I en svensk randomiserad kontrollerad studie av Carlsson och medarbetare från år 2013 undersökte författarna effekten av tidig multidisciplinär bedömning för personer sjukskrivna på grund av psykiatrisk sjukdom, muskuloskeletal sjukdom, eller båda [88]. Majoriteten av deltagarna hade smärtproblematik. Tjugo personer randomiserades till bedömning av fysioterapeut, psykoterapeut och arbetsterapeut inom en vecka efter kontakt med sjukskrivande primärvårdsläkare. Interventionen omfattade inte behandling, men patienter som bedömdes dra nytta av behandling remitterades av primärvårdsläkaren till hälso- och sjukvårdens ordinarie resurser. Kontrollgruppens 16 personer fick standardbehandling, vilket inte omfattade tidig multidisciplinär bedömning. Längsta

uppföljningstid var 12 månader. Utfallen som mättes var antal ännu sjukskrivna och antal sjukskrivningsdagar. Vi bedömde att utfallen hade måttlig risk för bias.

I en norsk randomiserad kontrollerad studie av Fleten och medarbetare från år 2006 undersökte författarna effekten av en mindre informationsintervention per post för personer nyligen sjukskrivna på grund av muskuloskeletal eller psykiatrisk sjukdom [89]. Majoriteten av deltagarna hade muskuloskeletal diagnos. Fyrahundrafyrtiofem personer randomiserades till att få ett postat informationsbrev inom 14 dagar efter påbörjad sjukskrivning. Brevet informerade om möjligheten att återgå till arbete med anpassade arbetsuppgifter med bibehållen sjukersättning samt om möjligt samarbete mellan arbetstagare, arbetsgivare och försäkringskassa. Kontrollgruppens 495 deltagare fick standardbehandling, vilket inte omfattade extra information. Uppföljningstiden var 12 månader. Utfallen som mättes var sjukskrivningslängd och återgång i arbete. Vi bedömde att utfallen hade måttlig risk för bias.

I en norsk randomiserad studie inkluderade Hara och medarbetare år 2018, långtidssjukskrivna personer med kronisk smärta, kronisk trötthet eller vanliga psykiska sjukdomar (common mental disorder, CMD) som deltagit i en ACT-baserad arbetsrehabilitering på en rehabiliteringsklinik [90]. Interventionsgruppens 104 deltagare fick efter avslutad rehabilitering, utöver standarduppföljningen i öppenvården, även en förstärkt uppföljning via telefonkontakt under sex månaders tid. Det stöd som gavs under den förstärkta uppföljningen baserades på ACT-principer. Kontrollgruppens 109 deltagare fick standarduppföljning inom öppenvården. Längsta uppföljningstiden var cirka ett år. Utfallen var återgång i arbete (minst en dag per vecka), antal dagar med betalt arbete under första året och andel med ersättning från socialförsäkringssystemet efter ett år (registerbaserade data). Vi bedömde att dessa utfall hade måttlig risk för bias. Studien omfattade även en kostnadsberäkning för tillägget av den förstärkta uppföljningen. Denna presenteras nedan under rubriken Hälsoekonomiska studier och i rapportens hälsoekonomiska kapitel.

I en norsk randomiserad kontrollerad studie av Nystuen och medarbetare från år 2006, undersökte författarna effekten av en lösningsfokuserad uppföljningsintervention för personer långtidssjukskrivna på grund av psykologiska problem eller muskuloskeletal smärta [91]. Majoriteten av deltagarna hade psykologiska problem. Femtiotre personer randomiserades till att få lösningsfokuserad uppföljning, vilket omfattade behandlingstillfällen om tre till fyra timmar en gång i veckan under åtta veckor. Kontrollgruppens 50 deltagare fick sedvanlig uppföljning. Uppföljningstiden var 12 månader. Vi bedömde att utfallet, sjukskrivningslängd hade måttlig risk för bias. Utfallet hälsorelaterad livskvalitet bedömdes ha hög risk för bias och ingår inte i denna rapport.

I en norsk randomiserad kontrollerad studie av Skagseth och medarbetare från år 2020, undersökte författarna effekten av en arbetsplatsintervention i tillägg till ett multimodalt arbetsrehabiliteringsprogram för personer sjukskrivna på grund av muskuloskeletal, ospecificerade eller vanliga psykiska sjukdomar (CMD) [92]. Vanligast var muskuloskeletal (44 procent) och psykiatrisk (43 procent) sjukskrivningsdiagnos. Åttioåtta personer randomiserades till att, utöver den ineliggande rehabiliteringen (I-MORE), få en arbetsplatsintervention (WI) som bestod av att förbereda och genomföra ett arbetsplatsbesök samt att efteråt göra en skriftlig summering av besöket. Kontrollgruppens 87 deltagare fick endast arbetsrehabiliteringsprogrammet, som genomfördes ineliggande (tre av fyra veckor) på en rehabiliteringsklinik och omfattade främst ACT,

fysisk träning och arbetsrelaterad problemlösning. Uppföljningstiden var 12 månader. Vi bedömde att utfallen antal sjukskrivningsdagar och tid till hållbar återgång i arbete hade måttlig risk för bias.

Studier på populationer med bröstcancer

I en svensk randomiserad studie av Björneklett och medarbetare från år 2013 inkluderades kvinnor som nyligen fått diagnosen primär bröstcancer och som genomgått strålningsbehandling [93]. Interventionsgruppen bestod av 191 deltagare som efter avslutad cancerbehandling fick ett veckolångt stödprogram på en hotellanläggning. Programmet omfattade information, avslappningsträning, qigong och frigörande dans med uppföljning under fyra dagar efter två månader. Kontrollgruppens 191 deltagare fick sedvanlig uppföljning enligt rutinerna på onkologi- eller kirurgklinik. Längsta uppföljningstid var 12 månader. Utfallen var sjukskrivningsnivå och sjukvårdsutnyttjande (både självrapporterades). Vi bedömde av utfallen hade måttlig risk för bias. Studien omfattade också hälsoekonomiska analyser, men vi bedömde att dessa hade låg metodologisk kvalitet och de ingår därför inte i denna rapport.

I en holländsk randomiserad multicenterstudie utvärderade Tamminga och medarbetare i två publikationer effekten av patientundervisning och arbetsrelaterat stöd under sjukhusvistelsen för kvinnor under botande behandling av bröstcancer eller gynekologisk cancer [94] [95]. Drygt 60 procent av deltagarna hade bröstcancer. Interventionsgruppen bestod av 65 deltagare som fick patientundervisning och stöd av onkologisjuksköterska eller medicinskt kunnig socialarbetare, förstärkt kommunikation mellan behandlande läkare och företagsläkare och en konkret och gradvis plan för återgång i arbete. Kontrollgruppens 65 deltagare fick sedvanlig vård. Uppföljningstiderna var 12 månader [94] och två år [95]. Utfallen var återgång i arbete, arbetsförmåga, arbetsrelaterad livskvalitet, fysisk funktion och smärta. Vi bedömde att samtliga utfallen hade måttlig risk för bias.

Hälsoekonomiska studier

Studier på populationer med psykisk sjukdom

En studie av Brouwers och medarbetare från år 2007 studerade kostnadseffektiviteten av en aktiverande insats utförd av socialarbetare jämfört med sedvanlig vård utförd av primärvårdsläkare för personer sjukskrivna för stressrelaterade tillstånd eller lättare psykiska störningar [4]. Analysen baserades på uppgifter från en randomiserad kontrollerad studie genomförd i Nederländerna av Brouwers och medarbetare år 2006 [3].

Resultaten visade inte på några signifikanta skillnader för varken sjukskrivningslängd (skillnad 3,8 dagar (95 % KI -34,5 till 42,3)), mentalt summaindex (skillnad -1,4, spridningsmått inte rapporterat), fysiskt summaindex (skillnad 2,9, spridningsmått inte rapporterat) eller QALYs (skillnad 0,056, spridningsmått inte rapporterat) för dem som fick den aktiverande insatsen jämfört med de som fick sedvanlig vård. Samma gällde de totala kostnaderna, ingen signifikant skillnad sågs mellan interventions- och jämförelsegruppen (skillnad 11 EUR (95 % KI - 1 818 till 1 816 EUR)), vilket motsvarar cirkaskillnad 150 SEK (95 % KI -24 500 till 24 500 SEK)).

I en studie av Goorden och medarbetare från år 2014 studerades kostnadseffektiviteten av sammanhållen vård (collaborative care) jämfört med sedvanlig vård för patienter sjukskrivna för depression [33]. Analysen baserades på uppgifter från en randomiserad kontrollerad studie genomförd i Nederländerna [32].

Resultaten visade inte några statistiskt signifikanta skillnader i tid till arbetsåtergång eller QALYs (skillnad -0,05 (95 % KI -0,11 till 0,00)) för personer som fick sammanhållen vård jämfört med sedvanlig vård. Kostnader för hälso- och sjukvård uppgick till 3 875 EUR (95 % KI 2 778 till 5 718 EUR) för insatsgruppen, vilket motsvarar cirka 51 000 SEK (95 % KI 36 000 till 75 000 SEK), och till 4 583 EUR (95 % KI 3 108 till 6 794 EUR) för jämförelsegruppen, vilket motsvarar cirka 60 000 SEK (95 % KI 41 000 till 89 000 SEK). I en analys baserat på dessa siffror var det cirka 70 procents sannolikhet att insatsen var mindre effektiv och mindre kostsam än jämförelsealternativet. I en analys där man även inkluderade kostnader för produktion blev resultatet liknande. I det fallet var det cirka 75 procents sannolikhet att insatsen var såväl mindre effektiv som mindre kostsam än jämförelsealternativet.

Rebergen och medarbetare studerade år 2009 kostnadseffektiviteten av en riktlinjebaserad aktiverande insats av företagsläkare som, om relevant, inkluderade arbetsplatsinsatser jämfört med sedvanlig vård till poliser sjukskrivna för vanliga psykiatriska sjukdomar [12]. Analysen baserades på uppgifter från en randomiserad kontrollerad studie genomförd i Nederländerna av Rebergen och medarbetare år 2009 [11].

Två analyser genomfördes; en kostnadseffektivitetsanalys som gjordes från ett samhällsperspektiv och en kostnadsnyttoanalys som gjordes från ett arbetsgivarperspektiv. Resultaten visade inte på några skillnader i antal sjukskrivningsdagar för personer som fick insatsen jämfört med personer som fick sedvanlig vård (skillnad 1 dag (95 % KI -21 till 22)). Författarna fann inte heller några signifikanta skillnader i produktionsförlustkostnader mellan grupperna oavsett om produktionsförlusterna skattades med friktionskostnads- eller humankapitalmetoden. Hälso- och sjukvårdskostnaderna var

signifikant lägre för de som fick insatsen jämfört med de som fick sedvanlig vård (skillnad -520 EUR (95 % KI -980 till -59 EUR)), vilket motsvarar cirka (skillnad -7 000 SEK (95 % KI -13 000 till -800 SEK)).

I en studie av van Oostrom och medarbetare från år 2010 studerades kostnadseffektiviteten av en stegvis arbetsplatsinsats hos personer som relativt nyligen blivit sjukskrivna för pågående stress [17]. Analysen baserades på uppgifter från en randomiserad kontrollerad studie genomförd i Nederländerna av van Oostrom och medarbetare från år 2010 [16].

Resultaten visade inte på några signifikanta skillnader i dagar till varaktig arbetsåtergång² (skillnad 0,71 dagar (95 % KI -34,8 till 36,2)) eller QALYs (skillnad -0,01 (95 % KI -0,06 till 0,04)) för personer som fick arbetsplatsinsatsen jämfört med personer som fick sedvanlig vård. Arbetsplatsinsatsen kostade 554 EUR per deltagare, vilket motsvarar cirka 7 300 SEK. Ur ett samhällsperspektiv sågs ingen signifikant skillnad mellan interventions- och jämförelsegruppen avseende de totala kostnaderna (skillnad 1 846 EUR (95 % KI -3 617 till 7 630 EUR); indirekta kostnader skattade enligt humankapitalmetoden), vilket motsvarar cirka (24 000 SEK (95 % KI 47 500 till 100 000 SEK)).

Studier på populationer med muskuloskeletal sjukdom

Abasolo och medarbetare utvärderade år 2005 ett kliniskt behandlingsprogram som gavs av reumatologer till personer som var arbetsoförmögna på grund av någon muskuloskeletal sjukdom jämfört med sedvanlig primärvård [43]. Det kliniska programmet bestod huvudsakligen av utbildning och att följa ett kliniskt behandlingsprotokoll. Den ekonomiska utvärderingen baserades på uppgifter från en randomiserad kontrollerad studie genomförd i Spanien, och rapporteras i samma publikation som utfallen rörande återgång i arbete.

I den ekonomiska utvärderingen jämfördes kostnader för hälso- och sjukvård och produktionsbortfall i interventions- och jämförelsegrupperna, och ställdes mot kostnaden för insatsen. Enligt författarnas beräkningar var de genomsnittliga direkta kostnaderna per patient, beroende på sjukvårdsdistrikt, mellan 111 – 462 USD lägre i insatsgruppen (spridningsmått inte rapporterat), vilket motsvarar cirka 1 400 – 6 000 SEK. Även de indirekta kostnaderna var i genomsnitt 607 – 1 826 USD lägre (spridningsmått inte rapporterat), beroende på sjukvårdsdistrikt, vilket motsvarar cirka 7 800 – 23 500 SEK. Kostnaden för insatsen vägdes enligt författarnas beräkningar upp av minskade kostnader för övrig hälso- och sjukvård och minskade kostnader för produktionsförluster. Varje 1 USD som investerades i programmet generade enligt analysen 11 USD i minskade kostnader utifrån ett samhällsperspektiv, vilket motsvarar att en investering på cirka 13 SEK genererar en kostnadsminskning med cirka 140 SEK.

Bültmann och medarbetare genomförde år 2009 en ekonomisk utvärdering av en multimodal insats med arbetsplatsanknytning för personer sjukskrivna för muskuloskeletal sjukdom [60]. Den multimodala insatsen beskrivs som koordinerad och skräddarsydd och bestod av vård från ett team bestående av företagsläkare, arbetsterapeut, kiropraktor, psykolog och en socialarbetare som hade

² Varaktig arbetsåtergång definierades som att den anställde återgick till arbete i minst 4 veckor utan återkommande sjukskrivning.

en koordinerande roll för att etablera och upprätthålla kontakt med arbetsplatsen och kommunen. Jämförelsegruppen fick sedvanlig primärvård. Den ekonomiska utvärderingen baserades på uppgifter från en randomiserad kontrollerad studie genomförd i Danmark, och rapporteras i samma publikation som utfallet rörande återgång i arbete.

I den ekonomiska utvärderingen jämfördes kostnader för hälso- och sjukvård och produktionsbortfall i interventions- och jämförelsegrupperna, och ställdes mot kostnaden för insatsen. Enligt författarnas beräkningar var de genomsnittliga indirekta kostnaderna per patient cirka 67 000 DKK lägre i insatsgruppen jämfört med kontrollgruppen ($p=0,006$), vilket motsvarar 105 000 SEK. Detta var en återspeglning av att personer i insatsgruppen hade 46 färre sjukdagar jämfört med personer i kontrollgruppen under studiens uppföljningstid. Vad gäller kostnader för hälso- och sjukvård sågs ingen signifikant skillnad mellan grupperna med undantag för öppenvårdsbesök, där kostnaderna var cirka 3 600 DKK lägre i insatsgruppen ($p=0,047$), vilket motsvarar cirka 5 500 SEK. Enligt författarnas beräkningar var programmets nettonuvärde³ cirka 60 000 DKK per person utifrån ett samhällsperspektiv baserat på effekter under den 12 månader långa uppföljningstiden, det motsvarar cirka 94 000 SEK.

Hagen och medarbetare genomförde år 2003 en ekonomisk utvärdering av ett tidigt stöd- och mobiliseringsprogram för personer sjukskrivna för ländryggsmärta [38]. Jämförelsegruppen fick sedvanlig primärvård. Den ekonomiska utvärderingen baserades på uppgifter från en randomiserad kontrollerad studie genomförd i Norge [37] [38] [39].

I den ekonomiska utvärderingen jämfördes kostnaderna för produktionsbortfall i interventions- och kontrollgrupperna under den tre år långa uppföljningsperioden, och ställdes mot kostnaden för insatsen. Enligt författarnas beräkningar var de genomsnittliga kostnaderna för produktionsbortfall cirka 27 740 NOK lägre per patient i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen (kostnader under det andra och tredje året diskonterades med 3,5 %), vilket motsvarar cirka 69 000 SEK. Detta var en återspeglning av att personer i interventionsgruppen hade cirka 45 färre sjukdagar jämfört med personer i kontrollgruppen. Utifrån att insatskostnaden skattades till cirka 2 200 NOK beräknades programmets nettonuvärde³ till cirka 25 500 NOK per person ur ett samhällsperspektiv, vilket motsvarar cirka 63 000 SEK.

Lambeek och medarbetare studerade år 2010, kostnadseffektiviteten av integrerad vård i företagshälsovården jämfört med sedvanlig vård från ordinarie läkarkontakter för patienter med kronisk ländryggsmärta som var helt eller delvis sjukskrivna [68]. Analysen baserades på uppgifter från en randomiserad kontrollerad studie av Lambeek och medarbetare från år 2010 och som är genomförd i Nederländerna [67].

Resultaten visade på en liten men statistiskt signifikant vinst i QALYs för gruppen som fick integrerad vård jämfört med gruppen som fick sedvanlig vård (skillnad 0,09 (95 % KI 0,01 till 0,16)). Personerna

³ Nettonuvärde (engelska *net present value*) är skillnaden mellan nuvärdet av en insats och insatsens kostnad. Nuvärdet beräknas som summan av de diskonterade in- och utbetalningar som insatsen leder till över tid. Om nettonuvärdet är större än noll betyder det att investeringen är lönsam.

som fick integrerad vård återgick i hållbart arbete⁴ efter i genomsnitt 129 dagar jämfört med 197 dagar för patienter som fick sedvanlig vård (skillnad -68 dagar (95 % KI -110 till -26 dagar)). De totala kostnaderna ur ett samhällsperspektiv var i genomsnitt lägre för patienter som fick integrerad vård jämfört med patienter som fick sedvanlig vård (skillnad cirka -5 300 GBP (95 % KI cirka -10 000 till -390 GBP) vilket motsvarar cirka -87 000 SEK (95 % KI cirka -164 000 till -6 400 SEK). Detta förklarades av lägre indirekta kostnader; dessa utgjorde cirka 90 procent av de totala kostnaderna. Det var ingen signifikant skillnad i direkta kostnader (insatskostnaden inkluderad) mellan grupperna (skillnad 217 GBP (95 % KI -130 till 660 GBP)), vilket motsvarar cirka (skillnad 3 500 SEK (95 % KI - 2 000 till 11 000 SEK)).

Eftersom integrerad vård både ledde till bättre utfall och lägre totala kostnader var det enligt denna studie en så kallad dominant strategi utifrån ett samhällsperspektiv.

Steenstra och medarbetare studerade år 2006 olika kombinationer av en arbetsplatsinsats, graderad fysisk aktivitet och sedvanlig vård för personer sjukskrivna för ospecifik ländryggsmärta [48]. Analysen baserades på uppgifter från en randomiserad kontrollerad studie genomförd i Nederländerna [46] [47] [48].

Två ekonomiska analyser genomfördes. I kostnadsnyttoanalysen skattades kostnad per QALY. Resultaten visade inga statistiskt signifikanta skillnader i QALYs (skillnad -0,04 (95 % KI -0,12 till 0,04)) eller totala kostnader (skillnad 116 EUR (95 % KI -1 790 till 1 919 EUR)) för de som fick en arbetsplatsinsats jämfört med de som enbart fick sedvanlig vård, vilket motsvarar cirka (skillnad 1 600 SEK (95 % KI -24 500 till 26 000 SEK)). Inte heller när man jämförde alternativen arbetsplatsinsats i kombination med graderad fysisk aktivitet med arbetsplatsinsats i kombination med sedvanlig vård fann man några statistiskt signifikanta skillnader i QALYs (skillnad -0,05 (95 % KI -0,20 till 0,11)) eller totala kostnader (skillnad -1 282 EUR (95 % KI -5011 till 2 589 EUR)), vilket motsvarar cirka (skillnad 17 500 SEK (95 % KI -68 700 till 35 500 SEK)). Inga statistiskt signifikanta skillnader i QALYs (skillnad -0,11 (95 % KI -0,25 till 0,03)) eller totala kostnader (skillnad 348 EUR (95 % KI -2 722 till 3 004 EUR)), vilket motsvarar cirka (skillnad 5 000 SEK (95 % KI -37 000 till 41 000 SEK)), kunde heller fastslås när man jämförde grupperna som fick sedvanlig vård i kombination med graderad fysisk aktivitet och de som enbart fick sedvanlig vård.

I kostnadseffektivitetsanalysen estimerades kostnaden per dagar till arbetsåtergång. Analysen visade att de som fick arbetsplatsinsatsen återvände till arbetet 30 dagar tidigare jämfört med de som endast fick sedvanlig vård (95 % KI 3,1 till 51,3 dagar). Inga skillnader mellan grupperna i kostnader kunde dock påvisas (skillnad -556 EUR (95 % KI -1 284 till 282 EUR)), vilket motsvarar cirka (skillnad - 7 500 SEK (95 % KI -17 500 till 4 000 SEK)). De som fick arbetsplatsinsatsen i kombination med graderad fysisk aktivitet återvände till arbetet 50,9 dagar senare jämfört med dem som fick arbetsplatsinsatsen i kombination med sedvanlig vård (95 % KI -89,4 till -2,7)). Inga signifikanta skillnader i kostnader mellan grupperna observerades (skillnad -583 EUR (95 % KI -3 050 till 1 917 EUR)), vilket motsvarar cirka (skillnad -8 000 SEK (95 % KI -42 000 till 26 000 SEK)). När man jämförde gruppen som fick sedvanlig vård i kombination med graderad fysisk aktivitet med de som enbart fick

⁴ Hållbart arbete definierades som att den anställde återgick till arbete i minst 4 veckor utan återkommande sjukskrivning.

sedvanlig vård fann man inga statistiskt signifikanta skillnader i arbetsåtergång (skillnad 21,3 dagar senare (95 % KI -74,1 till 29,2)) eller totala kostnader (skillnad 348 EUR (95 % KI -2 722 till 3 004 EUR)), vilket motsvarar cirka (skillnad 5 000 SEK (95 % KI -37 000 till 41 000 SEK)). Författarna drog slutsatserna att man kunde minska sjukfrånvaron med en dag för de som fick arbetsplatsinsatsen jämfört med de som enbart fick sedvanlig vård till en kostnad på 19 EUR, vilket motsvarar cirka 260 SEK.

Studier på blandade populationer

Hara och medarbetare beräknade den extra kostnaden för att personer sjukskrivna på grund av smärta, kronisk trötthet eller vanliga psykiatriska sjukdomar fick förstärkt uppföljning i sex månader jämfört med att enbart erhålla sedvanlig vård efter att ha genomgått ett 3,5 veckor långt rehabiliteringsprogram [90]. Beräkningarna baserades på uppgifter från en randomiserad kontrollerad studie genomförd i Norge, och rapporterades i samma publikation som utfallen rörande återgång i arbete.

Kostnaderna för den förstärkta uppföljningen inkluderade kostnader för individuella och sammanhållna kontakter (collaborative contacts). Beräkningarna baserades på antal kontakter samt typ av kontakt (telefonsamtal, videosamtal, fysiskt möte). I genomsnitt fick de personer som erhöll förstärkt uppföljning 5,77 extra kontakttillfällen (i genomsnitt 7 timmar per patient) under den uppföljande sexmånadersperioden. Medelkostnaden per person beräknades till cirka 400 EUR, vilket motsvarar cirka 5 300 SEK.

Referenser

1. Bakker IM, Terluin B, van Marwijk HW, van der Windt DA, Rijmen F, van Mechelen W, et al. A cluster-randomised trial evaluating an intervention for patients with stress-related mental disorders and sick leave in primary care. *PLoS Clinical Trials*. 2007;2(6):e26. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pctr.0020026>.
2. Björkelund C, Svenningsson I, Hange D, Udo C, Petersson EL, Ariai N, et al. Clinical effectiveness of care managers in collaborative care for patients with depression in Swedish primary health care: a pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMC Family Practice*. 2018;19(1):28. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0711-z>.
3. Brouwers EP, Tiemens BG, Terluin B, Verhaak PF. Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: a randomized controlled effectiveness trial. *General Hospital Psychiatry*. 2006;28(3):223-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2006.02.005>.
4. Brouwers EP, de Bruijne MC, Terluin B, Tiemens BG, Verhaak PF. Cost-effectiveness of an activating intervention by social workers for patients with minor mental disorders on sick leave: a randomized controlled trial. *European Journal of Public Health*. 2007;17(2):214-20. Available from: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl099>.
5. Dalgaard VL, Aschbacher K, Andersen JH, Glasscock DJ, Willert MV, Carstensen O, et al. Return to work after work-related stress: a randomized controlled trial of a work-focused cognitive behavioral intervention. *Scand J Work Environ Health*. 2017;43(5):436-46. Available from: <https://doi.org/10.5271/sjweh.3655>.
6. de Vente W, Kamphuis JH, Emmelkamp PM, Blonk RW. Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2008;13(3):214-31. Available from: <https://doi.org/10.1037/1076-8998.13.3.214>.
7. Glasscock DJ, Carstensen O, Dalgaard VL. Recovery from work-related stress: a randomized controlled trial of a stress management intervention in a clinical sample. *Int Arch Occup Environ Health*. 2018;91(6):675-87. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00420-018-1314-7>.
8. Huibers MJ, Beurskens AJ, Van Schayck CP, Bazelmans E, Metsemakers JF, Knottnerus JA, et al. Efficacy of cognitive-behavioural therapy by general practitioners for unexplained fatigue among employees: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. 2004;184:240-6. Available from: <https://doi.org/10.1192/bjp.184.3.240>.
9. Leone SS, Huibers MJ, Kant I, van Amelsvoort LG, van Schayck CP, Bleijenberg G, et al. Long-term efficacy of cognitive-behavioral therapy by general practitioners for fatigue: a 4-year follow-up study. *Journal of Psychosomatic Research*. 2006;61(5):601-7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.04.010>.
10. Noordik E, van der Klink JJ, Geskus RB, de Boer MR, van Dijk FJ, Nieuwenhuijsen K. Effectiveness of an exposure-based return-to-work program for workers on sick leave due to common mental disorders: a cluster-randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health*. 2013;39(2):144-54. Available from: <https://doi.org/10.5271/sjweh.3320>.
11. Rebergen DS, Bruinvels DJ, Bezemer PD, van der Beek AJ, van Mechelen W. Guideline-based care of common mental disorders by occupational physicians (CO-OP study): a randomized

- controlled trial. *J Occup Environ Med.* 2009;51(3):305-12. Available from: <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181990d32>.
12. Rebergen DS, Bruinvels DJ, van Tulder MW, van der Beek AJ, van Mechelen W. Cost-effectiveness of guideline-based care for workers with mental health problems. *J Occup Environ Med.* 2009;51(3):313-22. Available from: <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181990d8e>.
 13. van Beurden KM, Brouwers EPM, Joosen MCW, de Boer MR, van Weeghel J, Terluin B, et al. Effectiveness of an Intervention to Enhance Occupational Physicians' Guideline Adherence on Sickness Absence Duration in Workers with Common Mental Disorders: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *Journal of Occupational Rehabilitation.* 2017;27(4):559-67. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9682-x>.
 14. Volker D, Zijlstra-Vlasveld MC, Anema JR, Beekman AT, Brouwers EP, Emons WH, et al. Effectiveness of a blended web-based intervention on return to work for sick-listed employees with common mental disorders: results of a cluster randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research.* 2015;17(5):e116. Available from: <https://doi.org/10.2196/jmir.4097>.
 15. Pedersen P, Sogaard HJ, Labriola M, Nohr EA, Jensen C. Effectiveness of psychoeducation in reducing sickness absence and improving mental health in individuals at risk of having a mental disorder: a randomised controlled trial. *BMC Public Health.* 2015;15:763. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2087-5>.
 16. van Oostrom SH, van Mechelen W, Terluin B, de Vet HC, Knol DL, Anema JR. A workplace intervention for sick-listed employees with distress: results of a randomised controlled trial. *Occup Environ Med.* 2010;67(9):596-602. Available from: <https://doi.org/10.1136/oem.2009.050849>.
 17. van Oostrom SH, Heymans MW, de Vet HC, van Tulder MW, van Mechelen W, Anema JR. Economic evaluation of a workplace intervention for sick-listed employees with distress. *Occup Environ Med.* 2010;67(9):603-10. Available from: <https://doi.org/10.1136/oem.2009.051979>.
 18. Cederberg M, Alsen S, Ali L, Ekman I, Glise K, Jonsdottir IH, et al. Effects of a Person-Centered eHealth Intervention for Patients on Sick Leave Due to Common Mental Disorders (PROMISE Study): Open Randomized Controlled Trial. *JMIR Ment Health.* 2022;9(3):e30966. Available from: <https://doi.org/10.2196/30966>.
 19. de Weerd BJ, van Dijk MK, van der Linden JN, Roelen CA, Verbraak MJ. The effectiveness of a convergence dialogue meeting with the employer in promoting return to work as part of the cognitive-behavioural treatment of common mental disorders: A randomized controlled trial. *Work.* 2016;54(3):647-55. Available from: <https://doi.org/10.3233/WOR-162307>.
 20. Hees HL, de Vries G, Koeter MW, Schene AH. Adjuvant occupational therapy improves long-term depression recovery and return-to-work in good health in sick-listed employees with major depression: results of a randomised controlled trial. *Occup Environ Med.* 2013;70(4):252-60. Available from: <https://doi.org/10.1136/oemed-2012-100789>.
 21. Hoff A, Fisker J, Poulsen RM, Hjorthoj C, Rosenberg NK, Nordentoft M, et al. Integrating vocational rehabilitation and mental healthcare to improve the return-to-work process for people on sick leave with stress-related disorders: results from a randomized trial. *Scand J Work Environ Health.* 2022;48(5):361-71. Available from: <https://doi.org/10.5271/sjweh.4021>.
 22. Hoff A, Poulsen RM, Fisker J, Hjorthoj C, Rosenberg N, Nordentoft M, et al. Integrating vocational rehabilitation and mental healthcare to improve the return-to-work process for

- people on sick leave with depression or anxiety: results from a three-arm, parallel randomised trial. *Occup Environ Med*. 2022;79(2):134-42. Available from: <https://doi.org/10.1136/oemed-2021-107894>.
23. Keus van de Poll M, Nybergh L, Lornudd C, Hagberg J, Bodin L, Kwak L, et al. Preventing sickness absence among employees with common mental disorders or stress-related symptoms at work: a cluster randomised controlled trial of a problem-solving-based intervention conducted by the Occupational Health Services. *Occup Environ Med*. 2020;77(7):454-61. Available from: <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-106353>.
 24. Finnes A, Ghaderi A, Dahl J, Nager A, Enebrink P. Randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy and a workplace intervention for sickness absence due to mental disorders. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2019;24(1):198-212. Available from: <https://doi.org/10.1037/ocp0000097>.
 25. van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH, van Dijk FJ. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occup Environ Med*. 2003;60(6):429-37. Available from: <https://doi.org/10.1136/oem.60.6.429>.
 26. Malmberg Gavelin H, Eskilsson T, Boraxbekk CJ, Josefsson M, Stigsdotter Neely A, Slunga Jarvholm L. Rehabilitation for improved cognition in patients with stress-related exhaustion disorder: RECO - a randomized clinical trial. *Stress*. 2018;21(4):279-91. Available from: <https://doi.org/10.1080/10253890.2018.1461833>.
 27. Nieuwenhuijsen K, Schoutens AMC, Frings-Dresen MHW, Sluiter JK. Evaluation of a randomized controlled trial on the effect on return to work with coaching combined with light therapy and pulsed electromagnetic field therapy for workers with work-related chronic stress. *BMC Public Health*. 2017;17(1):761. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4720-y>.
 28. Reme SE, Grasdahl AL, Lovvik C, Lie SA, Overland S. Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial. *Occup Environ Med*. 2015;72(10):745-52. Available from: <https://doi.org/10.1136/oemed-2014-102700>.
 29. Overland S, Grasdahl AL, Reme SE. Long-term effects on income and sickness benefits after work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support: a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Occup Environ Med*. 2018;75(10):703-8. Available from: <https://doi.org/10.1136/oemed-2018-105137>.
 30. Salomonsson S, Santoft F, Lindsater E, Ejeby K, Ljotsson B, Ost LG, et al. Cognitive-behavioural therapy and return-to-work intervention for patients on sick leave due to common mental disorders: a randomised controlled trial. *Occup Environ Med*. 2017;74(12):905-12. Available from: <https://doi.org/10.1136/oemed-2017-104342>.
 31. Salomonsson S, Santoft F, Lindsater E, Ejeby K, Ingvar M, Ljotsson B, et al. Effects of cognitive behavioural therapy and return-to-work intervention for patients on sick leave due to stress-related disorders: Results from a randomized trial. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2020;61(2):281-9. Available from: <https://doi.org/10.1111/sjop.12590>.
 32. Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Ader HJ, Anema JR, Hoedeman R, van Mechelen W, et al. Collaborative care for sick-listed workers with major depressive disorder: a randomised controlled trial from the Netherlands Depression Initiative aimed at return to work and depressive symptoms. *Occup Environ Med*. 2013;70(4):223-30. Available from: <https://doi.org/10.1136/oemed-2012-100793>.

33. Goorden M, Vlasveld MC, Anema JR, van Mechelen W, Beekman AT, Hoedeman R, et al. Cost-utility analysis of a collaborative care intervention for major depressive disorder in an occupational healthcare setting. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2014;24(3):555-62. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9483-4>.
34. Wormgoor MEA, Indahl A, Andersen E, Egeland J. Effectiveness of Briefer Coping-Focused Psychotherapy for Common Mental Complaints on Work-Participation and Mental Health: A Pragmatic Randomized Trial with 2-Year Follow-Up. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2020;30(1):22-39. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09841-6>.
35. Du Bois M, Donceel P. Guiding low back claimants to work: a randomized controlled trial. *Spine*. 2012;37(17):1425-31. Available from: <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e31824e4ada>.
36. Elvsåshagen H, Tellnes G, Abdelnoor MH. Does early intervention by a specialist in physical medicine and rehabilitation reduce the duration of long term sick leave among persons with musculoskeletal diseases? *Norsk Epidemiologi*. 2009;19(2):219-22.
37. Hagen EM, Eriksen HR, Ursin H. Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain? *Spine*. 2000;25(15):1973-6. Available from: <https://doi.org/10.1097/00007632-200008010-00017>.
38. Molde Hagen E, Grasdal A, Eriksen HR. Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain: a 3-year follow-up study. *Spine*. 2003;28(20):2309-15; discussion 16. Available from: <https://doi.org/10.1097/01.BRS.0000085817.33211.3F>.
39. Lie SA, Eriksen HR, Ursin H, Hagen EM. A multi-state model for sick-leave data applied to a randomized control trial study of low back pain. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2008;36(3):279-83. Available from: <https://doi.org/10.1177/1403494807086979>.
40. Hagen EM, Odellien KH, Lie SA, Eriksen HR. Adding a physical exercise programme to brief intervention for low back pain patients did not increase return to work. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2010;38(7):731-8. Available from: <https://doi.org/10.1177/1403494810382472>.
41. Heymans MW, de Vet HC, Bongers PM, Knol DL, Koes BW, van Mechelen W. The effectiveness of high-intensity versus low-intensity back schools in an occupational setting: a pragmatic randomized controlled trial. *Spine*. 2006;31(10):1075-82. Available from: <https://doi.org/10.1097/01.brs.0000216443.46783.4d>.
42. Marhold C, Linton SJ, Melin L. A cognitive-behavioral return-to-work program: effects on pain patients with a history of long-term versus short-term sick leave. *Pain*. 2001;91(1-2):155-63. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(00\)00431-0](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(00)00431-0).
43. Abasolo L, Blanco M, Bachiller J, Candelas G, Collado P, Lajas C, et al. A health system program to reduce work disability related to musculoskeletal disorders. *Annals of Internal Medicine*. 2005;143(6):404-14. Available from: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-143-6-200509200-00005>.
44. Gross DP, Asante AK, Miciak M, Battie MC, Carroll LJ, Sun A, et al. A cluster randomized clinical trial comparing functional capacity evaluation and functional interviewing as components of occupational rehabilitation programs. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2014;24(4):617-30. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9491-4>.
45. Gross DP, Asante AK, Miciak M, Battie MC, Carroll LJ, Sun A, et al. Are performance-based functional assessments superior to semistructured interviews for enhancing return-to-work outcomes? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2014;95(5):807-15 e1. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.01.017>.

46. Anema JR, Steenstra IA, Bongers PM, de Vet HC, Knol DL, Loisel P, et al. Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: graded activity or workplace intervention or both? A randomized controlled trial. *Spine*. 2007;32(3):291-8; discussion 9-300. Available from: <https://doi.org/10.1097/01.brs.0000253604.90039.ad>.
47. Steenstra IA, Anema JR, Bongers PM, de Vet HC, Knol DL, van Mechelen W. The effectiveness of graded activity for low back pain in occupational healthcare. *Occup Environ Med*. 2006;63(11):718-25. Available from: <https://doi.org/10.1136/oem.2005.021675>.
48. Steenstra IA, Anema JR, van Tulder MW, Bongers PM, de Vet HC, van Mechelen W. Economic evaluation of a multi-stage return to work program for workers on sick-leave due to low back pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2006;16(4):557-78. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10926-006-9053-0>.
49. Hlobil H, Staal JB, Twisk J, Koke A, Ariens G, Smid T, et al. 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. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2005;15(4):569-80. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8035-y>.
50. Staal JB, Hlobil H, Twisk JW, Smid T, Koke AJ, van Mechelen W. Graded activity for low back pain in occupational health care: a randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine*. 2004;140(2):77-84. Available from: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-140-2-200401200-00007>.
51. Jensen IB, Bergstrom G, Ljungquist T, Bodin L, Nygren AL. A randomized controlled component analysis of a behavioral medicine rehabilitation program for chronic spinal pain: are the effects dependent on gender? *Pain*. 2001;91(1-2):65-78. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(00\)00420-6](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(00)00420-6).
52. Jensen IB, Bergstrom G, Ljungquist T, Bodin L. A 3-year follow-up of a multidisciplinary rehabilitation programme for back and neck pain. *Pain*. 2005;115(3):273-83. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.03.005>.
53. Busch H, Bodin L, Bergstrom G, Jensen IB. Patterns of sickness absence a decade after pain-related multidisciplinary rehabilitation. *Pain*. 2011;152(8):1727-33. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.02.004>.
54. Jensen C, Jensen OK, Christiansen DH, Nielsen CV. One-year follow-up in employees sick-listed because of low back pain: randomized clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention. *Spine*. 2011;36(15):1180-9. Available from: <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e3181eba711>.
55. Jensen C, Jensen OK, Nielsen CV. Sustainability of return to work in sick-listed employees with low-back pain. Two-year follow-up in a randomized clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2012;13:156. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-156>.
56. Pedersen P, Nielsen CV, Jensen OK, Jensen C, Labriola M. Employment status five years after a randomised controlled trial comparing multidisciplinary and brief intervention in employees on sick leave due to low back pain. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2018;46(3):383-8. Available from: <https://doi.org/10.1177/1403494817722290>.
57. Brendbekken R, Eriksen HR, Grasdal A, Harris A, Hagen EM, Tangen T. Return to Work in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: Multidisciplinary Intervention Versus Brief Intervention: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2017;27(1):82-91. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9634-5>.

58. Brendbekken R, Harris A, Ursin H, Eriksen HR, Tangen T. Multidisciplinary Intervention in Patients with Musculoskeletal Pain: a Randomized Clinical Trial. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2016;23(1):1-11. Available from: <https://doi.org/10.1007/s12529-015-9486-y>.
59. Brendbekken R, Vakt skjold A, Harris A, Tangen T. Predictors of return-to-work in patients with chronic musculoskeletal pain: A randomized clinical trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2018;50(2):193-9. Available from: <https://doi.org/10.2340/16501977-2296>.
60. Bultmann U, Sherson D, Olsen J, Hansen CL, Lund T, Kilsgaard J. Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2009;19(1):81-93. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10926-009-9162-7>.
61. Haldorsen EM, Grasd al AL, Skouen JS, Risa AE, Kronholm K, Ursin H. 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*. 2002;95(1-2):49-63. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(01\)00374-8](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(01)00374-8).
62. Skouen JS, Grasd al AL, Haldorsen EM, Ursin H. 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*. 2002;27(9):901-9; discussion 9-10. Available from: <https://doi.org/10.1097/00007632-200205010-00002>.
63. Skouen JS, Grasd al A, Haldorsen EM. Return to work after comparing outpatient multidisciplinary treatment programs versus treatment in general practice for patients with chronic widespread pain. *European Journal of Pain (London, England)*. 2006;10(2):145-52. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.02.005>.
64. Reme SE, Tveito TH, Harris A, Lie SA, Grasd al A, Indahl A, et al. Cognitive Interventions and Nutritional Supplements (The CINS Trial): A Randomized Controlled, Multicenter Trial Comparing a Brief Intervention With Additional Cognitive Behavioral Therapy, Seal Oil, and Soy Oil for Sick-Listed Low Back Pain Patients. *Spine*. 2016;41(20):1557-64. Available from: <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000001596>.
65. Harris A, Moe TF, Eriksen HR, Tangen T, Lie SA, Tveito TH, et al. Brief intervention, physical exercise and cognitive behavioural group therapy for patients with chronic low back pain (The CINS trial). *European Journal of Pain (London, England)*. 2017;21(8):1397-407. Available from: <https://doi.org/10.1002/ejp.1041>.
66. Kool J, Bachmann S, Oesch P, Knuesel O, Amberg en T, de Bie R, et al. Function-centered rehabilitation increases work days in patients with nonacute nonspecific low back pain: 1-year results from a randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2007;88(9):1089-94. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.05.022>.
67. Lambeek LC, van Mechelen W, Knol DL, Loisel P, Anema JR. Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. *BMJ*. 2010;340:c1035. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.c1035>.
68. Lambeek LC, Bosmans JE, Van Royen BJ, Van Tulder MW, Van Mechelen W, Anema JR. Effect of integrated care for sick listed patients with chronic low back pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. *BMJ*. 2010;341:c6414. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.c6414>.

69. Langagergaard V, Jensen OK, Nielsen CV, Jensen C, Labriola M, Sorensen VN, et al. The comparative effects of brief or multidisciplinary intervention on return to work at 1 year in employees on sick leave due to low back pain: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*. 2021;35(9):1290-304. Available from: <https://doi.org/10.1177/02692155211005387>.
70. Pedersen KKW, Langagergaard V, Jensen OK, Nielsen CV, Sorensen VN, Pedersen P. Two-Year Follow-Up on Return to Work in a Randomised Controlled Trial Comparing Brief and Multidisciplinary Intervention in Employees on Sick Leave Due to Low Back Pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2022;32(4):697-704. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10926-022-10030-1>.
71. Lindell O, Johansson SE, Strender LE. Subacute and chronic, non-specific back and neck pain: cognitive-behavioural rehabilitation versus primary care. A randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2008;9:172. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2474-9-172>.
72. Myhre K, Marchand GH, Leivseth G, Keller A, Bautz-Holter E, Sandvik L, et al. The effect of work-focused rehabilitation among patients with neck and back pain: a randomized controlled trial. *Spine*. 2014;39(24):1999-2006. Available from: <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000000610>.
73. Marchand GH, Myhre K, Leivseth G, Sandvik L, Lau B, Bautz-Holter E, et al. Change in pain, disability and influence of fear-avoidance in a work-focused intervention on neck and back pain: a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2015;16:94. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12891-015-0553-y>.
74. Moll LT, Jensen OK, Schiottz-Christensen B, Stapelfeldt CM, Christiansen DH, Nielsen CV, et al. Return to Work in Employees on Sick Leave due to Neck or Shoulder Pain: A Randomized Clinical Trial Comparing Multidisciplinary and Brief Intervention with One-Year Register-Based Follow-Up. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2018;28(2):346-56. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9727-9>.
75. Rossignol M, Abenhaim L, Séguin P, Neveu A, Collet J, Ducruet T, et al. Coordination of primary health care for back pain. A randomized controlled trial. *Spine* (03622436). 2000;25(2):251-9. Available from: <https://doi.org/10.1097/00007632-200001150-00018>.
76. Schweikert B, Jacobi E, Seitz R, Cziske R, Ehlert A, Knab J, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of adding a cognitive behavioral treatment to the rehabilitation of chronic low back pain. *Journal of Rheumatology*. 2006;33(12):2519-26.
77. Strand LI, Ljunggren AE, Haldorsen EM, Espehaug B. The impact of physical function and pain on work status at 1-year follow-up in patients with back pain. *Spine*. 2001;26(7):800-8. Available from: <https://doi.org/10.1097/00007632-200104010-00022>.
78. Haldorsen EM, Kronholm K, Skouen JS, Ursin H. Multimodal cognitive behavioral treatment of patients sicklisted for musculoskeletal pain: a randomized controlled study. *Scandinavian Journal of Rheumatology*. 1998;27(1):16-25. Available from: <https://doi.org/10.1080/030097498441128>.
79. van den Hout JH, Vlaeyen JW, Heuts PH, Zijlema JH, Wijnen JA. Secondary prevention of work-related disability in nonspecific low back pain: does problem-solving therapy help? A randomized clinical trial. *Clinical Journal of Pain*. 2003;19(2):87-96. Available from: <https://doi.org/10.1097/00002508-200303000-00003>.
80. Verbeek JH, van der Weide WE, van Dijk FJ. Early occupational health management of patients with back pain: a randomized controlled trial. *Spine*. 2002;27(17):1844-51; discussion 51. Available from: <https://doi.org/10.1097/00007632-200209010-00006>.

81. Vermeulen SJ, Anema JR, Schellart AJ, Knol DL, van Mechelen W, van der Beek AJ. A participatory return-to-work intervention for temporary agency workers and unemployed workers sick-listed due to musculoskeletal disorders: results of a randomized controlled trial. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2011;21(3):313-24. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9291-7>.
82. Viikari-Juntura E, Kausto J, Shiri R, Kaila-Kangas L, Takala EP, Karppinen J, et al. Return to work after early part-time sick leave due to musculoskeletal disorders: a randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health*. 2012;38(2):134-43. Available from: <https://doi.org/10.5271/sjweh.3258>.
83. Scheel IB, Hagen KB, Herrin J, Carling C, Oxman AD. Blind faith? The effects of promoting active sick leave for back pain patients: a cluster-randomized controlled trial. *Spine*. 2002;27(23):2734-40. Available from: <https://doi.org/10.1097/00007632-200212010-00014>.
84. Aasdahl L, Pape K, Vasseljen O, Johnsen R, Gismervik S, Halsteinli V, et al. Effect of Inpatient Multicomponent Occupational Rehabilitation Versus Less Comprehensive Outpatient Rehabilitation on Sickness Absence in Persons with Musculoskeletal- or Mental Health Disorders: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2018;28(1):170-9. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9708-z>.
85. Gismervik SO, Aasdahl L, Vasseljen O, Fors EA, Rise MB, Johnsen R, et al. Inpatient multimodal occupational rehabilitation reduces sickness absence among individuals with musculoskeletal and common mental health disorders: a randomized clinical trial. *Scand J Work Environ Health*. 2020;46(4):364-72. Available from: <https://doi.org/10.5271/sjweh.3882>.
86. Aasdahl L, Vasseljen O, Gismervik SO, Johnsen R, Fimland MS. Two-Year Follow-Up of a Randomized Clinical Trial of Inpatient Multimodal Occupational Rehabilitation Vs Outpatient Acceptance and Commitment Therapy for Sick Listed Workers with Musculoskeletal or Common Mental Disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2021;31(4):721-8. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10926-021-09969-4>.
87. Brattberg G. Internet-based rehabilitation for individuals with chronic pain and burnout II: a long-term follow-up. *International Journal of Rehabilitation Research*. 2007;30(3):231-4. Available from: <https://doi.org/10.1097/MRR.0b013e32829fa545>.
88. Carlsson L, Englund L, Hallqvist J, Wallman T. Early multidisciplinary assessment was associated with longer periods of sick leave: a randomized controlled trial in a primary health care centre. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2013;31(3):141-6. Available from: <https://doi.org/10.3109/02813432.2013.811943>.
89. Fleten N, Johnsen R. Reducing sick leave by minimal postal intervention: a randomised, controlled intervention study. *Occup Environ Med*. 2006;63(10):676-82. Available from: <https://doi.org/10.1136/oem.2005.020438>.
90. Hara KW, Bjorngaard JH, Brage S, Borchgrevink PC, Halsteinli V, Stiles TC, et al. Randomized Controlled Trial of Adding Telephone Follow-Up to an Occupational Rehabilitation Program to Increase Work Participation. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2018;28(2):265-78. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9711-4>.
91. Nystuen P, Hagen KB. Solution-focused intervention for sick listed employees with psychological problems or muscle skeletal pain: a randomised controlled trial [ISRCTN39140363]. *BMC Public Health*. 2006;6:69. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-69>.
92. Skagseth M, Fimland MS, Rise MB, Johnsen R, Borchgrevink PC, Aasdahl L. Effectiveness of adding a workplace intervention to an inpatient multimodal occupational rehabilitation

- program: A randomized clinical trial. *Scand J Work Environ Health*. 2020;46(4):356-63. Available from: <https://doi.org/10.5271/sjweh.3873>.
93. Bjorneklett HG, Rosenblad A, Lindemalm C, Ojutkangas ML, Letocha H, Strang P, et al. A randomized controlled trial of support group intervention after breast cancer treatment: results on sick leave, health care utilization and health economy. *Acta Oncologica*. 2013;52(1):38-47. Available from: <https://doi.org/10.3109/0284186X.2012.734921>.
94. Tamminga SJ, Verbeek JH, Bos MM, Fons G, Kitzen JJ, Plaisier PW, et al. Effectiveness of a hospital-based work support intervention for female cancer patients - a multi-centre randomised controlled trial. *PloS One*. 2013;8(5):e63271. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063271>.
95. Tamminga SJ, Verbeek J, Bos M, Fons G, Kitzen J, Plaisier PW, et al. Two-Year Follow-Up of a Multi-centre Randomized Controlled Trial to Study Effectiveness of a Hospital-Based Work Support Intervention for Cancer Patients. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2019;29(4):701-10. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09831-8>.