



Bilaga 7 Systematiska översikter

Här redogörs för de metodologiskt bra genomförda systematiska översikter inom området sjukskrivning och återgång i arbete som publicerats från år 2010 och framåt. Vi har utgått från de systematiska översikter som identifierades i den norska rapporten "Arbeidsrettede rehabiliteringstiltak ved langtidssykmelding: en systematisk oversikt" [1] och som bedömdes relevanta för denna rapportens frågeställning, vilket var 10 systematiska översikter. Vi gjorde även en kompletterade sökning för nytilkomna systematiska översikter publicerade från 2020 och framåt. Av totalt åtta nytilkomna systematiska översikter bedömdes två ha låg eller måttlig risk för bias. De exkluderade systematiska översikterna återfinns i Bilaga 2.

Nedan redogörs kort för de sammanlagt tretton systematiska översikter som vi identifierade och inkluderade. Dessa utgörs av den norska rapporten nämnd ovan, de tio systematiska översikter som ingår i den norska rapporten och som bedömdes av relevans för denna rapport, samt två systematiska översikter från den uppdaterad sökningen, efter den norska rapportens sista sökdatum. De totalt 13 systematiska översikterna ingår inte som underlag i vår egen syntes, eftersom frågeställningar och avgränsningar inte helt överensstämmer med projektets. Syftet med att beskriva dessa studier är att ge läsare en överblick över de väl genomförda systematiska översikter som publicerats inom ämnet sedan år 2010. Den norska rapporten beskrivs först, följt av de övriga systematiska översikterna i kronologisk ordning, uppdelat utifrån huvudsaklig studerad population.

I en systematisk översikt av Tingulstad och medarbetare från norska Folkehelseinstituttet, publicerad år 2021, utvärderades effekten av arbetsrelaterade insatser på återgång i arbete för långtidssjukskrivna och personer som riskerade att bli långtidssjukskrivna (Arbeidsrettede rehabiliteringstiltak ved langtidssykmelding: en systematisk oversikt) [1]. I översikten inkluderades 20 randomiserade kontrollerade studier samt 13 systematiska översikter. Författarna bedömde tillförlitligheten av resultaten i översikterna enligt GRADE. De inkluderade systematiska översikterna

bedömdes av författarna vara av hög metodologisk kvalitet. De randomiserade kontrollerade studierna omfattade 5 753 deltagare mellan 16 och 65 år, med sjukskrivningstid från fem till 52 veckor. De flesta var sjukskrivna på grund av psykiska eller muskuloskeletala besvär. Tio studier utvärderade effekten av multidisciplinär rehabilitering och fyra studier utvärderade arbetsfokuserad kognitiv terapi. De återstående sex studierna undersökte problemlösning och ledningsinriktade åtgärder, lärande och uppföljning över internet, gruppbaserad arbetsterapi, extra dialogmöte, extra arbetsplatsåtgärder respektive stressreducerade åtgärder. Kontrollgrupper fick sedvanlig vård eller andra insatser. Studierna hade olika metodologiska brister gällande randomisering, blindning och redovisning av effekt. Av de inkluderade primärstudierna bedömdes de flesta över lag ha låg risk för bias, men fem studier bedömdes ha oklar eller hög risk för bias.

Enligt författarna är det oklart om arbetsrelaterade insatser jämfört med andra insatser eller sedvanlig vård, gör skillnad på återgång vid uppföljning efter 12 månader. Troligen finns ingen skillnad mellan multidisciplinär rehabilitering och andra aktiva insatser för återgång i arbete efter 24 månader. Det är oklart om arbetsrelaterade insatser jämfört med andra insatser, eller sedvanlig vård, gör skillnad på hälsorelaterade resultat.

Systematiska översikter av insatser vid psykiatriska sjukskrivningsorsaker

Arends och medarbetare undersökte i en Cochrane-översikt från år 2012 effekter av insatser för att underlätta återgång i arbete för sjukskrivna med anpassningsstörningar, det vill säga stressrelaterade tillstånd [2]. Översikten inkluderade nio randomiserade kontrollerade studier med totalt 1 546 deltagare som utvärderade tio olika psykologiska insatser och en kombinerad insats. Fem av insatser baserades på kognitiv beteendeterapi (KBT) och de återstående fem baserade sig på problemlösningsterapi. Det primära utfallsmåttet var tid till partiell eller hel återgång i arbete och sekundära utfall var bland annat symtom vid anpassningsstörning, arbetsförmåga, allmän funktionsförmåga och livskvalitet. Författarna bedömde tillförlitligheten i resultaten enligt GRADE. Författarnas slutsatser var att KBT inte minskade tiden till partiell återgång i arbete (måttlig tillförlitlighet) och inte heller tiden till full återgång i arbete (låg tillförlitlighet). Författarna bedömde att problemlösningsterapi uppvisade positiv effekt på partiell återgång i arbete vid uppföljning efter ett år men inte vad det gäller full återgång i arbete (måttlig tillförlitlighet). Författarna framhåller att en svaghet i analysen var att endast ett fåtal studier med få studiedeltagare kunde inkluderas i metaanalyserna.

I en uppdaterad systematisk översikt från år 2020 sammanställde Nieuwenhuijsen och medarbetare effekter av arbetslivsinriktade insatser, ensamt eller i kombination med kliniska insatser, som undersökts i randomiserade kontrollerade studier för deprimerade personer med avseende på sjukfrånvaro [3]. Författarna sammanfattade även insatsernas effekt på utfallen depression och arbetsförmåga. Tjugotre nya studier identifierades i den uppdaterade sökningen vilket resulterade i 45 inkluderade artiklar vilka tillsammans omfattade 12 109 personer med antingen diagnostiserad depression eller en hög nivå av depressiva symtom, men alla studier undersökte inte effekter för utfall sjukskrivning, arbete eller arbetsåtergång. Metaanalyser utfördes för sammanlagt 22 olika jämförelser med olika uppföljningstid (kort, måttlig eller lång sikt) och med upp till fyra olika utfall per jämförelse för sjukfrånvaro, depression och arbetsförmåga.

Översiktsförfattarna drog slutsatsen att arbetsinriktade insatser *tillsammans med kliniska insatser* jämfört med sedvanlig vård på måttlig sikt (uppföljning mellan två månader och ett år) troligtvis minskar antalet dagar av sjukfrånvaro (nio studier, 1 292 deltagare, måttlig tillförlitlighet), inte minskar antalet personer som är sjukskrivna (två studier, 1 025 deltagare, hög tillförlitlighet), kan minska depressionssymtom (åtta studier, 1 091 deltagare, låg tillförlitlighet) samt kan förbättra arbetsförmågan (fem studier, 926 deltagare, låg tillförlitlighet).

Översiktsförfattarna drog slutsatsen att arbetsinriktade insatser, som enskild insats, jämfört med sedvanlig vård på måttlig sikt (uppföljning mellan två månader och ett år) kan öka antalet dagar av sjukfrånvaro (två studier, 130 deltagare, låg tillförlitlighet), troligtvis inte leder till en minskning av antalet personer som är sjukskrivna (en studie, 226 deltagare, måttlig tillförlitlighet), troligtvis inte minskar depressionssymtom (fyra studier, 390 deltagare, måttlig tillförlitlighet) samt möjligtvis inte förbättrar arbetsförmågan (en studie, 48 deltagare, låg tillförlitlighet). Översiktsförfattarna drog även slutsatsen att psykologiska behandlingar jämfört med sedvanlig vård på måttlig sikt (uppföljning mellan två månader och ett år) kan minska antalet dagar av sjukfrånvaro med 15 dagar (nio studier, 1 694 deltagare, låg tillförlitlighet), kan minska depressionssymtom (åtta studier, 1 255 deltagare, låg tillförlitlighet) samt att det inte går att bedöma ifall psykologiska behandlingar påverkar arbetsförmågan (en studie, 58 deltagare, mycket låg tillförlitlighet). Översiktsförfattarna drog slutligen slutsatsen att förbättrad hälso- och sjukvård jämfört med sedvanlig vård på måttlig sikt (uppföljning mellan två månader och ett år) troligtvis minskar antalet dagar av sjukfrånvaro med 20 dagar (två studier, 692 deltagare, måttlig tillförlitlighet), troligtvis minskar depressionssymtom (sju studier, 1 808 deltagare, måttlig tillförlitlighet) samt kan minska arbetsförmågan (en studie, 604 deltagare, låg tillförlitlighet).

I en systematisk översikt av Doki och medarbetare, publicerad år 2015, utvärderades effekten av psykologiska insatser utförda inom företagshälsovården för personer med psykiska besvär [4]. Författarna inkluderade tio randomiserade kontrollerade studier. I sex av studierna var deltagarna sjukskrivna och i de återstående studierna var deltagarna inte sjukskrivna eller skulle snart återgå till arbetet. Alla åtgärder baserades på problemlösning för sjuka eller arbetsfokuserad kognitiv terapi. Det primära utfallsmåttet var antalet sjukskrivningsdagar. Författarna bedömde tillförlitligheten i resultaten enligt GRADE och utförde en metaanalys av antalet sjukskrivningsdagar. Metaanalysen visade att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan interventions- och kontrollgruppen i studierna med sjukskrivna deltagare, och inte heller i studierna med icke-sjukskrivna deltagare eller som snart skulle återgå i arbete. Vid kombination av samtliga studier hade den kombinerade interventionsgruppen signifikant färre totala sjukskrivningsdagar än den kombinerade kontrollgruppen.

I en systematisk översikt av Nigatu och medarbetare, publicerad år 2016, undersökte författarna effekten av olika insatser med fokus på återgång i arbete hos personer med sjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa [5]. Författarna inkluderade 16 randomiserade kontrollerade studier och utförde en metaanalys. Alla insatser baserades på kognitiv beteendeterapi, men hade olika innehåll och genomförandeform. Enligt författarna visade metaanalysen på att insatserna inte ledde till förbättrad återgång i arbete jämfört med kontrollgrupp, men att sjukskrivningstiden var kortare hos de i interventionsgruppen.

I en systematisk översikt av Axen och medarbetare, publicerad år 2020, utvärderade författarna effekten av olika åtgärder inom företagshälsovården riktade mot sjukfrånvaro och symtom för personer med mentala sjukdomstillstånd eller risk att utveckla mentala sjukdomstillstånd [6]. Totalt ingick 33 studier, varav 21 bedömdes ha låg eller måttlig risk för bias. Sammanlagt 18 studier utvärderade rehabiliteringsinsatser för sjukskrivna, medan resterande hade ett förebyggande fokus. Totalt omfattade studierna 11 504 deltagare (mellan 24 och 3 379). Enligt författarna förekom en stor heterogenitet mellan de inkluderade studierna, med avseende på behandlingsformer och utfallsmått. De flesta studierna undersökte åtgärder riktade mot den enskilde arbetstagaren. Insatser på arbetsplats eller organisationsnivå var mindre vanliga. Författarna bedömde risk för bias med hjälp av SBU:s granskningsmall (Bilaga 3). Effekten på arbetsförmåga (sjukfrånvaro, återgång till arbete och självrapporterad arbetsförmåga) och på psykiska symtom utvärderades i en narrativ analys. Författarna kom fram till att åtgärder som syftar till problemlösning och arbetsfokuserad kognitiv terapi skulle kunna ha effekt på tidig återgång i arbete. Effekt på full återgång i arbete och långsiktiga effekter var oklara.

Systematiska översikter av insatser vid smärta och muskuloskeletala sjukskrivningsorsaker

I en Cochrane-översikt av Schaafsma och medarbetare, publicerad år 2013, utvärderade författarna effekten av anpassad fysisk träning för personer med ryggsmärtor [7]. De primära utfallsmåtten var tid till återgång i arbete (sjukfrånvaro) och arbetsförmåga. Författarna inkluderade 23 randomiserade kontrollerade studier i 37 artiklar. I 14 studier jämfördes fysisk träning med standardbehandling. Enligt författarna var effekten av åtgärden oklar. Hos deltagare med akut ryggsmärta fanns ingen effekt på sjukfrånvaro. För deltagare med subakut ryggsmärta fann författarna motstridiga resultat, men subgruppsanalys visade en positiv effekt av insatser med arbetsplatsmedverkan. Hos deltagare med kronisk ryggsmärta visade sammanslagna resultat från fem studier en liten effekt på långtidssjukfrånvaro. För deltagare med kronisk ryggsmärta jämfördes fysiska konditioneringsprogram med andra träningsprogram i sex studier, med motstridiga resultat. Tillägget av kognitiv beteendeterapi till fysiska träning var inte mer effektiv än enbart fysisk träning.

Wainwright och medarbetare undersökte i en systematisk översikt, publicerad år 2019, betydelsen av resiliens på återgång i arbete bland personer med kronisk smärta [8]. Resiliens är en beskrivning av förmågan att stå emot och klara av en förändring, samt återhämta sig och vidareutvecklas. Författarna inkluderade 24 randomiserade kontrollerade studier i 34 artiklar. Insatserna varierade i de inkluderade studierna. De flesta var multidisciplinära som kombinerade beteendemässig, fysisk och psykisk smärtbehandling och yrkesinriktad rehabilitering. Enligt författarna var effekten av resiliens på återgång i arbete bland personer med kronisk smärta oklar.

I en översikt av Aanesen och medarbetare, publicerad år 2021, sammanställer författarna studier som undersökt motiverande samtal (eng. Motivational interviewing, MI) som metod för att underlätta återgång i arbete för personer med muskuloskeletala sjukdomar [9]. För studier med blandad population krävde författarna att minst 50 procent av populationen skulle utgöras personer med muskuloskeletala sjukdomar eller att resultat från denna grupp skulle särredovisas. Tre artiklar från två studier inkluderades i den systematiska översikten och sammanfattades deskriptivt. Två av artiklarna redovisade resultat från en klusterrandomiserad kanadensisk studie med 782 deltagare med muskuloskeletala besvär i olika delar av kroppen. Den tredje artikeln beskrev en norsk randomiserad kontrollerad studie, med 89 sjukpensionärer med ryggsmärta. Medelåldern på deltagarna var mellan 45 och 49 år. Den kanadensiska studien bedömdes ha låg risk för bias och den norska hög. De motiverande samtalen gavs i den norska studien som en del av en kort gruppinsats, medan insatsen i den kanadensiska studien bestod av individuella samtal med en kliniker utbildad

MI-metoden. I den kanadensiska studien gavs insatsen enbart behovsbaserat till de patienter i interventionsgruppen som uppvisade tecken på ambivalens inför förändring. I båda studierna jämfördes insatsen mot sedvanlig behandling och uppföljning. Uppföljningstiden var ett år. Författarna drog slutsatsen att det finns ett behov av studier som undersöker effekten av motiverande samtal som metod för att underlätta återgång i arbete för personer med muskuloskeletala sjukdomar.

Systematiska översikter av insatser vid psykiatriska och/eller muskuloskeletala sjukskrivningsorsaker

Schandelmaier och medarbetare undersökte i en systematisk översikt från år 2012 effekten av samordningsprogram för återgång i arbete [10]. Författarna inkluderade nio studier i 15 artiklar, varav åtta fokuserade på muskuloskeletala besvär och en studie på psykiska besvär. Programmen jämfördes med vanlig praxis och författarna bedömde tillförlitligheten av resultaten enligt GRADE. Enligt författarna fanns studier av måttlig kvalitet som tyder på en liten, men möjligen betydelsefull, fördel med samordningsprogram för återgång till arbete hos funktionshindrade eller sjukskrivna, med små förbättringar i funktion och smärta.

Även i Cochrane-översikten av Vogel och medarbetare, publicerad år 2017, undersöktes effekten av samordningsprogram för återgång i arbete [11]. I översikten inkluderades 14 randomiserade kontrollerade studier, varav elva fokuserade på muskuloskeletala besvär, två på mentala sjukdomstillstånd och en studie fokuserade på båda diagnosgrupperna. Tio av studierna bedömdes av författarna ha låg risk för bias, medan de resterande fyra bedömdes ha hög risk för bias. Enligt författarna visade samordningsprogram inte på en bättre effekt än vanlig praxis för någon av diagnosgrupperna för återgång i arbete, sjukfrånvaro, andelen deltagare i arbete i slutet av uppföljningen eller andelen deltagare som någon gång återvänt till arbete på kort, lång sikt eller mycket långvarig uppföljning.

Cullen och medarbetare undersökte i en systematisk översikt, publicerad år 2018, effekten av olika arbetsplatsbaserade åtgärder på återgång i arbete hos personer med muskuloskeletala tillstånd, smärtproblematik eller mentala sjukdomstillstånd [12]. I översikten inkluderades 36 studier, men författarna rapporterade inte hur många studier som omfattade sjukskrivna. Författarna delade in de olika insatserna över fyra domäner: hälsofokuserade, servicekoordinerande, arbetsmodifierande samt kombination av flera domäner. De primära utfallsmåtten var frånvarotid, arbetsförmåga och kostnader. Författarna kom fram till att åtgärder med en kombination av flera domäner hade effekt i form av minskad frånvarotid från arbetet och lägre kostnader för alla diagnosgrupper. De rapporterade också att åtgärder baserade på kognitiv beteendeterapi, som inte samtidigt har komponenter av arbetsplatsanpassning eller samordningstjänster, inte var effektiva för att uppnå återgång till arbete hos personer med mentala sjukdomstillstånd. Effekten av andra åtgärder inom endast en domän varierade, där vissa studier rapporterade positiva effekter medan andra studier inte visade på någon effekt på frånvarotid och arbetsförmåga.

I en systematisk översikt av Finnes och medarbetare, publicerad år 2019, utvärderades effekten av psykologiska åtgärder för att minska sjukfrånvaron hos sjukskrivna med mentala sjukdomstillstånd och muskuloskeletala besvär [13]. Författarna inkluderade 30 randomiserade kontrollerade studier och utförde en metaanalys. I 16 av de inkluderade studierna var deltagarna sjukskrivna på grund av mentala sjukdomstillstånd och i tre av studierna var deltagarna sjukskrivna på grund av både mentala sjukdomstillstånd och muskuloskeletala besvär. I de inkluderade studierna användes åtgärder som problemlösningsterapi, lösningorienterad terapi samt olika former av kognitiv terapi. De primära utfallsmåtten var sjukfrånvaro, återgång i arbete och ökad arbetsgrad. Författarna drog slutsatsen att det fanns en liten men signifikant effekt av psykologiska åtgärder för att minska sjukfrånvaron.

Referenser

1. Tingulstad A, Meneses-Echavez J, Evensen LH, Bjerk M, Holte HH. Arbeidsrettede rehabileringstiltak ved langtidssykmelding: en systematisk oversikt [Work-related interventions for people on long-term sick leave: a systematic review] Rapport –2021. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021. [accessed Sep 12 2022]. Available from: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/arbeidsrettede-rehabileringstiltak-ved-langtidssykmelding-rapport-2021.pdf>.
2. Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-Gromen A, et al. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012;12:CD006389. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006389.pub2>.
3. Nieuwenhuijsen K, Bultmann U, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven AC, Verbeek JH, van der Feltz-Cornelis CM. Interventions to improve occupational health in depressed people. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008(2):CD006237. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006237.pub2>.
4. Doki S, Sasahara S, Matsuzaki I. Psychological approach of occupational health service to sick leave due to mental problems: a systematic review and meta-analysis. Int Arch Occup Environ Health. 2015;88(6):659-67. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00420-014-0996-8>.
5. Nigatu YT, Liu Y, Uppal M, McKinney S, Rao S, Gillis K, et al. Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Psychological Medicine. 2016;46(16):3263-74. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0033291716002269>.
6. Axen I, Bjork Bramberg E, Vaez M, Lundin A, Bergstrom G. Interventions for common mental disorders in the occupational health service: a systematic review with a narrative synthesis. Int Arch Occup Environ Health. 2020;93(7):823-38. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00420-020-01535-4>.
7. Schaafsma FG, Whelan K, van der Beek AJ, van der Es-Lambeek LC, Ojarjarvi A, Verbeek JH. Physical conditioning as part of a return to work strategy to reduce sickness absence for workers with back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013;2013(8):CD001822. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001822.pub3>.
8. Wainwright E, Wainwright D, Coghill N, Walsh J, Perry R. Resilience and return-to-work pain interventions: systematic review. Occupational Medicine (Oxford, England). 2019;69(3):163-76. Available from: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqz012>.
9. Aanesen F, Berg R, Lochting I, Tingulstad A, Eik H, Storheim K, et al. Motivational Interviewing and Return to Work for People with Musculoskeletal Disorders: A Systematic Mapping Review. Journal of Occupational Rehabilitation. 2021;31(1):63-71. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10926-020-09892-0>.
10. Schandelmaier S, Ebrahim S, Burkhardt SC, de Boer WE, Zumbunn T, Guyatt GH, et al. Return to work coordination programmes for work disability: a meta-analysis of randomised controlled trials. PloS One. 2012;7(11):e49760. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0049760>.

11. Vogel N, Schandelmaier S, Zumbrunn T, Ebrahim S, de Boer WE, Busse JW, et al. Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;3(3):CD011618. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011618.pub2>.
12. Cullen KL, Irvin E, Collie A, Clay F, Gensby U, Jennings PA, et al. Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. Journal of Occupational Rehabilitation. 2018;28(1):1-15. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9690-x>.
13. Finnes A, Enebrink P, Ghaderi A, Dahl J, Nager A, Ost LG. Psychological treatments for return to work in individuals on sickness absence due to common mental disorders or musculoskeletal disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. Int Arch Occup Environ Health. 2019;92(3):273-93. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00420-018-1380-x>.