



**Karolinska  
Institutet**



**Centrum för  
arbets- och miljömedicin**  
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

# **Insatser via företagshälsovården för att minska eller förebygga psykisk ohälsa**

En kartläggning av forskningen



Uppdragsgruppen består av:

**Gunnar Bergström**, docent, Enheten för Interventions- och implementeringsforskning, Institutet för Miljömedicin, Karolinska Institutet och Centrum för Arbets- och miljömedicin, enheten för Arbetshälsa, Stockholm läns landsting.

**Andreas Lundin**, epidemiolog, postdoktor, Enheten för Interventions- och implementeringsforskning, Institutet för Miljömedicin, Karolinska Institutet.

**Marjan Vaez**, epidemiolog, docent, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet och Centrum för Arbets- och miljömedicin, enheten för Arbetshälsa, Stockholm läns landsting.

**Emma Cedstrand**, leg psykolog, forskningsassistent, Enheten för Interventions- och implementeringsforskning, Institutet för Miljömedicin, Karolinska Institutet, samt organisationskonsult inom företagshälsovården.

**Lena Hillert**, docent, Institutet för Miljömedicin, Karolinska Institutet samt enhetschef för Enheten för Arbetshälsa, Centrum för Arbets- och Miljömedicin, Stockholms läns landsting.

**Irene Jensen**, professor i företagshälsovård, Enheten för Interventions- och implementeringsforskning, Institutet för Miljömedicin, Karolinska Institutet.

Detta arbete är genomfört med stöd av AFA Försäkring och Forte: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd.

Denna rapport citeras enligt följande: Bergström G., Lundin A., Vaez M., Cedstrand E., Hillert L., Jensen I. Insatser som ges via företagshälsovården för att minska eller förebygga psykisk ohälsa. En kartläggning av forskningen. Rapport 1: 2015, Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet. Stockholm 2015.

Copyright enligt creative commons



Stockholm, maj 2015

## Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>5</b>
<b>Inledning</b> .....	<b>7</b>
Psykisk ohälsa – ett folkhälsoproblem .....	7
Arbete och psykisk ohälsa .....	7
Insatser vid stress eller psykisk ohälsa i arbetslivet .....	8
Riktlinjer kring insatser vid psykisk ohälsa i arbetslivet.....	8
<b>Syfte och målsättningar</b> .....	<b>9</b>
<b>Metod</b> .....	<b>10</b>
Inklusionskriterier.....	10
Sökstrategier och identifiering av studier .....	10
Informationssökning och urval av studier .....	12
Kvalitetsbedömning.....	12
<b>Resultat</b> .....	<b>13</b>
Inkluderade studier .....	13
Sammanfattning av studierna .....	15
Förebyggande insatser.....	15
Insatser för grupper i risk för ökade symtom eller sjukskrivning .....	16
Rådgivning och stresshantering .....	16
Kognitiv beteendeterapi (KBT) eller problemlösningsterapi (PST) .....	17
Övriga insatser .....	18
Efterbehandlande insatser .....	20
Övriga insatser .....	21
Utfallsmätningar.....	24
<b>Diskussion</b> .....	<b>25</b>
Efterbehandlande insatser.....	26
Förebyggande insatser .....	26
Psykiska symtom och arbetsåtergång.....	27
Generaliserbarhet till svenska förhållanden .....	27
Metodologiska beaktanden.....	28
Sammanfattande slutsatser .....	29
<b>Referenser</b> .....	<b>30</b>
<b>Bilaga 1. Beskrivning av studierna</b> .....	<b>34</b>
<b>Bilaga 2. Studiernas utfallsmått</b> .....	<b>55</b>

# Sammanfattning

Denna rapport är en systematisk kartläggning av nationell och internationell forskning av insatser genomförda via företagshälsovården (FHV) för att förebygga eller minska psykisk ohälsa bland anställda. Litteratursökningar gjordes i fyra databaser och det vetenskapliga underlaget kom att utgöras av 21 studier. Två studier utvärderade förebyggande insatser, nio studier fokuserade på anställda i risk för försämrad psykisk ohälsa och tio studier inkluderade efterbehandlande insatser som riktade sig till anställda som var sjukskrivna p.g.a. psykisk ohälsa. Alla studier fokuserade på individbaserade insatser, med undantag av två med förebyggande inriktning. Studiekvaliteten bedömdes enligt kriterier från Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering. Kvaliteten på studierna var högst bland utvärderingarna av efterbehandlande insatser. En majoritet av studierna var gjorda i Nederländerna där det sedan början av 2000-talet funnits riktlinjer för hur FHV bör hantera psykisk ohälsa inom arbetslivet.

För efterbehandlande insatser visade resultaten att problemlösningsterapi (PST) som ges till personer sjukskrivna för psykisk ohälsa kan påskynda partiell återgång i arbete ett år efter insatsen. Om denna insats kombineras med uppföljning av den anställda och arbetsplatsen även efter att arbetsåtergång skett minskas risken för återfall i sjukskrivning. PST innebär en systematisk metod för problemlösning, framtagning av lösningar och val av lämpliga strategier för hur det definierade problemet ska hanteras. PST ingår ofta som en del av kognitiv beteendeterapi (KBT). För förebyggande insatser fanns stöd i en studie att åtgärder för att stärka den anställdes egna resurser att utveckla och hantera sin yrkeskarriär kan öka anställdas mentala resurser och minska depressionssymtom. I övrigt var underlaget otillräckligt för att kunna dra några slutsatser om effekter av förebyggande åtgärder via FHV. Dock visar en annan systematisk genomgång av den internationella forskningen om insatser på arbetsplatsen att KBT, avslappningstekniker och organisatoriska förändringar på arbetet förebygger stressrelaterad ohälsa.

Vår kartläggning visar också att studier kring insatser som riktar sig mot grupper i risk för ökad psykisk ohälsa och/eller sjukskrivning ofta var av låg kvalitet och hade en stor variation i kartläggningsmetoder och de insatser som utvärderades. En studie gav stöd för att KBT baserat på PST kan minska total sjukskrivning efter ett år. För övrigt var även underlaget för insatser till riskgrupper otillräckligt för att kunna dra några slutsatser om effekter av åtgärderna.

Slutligen visade resultaten sammantaget att det inte fanns något tydligt samband mellan arbetsåtergång och omfattning av psykiska symtom bland de anställda, eller att minskning av symtom automatiskt ledde till arbetsåtergång. För att underlätta arbetsåtergång behövs

arbetsplatsnära insatser och att hänsyn tas till faktorer i arbetsmiljön som kan hindra eller främja arbetsåtergång.

Utifrån det nuvarande kunskapsläget kan följande slutsatser dras om företagshälsovårdens insatser för psykisk ohälsa:

- Problemlösningsfokuserade terapier via FHV med tydlig inriktning mot åtgärder på arbetsplatsen kan underlätta återgång i deltidsarbete bland anställda sjukskrivna p.g.a. psykisk ohälsa. Arbetsplatsnära problemlösningsterapi kan också minska risk för återfall i sjukskrivning i samband med arbetsåtergång.
- Det vetenskapliga underlaget om förebyggande insatser via FHV är otillräckligt, men sammantaget ger den internationella forskningen stöd för att insatser via arbetsplatsen kan förebygga psykisk ohälsa och sjukfrånvaro.
- Det finns ingen tydlig koppling mellan arbetsåtergång och omfattning av symtom, eller att minskning av symtom automatiskt leder till arbetsåtergång. För att underlätta arbetsåtergång behöver insatsen vara nära kopplad till arbetsplatsen och hänsyn tas till de arbetsmiljöfaktorer som visat sig ha betydelse för psykisk ohälsa.

# Inledning

## ***Psykisk ohälsa – ett folkhälsoproblem***

Arbetsrelaterad stress är idag det näst vanligaste problemet på europeiska arbetsplatser och cirka 40% av de anställda anser att stressrelaterade problem inte hanteras bra på deras arbetsplats (1). Psykisk ohälsa är en av de främsta orsakerna till nedsatt arbetsförmåga ur ett internationellt perspektiv (2). Med psykisk ohälsa avser vi i denna rapport depressionssjukdomar, ångestsjukdomar och stressrelaterad psykisk ohälsa, på engelska ofta benämnt som common mental disorders. I Sverige var psykisk ohälsa för perioden 2005 till och med 2012 den vanligaste orsaken till sjukpenning bland kvinnor i arbetsför ålder och bland män under 50 år (3). För sjuk- och aktivitetsersättning var 40% av alla nybeviljade sjukersättningar under 2012 orsakade av psykisk ohälsa (4). I en rapport från OECD 2013 beräknas att kostnaderna för den psykiska ohälsan uppgår till cirka 65 miljarder kronor per år i Sverige när utgifter för sjukvård, socialförsäkring och förlorad produktivitet för arbetsgivare läggs samman (5). Ur individens synvinkel innebär psykisk ohälsa ett stort lidande och på sikt en ökad risk för social isolering och kraftigt försämrad privatekonomi. Personer med långtidssjukskrivning p.g.a. psykisk ohälsa har dessutom en ökad risk för mortalitet p.g.a. annan ohälsa som hjärt- och kärlsjukdom, cancer och självmord (6).

## ***Arbete och psykisk ohälsa***

I en nypublicerad systematisk översikt från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) konstateras att arbetsmiljöfaktorer, exempelvis höga krav i arbetet kombinerat med lågt inflytande över arbetssituationen, ökar risken för depression (7). Andra arbetsmiljöfaktorer som ökar risken för depression och utmattningssyndrom är bl.a. lågt socialt stöd och obalans mellan arbetsinsatsen och den belöning eller erkännande arbetet ger. I rapporten konstateras även att risken för framtida psykisk ohälsa minskar bland anställda som upplever sig rättvist behandlade på arbetsplatsen och som har goda möjligheter till inflytande över arbetet. En av huvudsatserna i översikten är att det finns ett stort behov av interventionsforskning på området.

Interventioner för att förebygga eller minska arbetsrelaterad psykisk ohälsa kan göras på individnivå, organisationsnivå, eller en kombination av dessa. De interventioner som utvärderats i randomiserade kontrollerade studier har ofta utförts på individnivå och utan att arbetsplatsen inkluderats aktivt i insatserna (8). Om inte arbetsplatsen involveras kan en återgång i arbetet leda till ny sjukskrivning och risk för fortsatt psykisk ohälsa, om arbetssituationen är underliggande orsak för sjukskrivningen och ohälsan.

## ***Insatser vid stress eller psykisk ohälsa i arbetslivet***

I Sverige har ett stort antal personer med psykisk ohälsa erbjudits insatser genom rehabiliteringsgarantin sedan år 2009. Utvärderingar av rehabiliteringsgarantin har visat att den psykologiska behandlingen primärt fokuserar på symtom och att kopplingen till arbetsplatsen och att minska sjukskrivning är sekundär (9, 10). Liknande fynd har gjorts även internationellt. I en systematisk översikt från 2014 utvärderades effekten av interventioner för att förbättra arbetsförmåga och minska sjukskrivning bland individer med depression eller depressiva symtom (8). Insatserna i de studier som återfanns var individinriktade och utgjordes av farmakologiska och/eller psykologiska behandlingar. Resultaten visade att det inte finns något vetenskapligt belägg för att någon av interventionerna påverkade omfattningen av sjukskrivning under uppföljningsperioden som vanligen var upp till ett år. Författarna konstaterade att av de 23 inkluderade studierna var det bara fem som innefattade åtgärder riktade direkt mot deltagarnas arbetssituation. I tre av dessa studier fanns stöd för att arbetsplatsåtgärder tillsammans med kliniska insatser förkortade sjukskrivningen.

I en internationell översikt från 2012 utvärderades interventioner för att underlätta arbetsåtergång bland personer med stressrelaterad sjukdom (11). Sju av de nio inkluderade studierna var gjorda i Nederländerna. Översikten visar att det finns måttlig evidens för att insatser baserade på problemlösningsterapi (PST) leder till en snabbare återgång i arbete. PST kan ingå som ett element i kognitiv beteendeterapi (KBT) och inbegriper en systematisk metod för probleminentifiering, framtagning av lösningar och val av lämpliga strategier för hur det definierade problemet ska hanteras.

Det finns också genomgångar av litteraturen kring förebyggande insatser för stress eller psykisk ohälsa. I en nyligen presenterad översikt från the Cochrane Collaboration bland hälso- och sjukvårdspersonal gav resultatet ett visst stöd för att KBT, avslappningstekniker eller organisatoriska förändringar kan minska stress när insatsen jämförts med ingen insats alls (12).

## ***Riktlinjer kring insatser vid psykisk ohälsa i arbetslivet***

Ett flertal av de studier där insatser mot psykisk ohälsa i arbetslivet utvärderats och som refererats ovan har som framgång utförts i Nederländerna. En bidragande orsak till detta är troligen att det i Nederländerna sedan år 2000 finns riktlinjer för diagnostik och behandling av psykisk ohälsa (13). Dessa riktlinjer är framtagna för användning inom FHV och innebär att insatserna i stor utsträckning är kopplade till arbetsplatsen (13). De åtgärder som rekommenderas innefattar stresshantering, problemlösning som inkluderar problem både av privat natur och på arbetet, graderad återgång i arbete, uppföljning och återfallsprevention. Insatserna baseras på kognitiv beteendeteori (13).



I en nypublicerad undersökning presenteras en genomgång av riktlinjer internationellt för företagshälsovårdens arbete med psykisk ohälsa (14). Totalt återfanns 14 riktlinjer från fem länder. Dessa riktlinjer understryker vikten av att involvera arbetsplatsen och FHV i arbete med psykisk ohälsa.

FHV arbetar för att förebygga ohälsa bland anställda och underlätta återgång i arbete genom rehabilitering samt arbetsplatsanpassning. Genom sin närhet till arbetsplatsen har de god kännedom om specifika arbetsförhållanden och möjlighet att genom screening identifiera och nå grupper samt individer som har en högre risk för ohälsa. FHV är dessutom en för arbetstagarna kostnadsfri tjänst som ca 65% av alla anställda i Sverige har tillgång till (15). Hittills finns det ingen systematisk genomgång som fokuserar på interventioner som getts inom FHV kring stress och psykisk ohälsa. En sådan kartläggning kan bl.a. användas som underlag för företagshälsovårdens arbete i planering av insatser baserat på evidensbaserade metoder.

En kartläggning syftar generellt till att ge en övergripande bild av forskningen inom ett område och är lämplig att göra när det finns få eller inga tidigare sammanställningar av denna forskning (16-18). Kartläggningen kan då beskriva omfattning och innehåll av forskningen och även påvisa områden där det saknas kunskap eller områden där en mer detaljerad genomgång av litteraturen är befogad. Genom kartläggning av aktuell forskning kan också de resultat som finns spridas och sättas in i ett sammanhang.

## Syfte och målsättningar

### Syfte

- Att kartlägga nationell och internationell forskning där insatserna getts av FHV för att förebygga eller minska psykisk ohälsa bland anställda.

### Målsättning

- Att presentera en för FHV relevant genomgång av vilka insatser kring psykisk ohälsa som prövats inom FHV-forskning och resultatet av dessa insatser.

### Delmål

- Att beskriva och kategorisera olika typer av genomförda insatser och deras innehåll.
- Att göra en kvalitetsbedömning av de ingående studierna.
- Att påvisa områden där kunskapen är otillräcklig kring insatser som ges av FHV.

## Metod

I detta avsnitt beskrivs hur underlaget tagits fram. En sammanfattande bild av inklusionskriterier och använda databaser ges i figur 1.

### *Inklusionskriterier*

#### **Grupper som studerats:**

- Förvärvsarbetsande individer med psykisk ohälsa eller individer i risk för psykisk ohälsa. Med psykisk ohälsa avses här depressions- och ångestsyndrom samt stressrelaterad psykisk ohälsa, på engelska ofta benämnt som ”common mental disorders”. Benämningen lättare psykisk ohälsa har ibland använts i Sverige men eftersom de beskrivna tillstånden kan ha så omfattande konsekvenser för både individ, samhälle och arbetsgivare har vi här undvikit benämningen ”lättare”.
- Arbetsplatser med grupper av anställda (vid förebyggande åtgärder).

**Insats:** Insatsen ska ha getts på eller av FHV (av FHV-personal) eller att FHV varit involverad i studien på annat sätt, exempelvis vid rekrytering av deltagare. Insatsen kan vara på individ- eller organisationsnivå och ska ha getts för att förebygga eller minska psykisk ohälsa samt dess konsekvenser. Upplägg, omfattning och innehåll i insatsen ska vara tydligt beskrivna. Saknas denna information, eller är bristfällig, så exkluderades studien.

**Studieupplägg och jämförelsegrupper:** Studieupplägg som inkluderades var randomiserade kontrollerade studier, observationsstudier med eller utan jämförelsegrupp men som har mätningar före och efter insats. Alla jämförelsegrupper accepterades. I texten används jämförelsegrupp och kontrollgrupp synonymt.

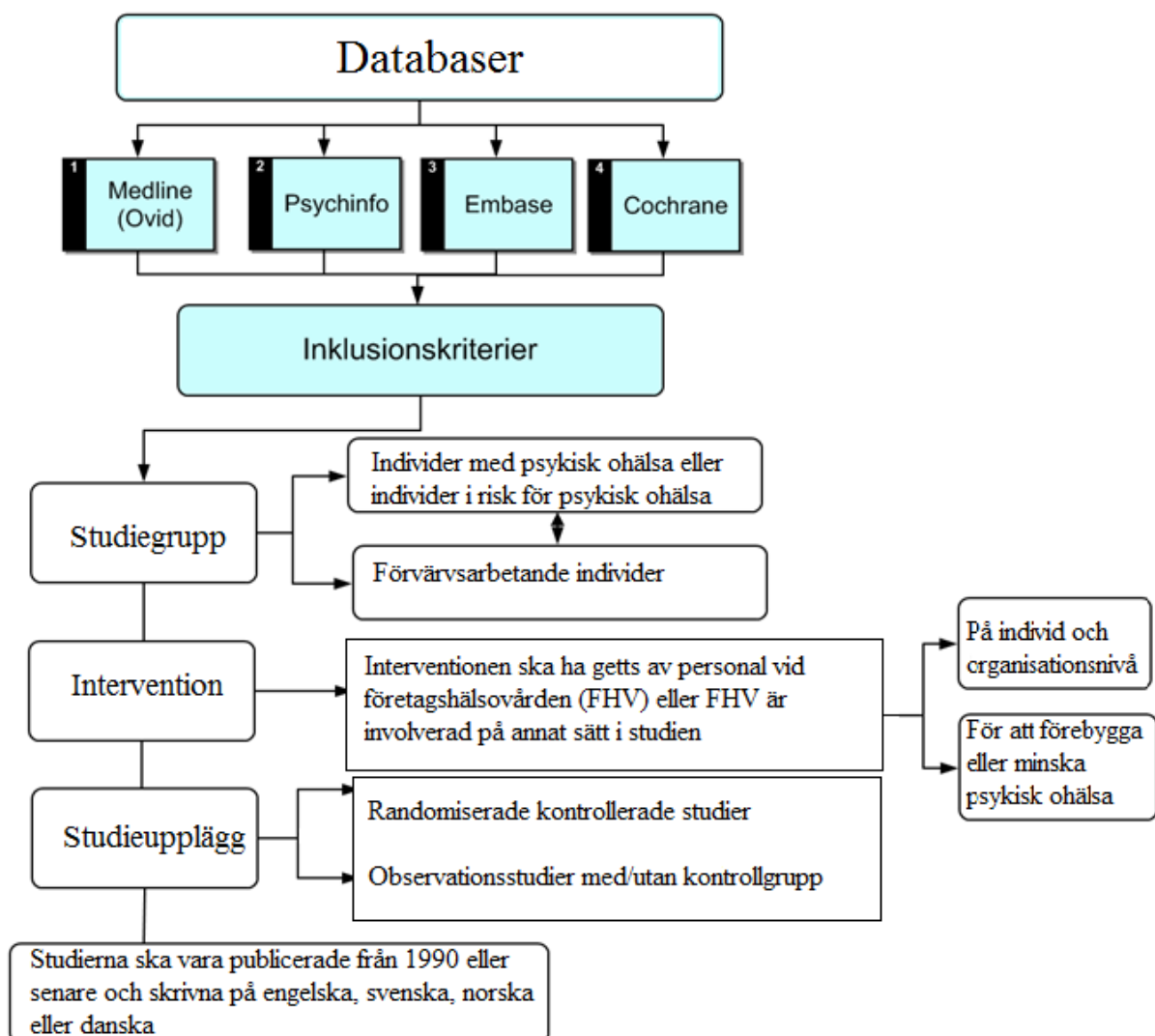
**Utfallsmått:** Alla utfallsmått kring hälsa och sjukskrivning inkluderades.

Studier som inte uppfyllde ovanstående kriterier exkluderades.

### ***Sökstrategier och identifiering av studier***

Inom ramen för projektet genomfördes en systematisk litteratursökning. Elektronisk sökning genomfördes med hjälp av informationsspecialist i samråd med projektledaren (GB) i fyra olika internationella databaser under mars 2014 (Medline, PsycINFO, Web of Science, and Cochrane CENTRAL). Databaserna genomsöktes för originalartiklar publicerade från januari 1990 till mars 2014 och som var skrivna på svenska, engelska, norska eller danska. Exempel

på söktermer som användes i olika kombinationer var: "Occupational Health Services", "Occupational Disease", "Occupational Health", "Occupational Medicine", "Occupational Health Nursing", "Occupational Health Physicians", "Occupational Injuries", "Return to Work", "Workplace", "Clinical Trial", "Comparative Study", "Evaluation Studies", "Meta Analysis", "Multicenter Study", "Observational Study", "Review", "Systematic Reviews", "Epidemiologic Studies", "Intervention Studies", "Mental Disorders", "Stress", "Burnout", "Depression", "Anxiety" och "Adjustment Disorders". Citat och sammanfattningar av alla identifierade studier laddades ner till referenshanteringsprogrammet Endnote X7 . Den detaljerade sökstrategin är tillgänglig på [www.fhvforskning.se](http://www.fhvforskning.se). Förutom detta granskades också referenslistor i inkluderade studier och de översikter som innefattades i sökresultatet. I de fall där författarna hade kännedom om publikationer som kunde uppfylla inklusionskriterierna granskades även dessa studier.



**Figur 1. Sökstrategi**

## ***Informationssökning och urval av studier***

Två bedömare med kompetens inom arbetsmiljöområdet respektive folkhälsovetenskap, MV och AL, granskade oberoende av varandra artikelsammanfattningar och fulltextpublikationer. Bedömarna läste också ett slumpmässigt urval (10%) av sammanfattningar och fulltextpublikationer och jämförde sina bedömningar med varandra. Vid tveksamhet om en studie skulle inkluderas eller ej så togs artikeln alltid hem i fulltext för en närmare bedömning. Om tveksamhet kvarstod även efter granskning av fulltextartikeln så lästes studien av båda bedömarna och i några fall involverades också en tredje bedömare (GB). På så vis uppnåddes alltid överensstämmelse i bedömningen.

## ***Kvalitetsbedömning***

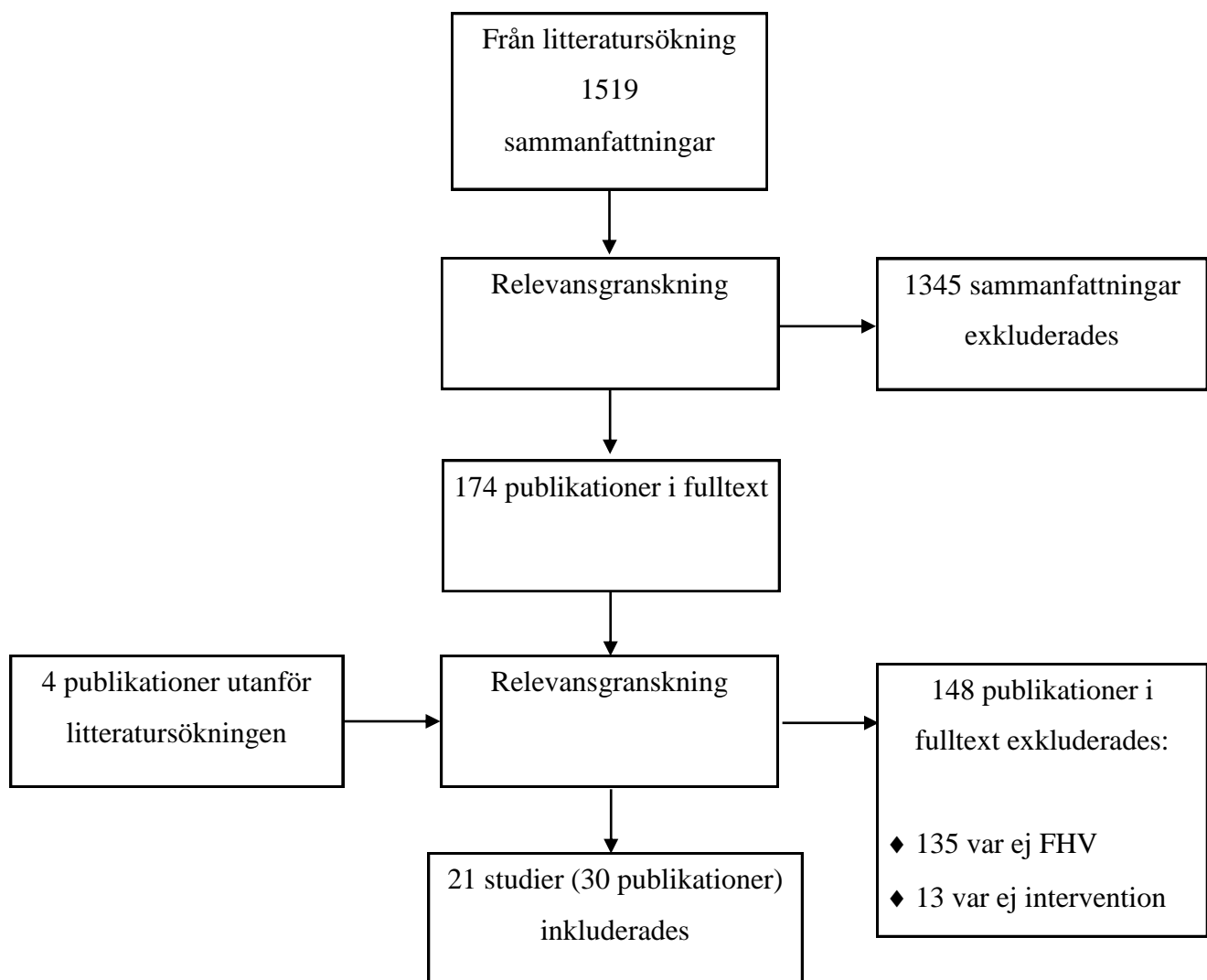
Två bedömare läste alla studier som inkluderats och bedömde först enskilt och sedan gemensamt varje studies kvalitet. Granskningsmallar för randomiserade studier och för observationsstudier framtagna av SBU användes som underlag för bedömningarna (19), ([http://www.sbu.se/sv/var\\_metod/](http://www.sbu.se/sv/var_metod/)). Kvalitetskriterierna fokuserar på metodologiska brister i studierna som riskerar att göra resultaten missvisande. En sammanfattande bedömning av studiernas kvalitet gjordes enligt kategorierna låg kvalitet, medelhög kvalitet och hög kvalitet. Studierna av låg kvalitet redovisas på samma sätt som övriga studier i det följande men inga slutsatser dras om effekter av dessa studier.

# Resultat

## *Inkluderade studier*

Figur 2 visar ett flödesschema över urvalsprocessen. I ett första steg lästes 1519 artikelsammanfattningar och av dessa exkluderades 1345 sammanfattningar. Etthundra­sjuttiofyra publikationer lästes i fulltext tillsammans med ytterligare fyra publikationer som upptäcktes vid genomgång av referenslistor från originalstudier och översiktsartiklar och via kännedom inom projektgruppen. Slutligen kunde 30 publikationer motsvarande 21 studier inkluderas. Skälet till att antalet studier är lägre än antalet inkluderade vetenskapliga artiklar är att en studie kan förekomma i flera publikationer om exempelvis flera uppföljningar finns eller om processanalys av studien gjorts.

Tretton studier var från Nederländerna, tre från Finland, två från Storbritannien, två från Sverige och en från Japan. Studierna omfattade totalt 4445 individer och deltagarantalet i enskilda studier varierade mellan 24 till 1071 individer. Åtta studier var av låg kvalitet, nio av medelhög kvalitet och fyra av hög kvalitet. Insatserna gavs vanligen till anställda som var sjukskrivna p.g.a. psykisk ohälsa (dessa studier benämndes som efterbehandlande) eller till anställda som med hjälp av screeningverktyg bedömdes vara i risk för att utveckla psykisk ohälsa (benämnda som riskgrupper). Två studier riktade sig direkt mot förvärvsarbetande och utvärderade förebyggande insatser.



**Figur 2.** Flödesschema för inklusion av studier.

## **Sammanfattning av studierna**

Nedan beskrivs kortfattat studiernas resultat, kvalitet och de insatser som utvärderats. Studierna har kategoriserats utifrån om insatserna varit 1) förebyggande, 2) getts till grupper i risk för ökade symtom och/eller sjukskrivning eller 3) efterbehandlande, d.v.s. getts till anställda som var sjukskrivna för psykisk ohälsa. Resultaten som presenteras i Tabell 1a till 1c ges för utfall avseende psykisk hälsa/ohälsa och mått på arbetsförmåga. Ingen statistiskt säkerställd effekt av insatsen anges med 0, säkerställd positiv effekt med +, och negativ effekt med -. I bilaga 1 finns utförligare beskrivning av alla inkluderade studier inklusive en uppräknings av de olika utfall som studierna har använt sig av.

### **Förebyggande insatser**

Två studier utvärderade insatser för att förebygga psykisk ohälsa (Tabell 1a).

I en randomiserad studie av medelhög kvalitet från Finland fick anställda huvudsakligen inom offentlig sektor under fyra halvdagar genomgå en kurs för att stärka deras egna resurser och karriärmöjligheter (20, 21). Kontrollgruppen fick enbart skriftlig information om karriärutveckling. De anställda bestod både av personer med depressiva symtom och utan symtom. Resultatet vid sju månaders uppföljning visade i totalgruppen (anställda både med och utan depressiva symtom) en minskning av depressiva symtom, ökade mentala resurser och en minskad benägenhet för att ha avsikt att gå i förtids- eller sjukpension i gruppen som fick insatsen jämfört med kontrollgruppen. Ingen effekt kunde visas för utfallet utmattning. När de anställda med och utan depressiva symtom vid start analyserades separat, kunde dock ingen statistiskt säkerställd effekt påvisas..

I en observationsstudie (låg kvalitet) från Japan med anställda inom tillverkningsindustrin fick undersökningsgruppen genomgå ett program kring delaktighet och handlingsplaner kring förbättrad arbetsmiljö (22). Jämförelsegruppen bestod av anställda från avdelningar som inte fick någon insats. Vid uppföljning efter ett år visades en minskning av depression och en ökning av vitalitet (vigor) bland kvinnor i gruppen som fått insats jämfört med kontrollgruppen. Ingen effekt återfanns bland kvinnor på trötthet, ångest, irritabilitet eller sjukskrivning. Bland männen uppvisades ingen effekt på något av utfallen (Tabell 1 a). Få studier finns publicerade kring utvärderingar av förebyggande insatser där FHV är involverad. Det finns ett visst stöd för att en kurs med syfte att stärka den anställdes egna resurser kring sin yrkeskarriär kan öka anställdas upplevda mentala resurser och minska symtom på depression och avsikt att gå i förtids- eller sjukpension vid 7-månadersuppföljning (20).

**Tabell 1a. Förebyggande studier**

Studie	Intervention	Resultat	Kvalitet
(22) Kobayashi et al. 2008 Observationsstudie Japan N = 1071	I: Workshop om handlingsplan för förbättrad arbetsmiljö, delaktighet. K: Inget	12 månader: Vitalitet + <sup>a</sup> Depression + <sup>a</sup> Irritation 0 Trötthet 0 Ångest 0 Sjukskrivning 0	Låg
(21) Vuori et al. 2012 (20) Ahola et al. 2011 RCT Finland N = 718	I: Karriärutvecklingskurs  K: Skriftlig information om karriärmöjlighet	7 månader: Depression + <sup>b</sup> Utmattning 0 Pensionsavsikt + <sup>b</sup> Mentala resurser + <sup>b</sup>	Medelhög

+ = Positiv effekt till fördel för gruppen som fått insats; 0 = Ingen säkerställd effekt av intervention

I = Insats; K = Kontroll-/jämförelsegrupp

<sup>a</sup> = effekt bland kvinnor men inte män

<sup>b</sup> = Ingen effekt när analyser gjordes separat i grupper med eller utan depressiva symtom vid studiestart.

## Insatser för grupper i risk för ökade symtom eller sjukskrivning

I nio av studierna utvärderades insatser riktade till grupper med tidiga symtom på psykisk ohälsa och utfallen var ofta framtida stress, psykisk ohälsa eller mått på arbetsförmåga (Tabell 1b). Vanligen identifierades dessa grupper med screeningformulär. Av studierna bedömdes fyra ha medelhög kvalitet och fem ha låg kvalitet, åtta av studierna var randomiserade och en var observationsstudie.

## Rådgivning och stresshantering

I en randomiserad studie av De Boer et al. (23) bland anställda på ett elektronikföretag utvärderades en insats som primärt syftade till att minska andelen anställda ( $\geq 50$  år) som fick förtidspension, eller som avsåg gå i förtidspension och där stress var det huvudsakliga problemet. Konsultationer gavs av FHV-läkare för att kartlägga orsaker till önskan om förtidspension, samt att formulera individuella handlingsplaner. Vid två-årsuppföljning var andelen som erhållit förtidspension lägre i gruppen som fått insats jämfört med kontrollgruppen. Inga skillnader mellan grupperna fanns vad gällde arbetsförmåga, sjukpension, utmattning eller livskvalitet vid två-årsuppföljning.

Gärtner et al (24, 25) utvärderade en insats där sjukhuspersonal fick ett preventivt konsultationssamtal med FHV-läkare kring symtom på psykisk ohälsa, möjliga orsaker till symtom både i privatlivet och på arbetet, samt hur dessa problem kan hanteras. Remiss till ytterligare vårdgivare kunde också ges. Den randomiserade kontrollgruppen fick sedvanlig insats. Vid sex-månaders uppföljning rapporterade gruppen som fått insats bättre



arbetsförmåga men ingen skillnad på depression eller ångestsymtom jämfört med kontrollgruppen. Gruppen som fått insats hade mindre vårdutnyttjande vid denna uppföljning.

I en randomiserad studie bland bankanställda fokuserade interventionen på individer med risk för långtidssjukfrånvaro (26). Insatsen bestod av konsultationer med FHV-läkare kring symtom och problem både i privatlivet och på arbetet. Risk för framtida sjukskrivning och den anställdes förväntningar på insatsen diskuterades. Vid behov skedde remiss till ytterligare vårdgivare (exempelvis psykoterapi). Kontrollgruppen fick sedvanlig insats, d.v.s. möjlighet att konsultera FHV-läkare på eget initiativ. Vid 12-månaders uppföljning visade inte huvudanalyserna, men däremot modifierade analyser på en minskning av den totala sjukfrånvaron bland anställda som fått insatsen. I de modifierade analyserna exkluderades anställda som sökt hjälp på egen hand.

Kilfedder et al (27) utvärderade stresshantering bland anställda inom en stor vårdorganisation (National Health Service) i Storbritannien. De anställda randomiserades till tre grupper, en grupp fick personliga konsultationer och en annan grupp fick konsultationer per telefon. Båda gruppernas sessioner var på en timme, vid upp till sex tillfällen under 6-12 veckor. Jämfört med kontrollgruppen som fick biblioterapi, hade interventionsgrupperna efter fyra månader färre symtom på psykisk ohälsa utifrån ett av måtten, men ingen förbättring avseende stress eller psykisk ohälsa på andra mått.

### **Kognitiv beteendeterapi (KBT) eller problemlösningsterapi (PST)**

I en randomiserad studie av Grime et al (28) fick offentliganställda genomgå datorbaserad kognitiv beteendeterapi (KBT) under åtta veckor. Jämförelsegruppen fick sedvanlig behandling som bl.a. kunde bestå av medicinering och/eller behandling av psykolog. Gruppen som fick den datorbaserade KBT-insatsen hade färre depressionssymtom efter en månad. Tre respektive sex månader efter interventionen fanns inga skillnader i depression eller ångestsymtom mellan behandlingsgrupperna och kontrollgruppen.

Lexis et al. (29) utvärderade KBT i kombination med PST bland bankanställda. Insatsen var planerad till sju sessioner men kunde förlängas med maximalt fem sessioner och riktades mot sjukfrånvaro och depressionssymtom. Jämfört med kontrollgruppen, som innebar sedvanlig FHV-behandling (möjlighet att konsultera företagsläkare vid behov), hade interventionsgruppen lägre sjukskrivning efter 12 månader och mindre depressionssymtom vid sex respektive tolv månader (högt bortfall på depressionsmätning). Efter 18 månader fanns ingen säkerställd skillnad mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp avseende sjukfrånvaro.

## Övriga insatser

I en observationsstudie utförd i Finland bland anställda inom små och medelstora företag utvärderades en insats baserad på mindfulness och meditation (30). Samma insats gavs till alla deltagare och insatsen omfattade fem träffar samt en uppföljning. Utvecklingen hos anställda med mycket stressymtom vid studiestart jämfördes med anställda med mindre stressymtom. Efter sex månader hade gruppen med mest symtom vid start en bättre utveckling på depression och utmattning jämfört med gruppen med mindre symtom vid start. Inga skillnader fanns mellan grupperna för ångest eller utmattning.

I en svensk randomiserad studie av Peterson et al. (31) utvärderades kollegiala samtalsgrupper bland sjukvårdspersonal med symtom på utmattning. Insatsen bestod av diskussion och reflektion om orsaker till utmattning och stress, problemlösning, formulering av individuellt uppsatta mål och att gruppmedlemmarna utgjorde ett socialt stöd för varandra. Insatsen bestod av tio gruppmöten och leddes företrädesvis av FHV-personal. Vid 12-månadersuppföljningen visades en positiv effekt på den generella hälsan i gruppen som fått insats jämfört med kontrollgruppen, men inga effekter på utmattning, ångest eller depression.

Salmela-Aro et al. (32) utvärderade två typer av insatser bland anställda som varit i kontakt med FHV p.g.a. symtom för utmattning. En grupp randomiserades till psykoanalytisk gruppterapi där fria associationer syftade till att skapa trygghet och underlätta för deltagarna att bearbeta känslor relaterade till svåra upplevelser såsom konflikter på arbetet. I den andra interventionsgruppen fick deltagarna ägna sig åt psykodrama och sociodrama. Båda insatserna omfattade 16 heldagssessioner varannan vecka. En kontrollgrupp fick erbjudande om att besöka läkare eller psykoterapeut varannan månad. Efter 12-månader uppvisade interventionsgrupperna färre utmattningssymtom än kontrollgruppen (32). Båda interventionsgrupperna rapporterade också en minskning av personliga arbetsrelaterade aktiviteter, vilket ansågs som en positiv utveckling då det bedömdes minska risken för utmattning

Majoriteten av studierna som fokuserat på grupper i risk för ökad psykisk ohälsa var av låg kvalitet, en blandning av olika interventioner beskrevs och dessa gavs i varierande omfattning, under olika förhållanden och med olika utfall och metoder att mäta detta. Baserat på en studie av medelhög kvalitet fanns ett visst stöd för att KBT baserat på PST kan minska total sjukskrivning efter ett år när kontrollgruppen vid behov hade möjlighet att konsultera FHV-läkare (29). Övriga studier av medelhög kvalitet var hade få positiva effekter.

**Tabell 1b. Insatser för riskgrupper**

Studie	Intervention	Resultat	Kvalitet
De Boer et al. 2004 (23), RCT, Nederländerna N = 116, anställda 50 år eller äldre med hög risk för tidig pension (stress var det huvudsakliga problemet)	I: Konsultationer med FHV läkare samt handlingsplan K: Sedvanliga riktlinjebehandling	24 månader: Förtidspension + Sjukpension 0 Arbetsförmåga 0 Utmattning 0 Livskvalitet 0	Låg
Gärtner et al. 2013 (24), Ketelaar et al. 2013 (25), RCT, Nederländerna N = 379, med psykiska besvär och låg arbetsförmåga	I: Preventivt konsultsamtal av företagsläkare K: Sedvanlig insats	6 månader: Vårdutnyttjande + Arbetsförmåga + Depression 0 Ångest 0	Låg
Kant et al. 2008 (26), RCT, Nederländerna N = 299, med hög risk för långtids-sjukskrivning (bl.a. p.g.a. symtom på psykisk ohälsa)	I: Preventivt konsultsamtal av företagsläkare K: Sedvanlig behandling	12 månader: Total sjukfrånvaro 0 Långtidssjukfrånvaro 0 <i>Modifierade analyser</i> Total sjukfrånvaro + Långtidssjukfrånvaro 0	Medelhög
Kilfedder et al. 2010 (27), Karatzias et al. 2011 (33), RCT Storbritannien N = 90, symtom på stress	I1: Face-to-face konsultation om stress och hjälp att identifiera stressorer I2: Telefonkonsultation med samma innehåll K: Biblioterapi (bokinfo o uppgift)	4 månader: Core psykisk ohälsa 0 Ghq-12 psykisk ohälsa + Stress 0	Medelhög
Grime et al. 2004 (28), RCT, Storbritannien N = 48, Tidigare sjukskrivning, symtom psykisk ohälsa	I: E-KBT o sedvanlig behandling K: Sedvanlig behandling	0-1 månad: Depression och ångest + 3-6 månader: Depression <sup>a</sup> och ångest 0	Låg
Lexis et al. 2010 (29), RCT Nederländerna N = 139, med risk för sjukfrånvaro samt förvärrade depressionssymtom	I: KBT K: Sedvanliga riktlinjebehandling	12 månader: Sjukskrivning + 18 månader: Sjukskrivning 0 6-12 månader: Depression +	Medelhög
Kuoppola et al. 2013 (30) Observationsstudie Finland N = 52, med stress- och utmattningssymtom	I: Stresshantering inkl mindfulness, meditation	6 månader: Depression + Ångest 0 Burnout 0 Utmattning +	Låg
Peterson et al. 2008 (31), RCT Sverige N = 131, med Utmattningssymtom	I: Kollegiala samtalsgrupper K: Inget	12 månader: Utmattning 0 Ångest 0 Depression 0 Generell hälsa +	Medelhög
Salmela-Aro et al. 2007 (32), RCT, Finland N = 98, med Utmattningssymtom	I1: Psykoanalytisk gruppterapi, I2: Psykodrama K: Samtal med läkare/psykoterapeut	12 månader: Utmattning + Arbetsrelaterade personliga aktiviteter +	Låg

+ = Positiv effekt till fördel för gruppen som fått insats; 0 = Ingen säkerställd effekt av intervention

I = Insats; K = Kontroll-/jämförelsegrupp

## **Efterbehandlande insatser**

I tio av studierna utvärderades insatser till anställda som var sjukskrivna för psykisk ohälsa. Samtliga studier var randomiserade och utförda i Nederländerna förutom en svensk kontrollerad observationsstudie. (Tabell 1c). Detta innebär att kontrollgrupperna vanligen fick riktlinjebaserad vård som insats (se inledning).

### ***Problemlösningsterapi***

I en randomiserad studie av Van der Klink et al. (34) bland anställda sjukskrivna p.g.a. stressrelaterad psykisk ohälsa fick deltagarna tidigt i sjukskrivningen genomgå fyra till fem sessioner med FHV-läkare. Mötena syftade till att förstå bakomliggande orsak till den psykiska ohälsan och eventuella stressituationer, varefter interventionen övergick i stresshantering och problemlösning. Kontrollgruppen fick också träffa företagsläkare som gav sedvanlig vård vilket var reflektivt lyssnande, information om stress och livsstil samt diskussion om arbetsrelaterade problem med den anställde och/eller arbetsgivaren. Resultat från 12-månadersuppföljningen visade att gruppen som fått insats hade kortare sjukskrivningstid och att de hade en snabbare partiell återgång i arbete. Gruppen som fått insats hade inte färre psykiska symtom än kontrollgruppen vid denna uppföljning.

Rebergen et al. (35, 36) utvärderade en insats byggd på gradvis aktivering och PST bland anställda vid polisen som var sjukskrivna för psykisk ohälsa. Kontrollgruppen fick minimal kontakt med FHV-läkare men kunde däremot remitteras till psykolog. Efter tolv månader fanns ingen säkerställd skillnad i tid till återgång i arbete eller produktionsbortfall mellan grupperna, men vårdkostnaderna var lägre i gruppen som fått den aktiva insatsen (35, 36).

I ytterligare en randomiserad studie av PST av Arends et al. (37-39) riktades fokus på problem som kunde uppstå efter att arbetsåtergång skett, d.v.s. återfallsprevention. Insatsen gavs även här av FHV-läkare och kontrollgruppen fick sedvanlig vård. Jämfört med kontrollgruppen, hade interventionsgruppen tolv månader senare mindre upprepad sjukfrånvaro men i och med att interventionen också var dyrare än kontrollbetingelsen var inte insatsen kostnadseffektiv. Den psykiska ohälsan minskade i båda grupperna, men inte mer i gruppen som fick insats än i kontrollgruppen.

Bland anställda sjukskrivna för depression utvärderade Vlasveld et al. (40, 41) en insats bestående i 6-12 sessioner av PST, självhjälpsstudier samt ett samverkansmöte mellan den sjukskrivne, dennes arbetsgivare, vårdsamordnare och företagsläkare. Kontrollgruppen fick sedvanlig behandling. Vid 12-månadersuppföljningen var tiden till en halvering av depressionssymtom kortare i gruppen som fått insats jämfört med kontrollgruppen, men

övriga mätningar kring utvecklingen på depression visade ingen skillnad mellan grupperna. Ingen skillnad fanns heller avseende tid till full återgång i arbete.

### ***Stresshantering***

I en randomiserad studie av de Vente et al. (42) bland individer sjukskrivna för symtom på stress och utmattning fick två interventionsgrupper träning i stresshantering baserad på kognitiv beteendeterapi (KBT). Ena gruppen fick enskilda samtal med psykolog, och andra gruppen fick gruppssessioner. Båda grupperna hade totalt tolv sessioner. Jämfört med kontrollgruppen, som fick sedvanlig behandling av företagsläkare eller maximalt fem sessioner med psykolog, fanns inga skillnader i sjukfrånvaro fyra, sju eller tio månader senare. Inte heller symptomreduktion skilde sig jämfört med kontrollgruppen (42).

En svensk observationsstudie med kontrollgrupp av Grossi et al (43) inkluderade kvinnliga anställda som var sjukskrivna p.g.a. stressproblematik. Insatsen bestod av veckovisa halvdagssessioner under tre månader som omfattade diskussion kring stressproblematik, kognitiva strategier, Qigong och livsstil. Kontrollgruppen som fick sedvanlig behandling bestod av kvinnor som liknade interventionsgruppen avseende bl.a. yrke, ålder och diagnos. Efter sex månader fanns en minskning av utmattning i behandlingsgruppen men efter tolv månader fanns det inga säkerställda skillnader mellan grupperna med avseende på sjukfrånvaro, utmattning och depression. Då sjukskrivning följdes upp efter tre och fem år fanns inga skillnader mellan grupperna.

### **Övriga insatser**

Hees et al (44) utvärderade en omfattande arbetsterapeutisk insats jämfört med sedvanlig behandling bland individer sjukskrivna p.g.a. depression. Arbetsterapin omfattade 18 sessioner i tre huvudfaser, fas 1 ägnades åt problemdefinition, fas 2 åt utvecklandet av en plan på hur problem på arbetet ska hanteras och möte med arbetsgivaren och fas 3 var en uppföljningssession. Kontrollgruppen fick sedvanlig vård. Vid 18-månadersuppföljningen fanns ingen skillnad mellan grupperna vad gällde återgång i arbete, men depressionssymtom hade minskat mer i gruppen som fått arbetsterapi jämfört med sedvanlig behandling (44).

Van der Felz-Cornelis et al. (45) utvärderade en insats där FHV-läkaren fick tillgång till en psykiatrisk bedömning av den anställde vilken då kunde integreras i föreslagna åtgärder. Denna bedömning innefattade diagnos, förslag på behandlingsåtgärder och hur en anpassad återgång i arbete kunde se ut för den anställde. Kontrollgruppen fick insats av FHV-läkare men ingen psykiatrisk bedömning. Efter tre månader hade en större andel av dem som fått insats med psykiaterkonsultation återgått i ordinarie arbetstid jämfört med kontrollgruppen.

Efter sex månader fanns däremot ingen skillnad mellan grupperna för återgång i arbete, depression eller ångest.

Van Ostrom et al. (46) utvärderade en participativ insats som omfattade tre sessioner. En rehabkoordinator träffade vid ett första tillfälle den anställda för problemdefinition, och vid ett andra tillfälle skedde ett motsvarande samtal med arbetsledaren. Ett gemensamt möte hölls sedan där den anställde och arbetsledaren utförde en strukturerad problemlösning kring arbetsåtergång under ledning av rehabkoordinatören. Kontrollgruppen fick sedvanlig vård. Vid tolv månaders uppföljning fanns ingen skillnad mellan grupperna vad gällde tid till full återgång i arbete. De psykiska symtomen minskade i båda grupperna under uppföljningstiden, men ingen skillnad i utvecklingen fanns mellan grupperna.

I en studie av Noordik et al. (47) fick anställda som var sjukskrivna för psykisk ohälsa utforma en lista för stressande situationer på arbetsplatsen, vilket gjordes i samråd med FHV-läkaren. Efter upprättandet av listan fick de anställda utsätta sig för de identifierade situationerna, med början i dem som var minst stressande. Kontrollgruppen fick riktlinjebaserad vård. Vid tolv månaders uppföljning var tiden till full återgång i arbete säkerställt kortare i kontrollgruppen än i interventionsgruppen. Även i denna studie minskade de psykiska symtomen i båda grupperna under uppföljningstiden medan ingen skillnad i utvecklingen fanns mellan grupperna.

Studierna där efterbehandlande insatser utvärderades var vanligen av hög eller medelhög kvalitet. En form av insats som utvärderas i fyra av studierna är PST och utfallen är arbetsåtergång och/eller symtom på psykisk ohälsa. Resultaten ger stöd för att dessa typer av insatser kan underlätta arbetsåtergång, särskilt i kombination med extra fokus på uppföljning och stöd till anställda som stöter på svårigheter vid arbetsåtergång (återfallsprevention) (34, 39). I en studie visade resultatet att tiden till full återgång i arbete förlängdes bland anställda som stegvist utsatte sig för alltmer stressande situationer i arbetet (47). Det föreligger inte något tydligt samband mellan arbetsåtergång och förändring i symtom på psykisk ohälsa.

**Tabell 1c. Efterbehandlande studier**

Studie	Intervention	Resultat	Kvalitet
(34) Van der Klink et al. 2003 RCT Nederländerna N = 192	I: Problemlösningsterapi K: Sedvanlig behandling	12 månader: Tid till partiell återgång i arbete <sup>a</sup> + Duration sjukskrivning + Tid till full återgång i arbete 0 3 & 12 mån: Depression 0	Hög
Rebergen et al. 2009 (35, 36, 48) RCT Nederländerna N = 240	I: Problemlösningsterapi K: Minimal inblandning av FHV-läkare, remiss psykolog	12 månader: Tid till (partiell eller full) återgång i arbete 0 Kostnader för vård + Produktionsbortfall 0	Hög
Arends et al. 2013 (37-39), RCT, Nederländerna N = 158	I: Problemlösningsterapi med återfallsprevention K: Sedvanlig behandling	12 månader: Upprepad sjukskrivning + Kostnadseffektivitet 0 Tid till upprepade sjukskrivning + Psykisk ohälsa 0	Hög
(40, 41) Vlasveld et al. 2012, 2013 RCT Nederländerna N = 126	I: Problemlösningsterapi, självhjälp, arbetsplatsintervention K: Sedvanlig behandling	12 månader: Tid till $\geq 50\%$ minskning av depression <sup>a</sup> + Övriga depressionsmått 0 Tid till återgång i heltidsarbete 0	Medel hög
de Vente et al. 2008 (42), RCT Nederländerna N = 82	I1: Individuell stresshantering I2: Gruppbaserad stresshantering K: Sedvanlig behandling	10 månader: sjukfrånvaro 0 Minskning av symtom (depression, ångest, utmattning) 0	Låg
Grossi et al. 2009 (43), Observationsstudie Sverige N = 24	I: Stresshantering, 3 mån K: Sedvanlig behandling	6 och 12 månader: Depression 0 Utmattning 0 1, 3, 5 år: Sjukfrånvaro 0	Låg
Hees et al. 2013 (44) RCT Nederländerna N = 117	I: Arbetsterapi K: Sedvanlig behandling	18 månader: Återgång i arbete 0 Depression +	Medel hög
Van der Feltz-Cornelis et al. 2010 (45), RCT, Nederländerna N = 60	I: utbildning av FHV-läkare och psykiatriker K: konsultation med ej utbildad FHV-läkare/psykiatriker	3 månader: Andel som återgå (fulltid) i arbete <sup>a</sup> + 6 månader Tid till återgång i arbete 0 Depression 0 Ångest 0	Medelhög
Van Oostrom et al. 2009 (46, 49) 2010, RCT Nederländerna N = 145	I: Participativ insats plus sedvanlig behandling K: Sedvanlig riktlinjebehandling	12 månader: Tid till full återgång i arbete 0 Depression 0 Ångest 0 Stress 0	Hög
Noordik et al. 2013 (47) RCT Nederländerna N = 160	I: Stegvis ökad exponering för stress på arbetet K: Sedvanlig riktlinjebehandling	12 månader: Återgång i arbete – Depression 0 Ångest 0 Stress 0	Medel hög

+ = Positiv effekt till fördel för gruppen som fått insats; 0 = Ingen säkerställd effekt av intervention

– = Negativ effekt till nackdel för gruppen som fått insats

I = Insats; K = Kontroll-/jämförelsegrupp



## Utfallsmätningar

Nedan följer en kort beskrivning och uppräknig av de mätmetoder som användes i de inkluderade studierna. Mer information finns i Bilaga 1.

För sjukskrivning, återgång i arbetet och förtidspension användes såväl register uppgifter (22, 23, 26, 29, 35, 39, 41, 45-47) som frågeformulär (42-45, 47).

För symtomreduktion (depression, ångest, psykiska besvär och utmattningssymtom) användes kända standardiserade frågeformulär. Här ges bara måttens förkortningar, fullständiga namn återfinns i Bilaga 2. Depression mättes med olika versioner av BDI (20, 21, 29, 30, 43), HADS (28, 29, 31, 39), HRSD (44), IDS-SR (44), BSI (24), PHQ (40, 41, 45) samt 4DSQ (39, 46). Ångest mättes med instrumenten BSI (24), HADS (28, 31) och 4DSQ (39, 46). Andra mått på psykisk ohälsa som användes var GHQ-12 (27, 33), SCL-90 (34, 45), 4DSQ (24, 34, 39, 46, 47), DASS (42) och BSI (29). En studie använde de frågor i WAI som benämns mentala resurser (21). Även AUDIT, ett mått på alkoholbruk och problem, förekom (24). Utmattningssymtom mättes med MBI-GS (21, 42), BBI (30, 32), UBOS (23), CIS (42), KES (43), Vital VE (30) och OLBI (31). Stress mättes med instrumenten BJSQ (22), BSI (24), IES (24), 4DSQ (24) samt PSS-10 (27, 33). Mått på coping-strategier som inte mäter stress men som kan betraktas som skyddsfaktorer eller sårbarhet för stressreaktioner mättes med ASQ (28), UCL (39) samt känsla av "Mastery" (34).

Psykisk funktion i arbetet återfinns som utfallsmått i ett par studier, vilket mäts med: WAI (23), WRFQ (39), TNWFQ (24), WLQ (44), UWES (30), SF-36 (29, 44), CORE-34 (27, 33) samt QEEW (24). Övriga, mer sekundära mått omfattade dels livskvalitet: NPH (23) och EQ-5D (45), samt allmänhälsa och välbefinnande: SJW (30), JAW (30), PSOHQ (46) samt vårdsökande (24). Även ett mått på personlig utveckling användes i en studie (32).



## Diskussion

Det övergripande syftet med denna rapport har varit att kartlägga forskning kring insatser som getts av FHV för att förebygga eller minska psykisk ohälsa. Tjugoen studier ingick i det vetenskapliga underlaget. Majoriteten av studierna var randomiserade och utvärderade endera efterbehandlande insatser som riktade sig till anställda sjukskrivna p.g.a. psykisk ohälsa, eller insatser som gavs till riskgrupper, d.v.s. anställda med risk för ökade symtom. En majoritet av studierna var gjorda i Nederländerna. Kvaliteten på studierna var högst bland utvärderingarna av efterbehandlande insatser, d.v.s. insatser som riktade sig till anställda som var sjukskrivna p.g.a. psykisk ohälsa.

Resultaten kan sammanfattas enligt följande:

- Problemlösningsterapi kan underlätta partiell arbetsåtergång bland anställda sjukskrivna p.g.a. psykisk ohälsa. Anställda vars FHV-läkare fortsätter med uppföljning både av den anställda och med arbetsplatsen även efter att arbetsåtergång skett har en minskad risk för återfall i sjukskrivning. Dessa studier var av hög kvalitet.
- Förebyggande insatser fanns utvärderade i liten omfattning (endast två studier).
  - I en studie av medelhög kvalitet visade resultaten vid uppföljning efter sju månader att en kurs med syfte att stärka den anställdes egna resurser kring sin yrkeskarriär ökade anställdas upplevda mentala resurser och minskade symtom på depression och avsikt att gå i förtidspension.
- Studier kring insatser som riktar sig mot grupper i risk för ökade symtom eller sjukskrivning p.g.a. psykisk ohälsa var ofta av låg kvalitet och hade en stor variation i screeningmetoder och de insatser som utvärderades.
  - En studie av medelhög kvalitet gav stöd för att kognitiv beteendeterapi baserat på problemlösningsterapi kan minska total sjukskrivning efter ett år vid jämförelse med sedvanlig vård.
- Det finns ingen tydlig koppling mellan arbetsåtergång och omfattning av symtom, eller att minskning av symtom automatiskt leder till arbetsåtergång. För att underlätta arbetsåtergång behöver insatsen vara nära kopplad till arbetsplatsen och hänsyn tas till de arbetsmiljöfaktorer som visat sig ha betydelse för psykisk ohälsa.

## **Efterbehandlande insatser**

Bland de efterbehandlande insatserna visade en utvärdering att problemlösningsterapi (PST) kopplad till arbetsplatsen påskyndar partiell arbetsåtergång bland anställda sjukskrivna p.g.a. stress eller utmattning (34). I ytterligare en studie prövades PST med syfte att minska återkommande sjukskrivning bland anställda som just återgått i arbete (39). En handlingsplan kring möjliga problem och utvecklingsmöjligheter efter arbetsåtergång utvecklades och följdes upp enligt en strukturerad metod. Resultatet visade att förekomst av återkommande sjukskrivning minskade bland anställda som fick denna insats (39). En tredje studie av PST gav dock inte samma positiva effekt och en processanalys fann att FHV-läkarnas följsamhet till insatsen var cirka 50 % (35, 36). I samma studie rapporterades att FHV-läkare som var mer följsamma till metoden, d.v.s. i högre grad hade kontakt med den anställde samt arbetsplatsen och som satte in åtgärder vid problem med arbetsåtergång nådde ett bättre resultat avseende minskad sjukskrivning. Insatserna kring PST kunde inte minska produktionsbortfall inom ett år efter insats (38, 48).

Tiden till återgång i ordinarie arbetstid fördröjdes för anställda som i samråd med sin FHV-läkare utsatte sig för alltmer påfrestande eller stressande arbetsituationer (47).

Kontrollgruppen fick den insats som rekommenderas i de Nederländska riktlinjerna för behandling av psykisk ohälsa inom arbetslivet och författarna föreslår att dessa insatser kan vara de bästa tillgängliga för dessa typer av ohälsa i nuläget. Som beskrivits i inledningen av denna rapport så bygger dessa riktlinjer på ett aktivt förhållningssätt från FHV-läkaren kring problemlösning, regelbunden uppföljning och aktivering av den anställde.

## **Förebyggande insatser**

Endast två studier med förebyggande insatser där FHV var inblandade återfanns. En studie var av låg kvalitet och en av medelhög kvalitet. Studien av medelhög kvalitet gav stöd åt att en kurs kring karriärutveckling minskade symtom på depression, avsikt att gå i förtids- eller sjukpension och ökade deltagarnas mentala resurser. Förebyggande insatser utförda på arbetsplatsen har också utvärderats i systematiska översikter och i dessa översikter har även insatser där FHV inte ingått som en aktiv part tagits med. I en nyligen publicerad översikt gavs stöd för att KBT och/eller avslappningsträning kan förebygga stress bland vårdpersonal jämfört med ingen insats alls (12). Vissa indikationer fanns också på att förändrade arbetsscheman kan minska stress.

Vad gäller de insatser som riktades mot grupper i risk var kvaliteten generellt lägre än för studier av efterbehandlande insatser. Studierna tillämpade olika metoder för att definiera riskgrupper och insatserna kunde utgöras av KBT, kollegiala samtalsgrupper, konsultationer med FHV läkare, stresshantering med mindfulness, meditation eller psykoanalytisk

gruppterapi. I en studie av medelhög kvalitet fanns stöd för att KBT baserad på PST kan minska total sjukskrivning efter ett år när kontrollgruppen vid behov hade möjlighet att konsultera företagsläkare (29). Med undantag av den citerade studien är det vetenskapliga underlaget alltför heterogent för att kunna dra några slutsatser utifrån dessa studier.

### ***Psykiska symtom och arbetsåtergång***

I flera av studierna som utvärderar efterbehandlande insatser konstateras att kopplingen mellan symtom på psykisk ohälsa och arbetsåtergång är svag. I några studier förbättrades arbetsåtergången utan att symtomen skiljde sig åt mellan interventions- och kontrollgrupp (34, 39). I en studie försämrades arbetsåtergången för interventionsgruppen utan att därmed symtomen försämrades (47). Exempel fanns också på att symtomen förbättrades utan att några effekter på återgång i arbete kunde påvisas (44). I en svensk studie utförd på primärvårdspatienter med psykisk ohälsa (ej inkluderad i denna kartläggning) visade sig en förbättrad livskvalitet och en minskning av psykiska symtom inte sammanfalla med minskad sjukskrivning efter en intervention med kognitiv beteendeterapi (50). Vad som ofta beskrivs i studierna är att symtom minskade både i interventions- och kontrollgrupp under studietiden. Detta kan bero på att alla insatser som gavs i studierna var effektiva oavsett om de var den aktiva insatsen eller kontrollinsatsen. En annan möjlig förklaring är att de anställda som inkluderas i studierna oftast är i ett relativt akut skede av symtomen och det är då en naturlig utveckling att symtomen kommer att avta med tiden. Det kan vara så att en symtomminskning underlättar återgång i arbete men att också åtgärder direkt inriktade mot arbetsplatsen krävs. I en studie av Arends et al. (51) undersöktes vilka faktorer vid studiestart som påverkade framtida upprepad sjukskrivning efter en arbetsinriktad insats vid psykisk ohälsa. Faktorer som ökade risken för upprepad sjukskrivning var konflikter med chef och att arbetsplatsen var stor (> 100 anställda) medan förekomst av flera kroniska sjukdomar minskade risken för upprepad sjukskrivning. Psykiska symtom hade inte någon säkerställd påverkan på upprepad sjukskrivning. Aktuell forskning ger stöd för att psykosociala och organisatoriska faktorer kan utgöras risk- och friskfaktorer för psykisk ohälsa (7) och även sjukskrivning p.g.a. detta (52). Det har också betonats att om arbetsåtergång är central så behöver insatsen också vara arbetsnära (52). Dessa resultat ger möjliga förklaringar till den osäkra kopplingen mellan symtom och arbetsåtergång, d.v.s. för att nå resultat vad gäller arbetsåtergång behöver insatsen vara nära kopplad till arbetsplatsen och ta hänsyn till de arbetsmiljöfaktorer som visat sig ha betydelse för psykisk ohälsa.

### ***Generaliserbarhet till svenska förhållanden***

Den efterbehandlande insats där det finns mest stöd för en effekt på arbetsåtergång var problemlösningsterapi som utvärderades i Nederländerna och gavs av FHV-läkare. En viktig

fråga är i vilken grad dessa resultat är överförbara till Sverige. Nederländerna har haft ett starkare lagstöd för användande av FHV och ett mer omfattande sjuklöneansvar för arbetsgivare vilket kan påverka arbetsgivarnas ansträngningar för att underlätta arbetsåtergång bland sjukskrivna (53). I och med att studierna använde sig av kontrollgrupp så gäller dessa förhållanden i regelsystemet även jämförelsegruppen, vilket kan minska risken att det är olikheter i regelsystem som avgör effekten av en intervention. I studierna som presenterats här har problemlösningsterapin getts av FHV-läkare och om insatsen ges av annan profession, exempelvis psykolog eller företagssköterska, så är det viktigt att en god kommunikation finns med sjukskrivande läkare när det exempelvis kommer till frågor om nedtrappning av sjukskrivning. Sammantaget kan resultaten kring problemlösningsterapi vara överförbara till svenska förhållanden men insatsen behöver också utvärderas i Sverige.

En efterbehandlande insats som kan vara av intresse för svenska förhållanden är också den arbetsplatsintervention som utvärderades av van Oostrom et al (46). En liknande insats som utvecklats i Sverige är metoden ”Arbetsplatsdialog för förändring, ADA” (54). Bägge insatser innefattar ett separat samtal med arbetsledare, ett med den anställda och sedan ett samtal där både anställd, chef och andra viktiga aktörer deltar. Som redovisats hade dock inte den insats som Van Oostrom et al. prövade någon effekt på arbetsåtergång. ADA har utvärderats avseende arbetsåtergång i en observationsstudie bland personer med utmattningssyndrom och med en uppföljningstid på upp till 30 månader (55). Resultaten efter 18 månader pekade mot en ökad arbetsåtergång i behandlingsgruppen jämfört med den matchade kontrollgruppen och efter ytterligare ett år fanns en ökad arbetsåtergång kvar bland yngre personer ( $\leq 45$  år), men inte bland de äldre deltagarna. Ansatsen att ha samtal med både anställd och chef används redan idag inom FHV och här kan också utvecklingsmöjligheter finnas genom att ytterligare strukturera detta tillvägagångssätt enligt van Oostrom (46) eller ADA (54). Det behövs också ytterligare utvärderingar av denna typ av insatser.

### ***Metodologiska beaktanden***

I de databaser som använts för att lokalisera de ingående studierna finns ett antal olika s.k. indexeringar som anger att en studie exempelvis handlar om arbetsmiljö eller psykisk ohälsa. Det finns dock ingen särskild indexering specifikt för FHV och det framgår sällan av artikelsammanfattningar om FHV varit inblandad i insatsen varför många studier behövde läsas i sin helhet för att kunna bedöma detta. Vi har också i några fall inkluderat studier där FHV deltagit på annat sätt än att ge interventionen, exempelvis varit inblandade vid rekrytering av anställda till insatsen. Detta för att få ett så brett underlag som möjligt att studera.

Det primära syftet med en kartläggning av forskning är att ge en bred bild av ett forskningsområde, detta till skillnad från systematiska översikter som vanligen har ett smalare fokus och är mer inriktade på att utvärdera effekten av insatser. Vi har i denna kartläggning ändå lyft fram resultaten av enskilda studier och även gjort en sammanfattande bedömning av dessa. Fördelen med en kartläggning har i detta fall varit att det varit möjligt att inkludera och beskriva en stor mängd insatser som utvärderats med olika vetenskapliga upplägg.

### ***Sammanfattande slutsatser***

Syftet med denna rapport var att kartlägga nationell och internationell forskning där insatserna getts av FHV för att förebygga eller minska psykisk ohälsa bland anställda. I rapporten beskrivs insatsernas innehåll, kvaliteten på studierna och resultaten av dessa. Totalt återfanns 21 studier och kvaliteten var högst bland studier som utvärderade efterbehandlande insatser. Förutom två studier som utvärderade förebyggande åtgärder var insatserna primärt individinriktade. Problemlösningsterapi som ges till personer som är sjukskrivna för psykisk ohälsa kan påskynda partiell återgång i arbete. Om denna insats också kombineras med uppföljning av den anställde och med arbetsplatsen även efter att arbetsåtergång skett kan detta minska risken för återfall i sjukskrivning. För förebyggande insatser eller insatser riktade mot grupper i risk för ökad psykisk ohälsa och/eller sjukskrivning var det vetenskapliga underlaget i huvudsak otillräckligt för att kunna dra några slutsatser om effekter av åtgärderna. Det fanns inte någon tydlig koppling mellan arbetsåtergång och omfattning av symtom bland de anställda, eller att minskning av symtom automatiskt ledde till arbetsåtergång. För att underlätta arbetsåtergång behöver insatsen vara nära kopplad till arbetsplatsen och hänsyn tas till de arbetsmiljöfaktorer som visat sig ha betydelse för psykisk ohälsa.

## Referenser

1. European Agency for Safety and Health at Work. <https://www.healthy-workplaces.eu/en/stress-and-psychosocial-risks/facts-and-figures>.
2. McDaid, editor. *Mental Health in Workplace Settings*. Consensus paper. Luxembourg: European Communities. 2008.
3. Försäkringskassan. *Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16–64 år*. Stockholm: Försäkringskassan, 2014.
4. Försäkringskassan. *Socialförsäkringen i Siffror 2013*. Stockholm: Försäkringskassan 2013.
5. OECD. *Mental Health and Work: Sweden*. OECD Publishing. <http://www.oecd.org/els/emp/mental-health-and-work-sweden.htm#contents>, 2013.
6. Bryngelson A, Asberg M, Nygren A, Jensen I, Mittendorfer-Rutz E. All-Cause and Cause-Specific Mortality after Long-Term Sickness Absence for Psychiatric Disorders: A Prospective Cohort Study. *PLoS One*. 2013;8(6):e67887.
7. SBU. *Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm 2014: Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (SBU) SBU-rapport nr 223. ISBN 978-91-85413-64-5, 2014.
8. Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Hees HL, Verhoeven AC, et al. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;12:CD006237.
9. Busch H, Bonnevier H, Hagberg J, Karlsson M, Bodin L, Norlund A, et al. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Slutrapport, del I. Stockholm 2011.
10. Hellman T, Bonnevier H, Jensen I, Hagberg J, Busch H, Björk-Brämberg E, et al. En processutvärdering av multimodala team inom ramen för rehabiliteringsgarantin Slutrapport. Stockholm: Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM). Karolinska Institutet., 2014.
11. 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 Syst Rev*. 2012;12:CD006389.
12. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Marine A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;12:CD002892.
13. van der Klink JJ, van Dijk FJ. Dutch practice guidelines for managing adjustment disorders in occupational and primary health care. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2003;29(6):478-87.
14. Joosen MC, Brouwers EP, van Beurden KM, Terluin B, Ruotsalainen JH, Woo JM, et al. An international comparison of occupational health guidelines for the management of mental disorders and stress-related psychological symptoms. *Occupational and environmental medicine*. 2014.
15. SOU. *Framgångsrik företagshälsovård*. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer; 2011. 1-174 p.
16. Daudt HM, van Mossel C, Scott SJ. Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC Med Res Methodol*. 2013;13:48.
17. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci*. 2010;5:69.
18. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 2005;8(1):19-32.



19. SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: en handbok. . beredning S, (SBU) fmu, editors. Stockholm2013.
20. Ahola K, Vuori J, Toppinen-Tanner S, Mutanen P, Honkonen T. Resource-enhancing group intervention against depression at workplace: who benefits? A randomised controlled study with a 7-month follow-up. *Occupational & Environmental Medicine*. 2012;69(12):870-6.
21. Vuori J, Toppinen-Tanner S, Mutanen P. Effects of resource-building group intervention on career management and mental health in work organizations: randomized controlled field trial. *Journal of Applied Psychology*. 2012;97(2):273-86.
22. Kobayashi Y, Kaneyoshi A, Yokota A, Kawakami N. Effects of a worker participatory program for improving work environments on job stressors and mental health among workers: a controlled trial. *Journal of Occupational Health*. 2008;50(6):455-70.
23. de Boer AG, van Beek JC, Durinck J, Verbeek JH, van Dijk FJ. An occupational health intervention programme for workers at risk for early retirement; a randomised controlled trial. *Occupational & Environmental Medicine*. 2004;61(11):924-9.
24. Gartner FR, Nieuwenhuijsen K, Ketelaar SM, Van Dijk FJH, Sluiter JK. The Mental Vitality @ Work Study: Effectiveness of a Mental Module for WorkersE Health Surveillance for Nurses and Allied Health Care Professionals on Their Help-Seeking Behavior. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2013;55(10):1219-29.
25. Ketelaar SM, Gartner FR, Bolier L, Smeets O, Nieuwenhuijsen K, Sluiter JK. Mental Vitality @ Work--a workers' health surveillance mental module for nurses and allied health care professionals: process evaluation of a randomized controlled trial. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*. 2013;55(5):563-71.
26. Kant I, Jansen NH, van Amelsvoort LPM, van Leusden R, Berkouwer A. Structured Early Consultation with the Occupational Physician Reduces Sickness Absence Among Office Workers at High Risk for Long-Term Sickness Absence: a Randomized Controlled Trial. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2008;18(1):79-86.
27. Kilfedder C, Power K, Karatzias T, McCafferty A, Niven K, Chouliara Z, et al. A randomized trial of face-to-face counselling versus telephone counselling versus bibliotherapy for occupational stress. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 2010;83(Pt 3):223-42.
28. Grime PR. Computerized cognitive behavioural therapy at work: a randomized controlled trial in employees with recent stress-related absenteeism. *Occupational Medicine (Oxford)*. 2004;54(5):353-9.
29. Lexis MA, Jansen NW, Huibers MJ, van Amelsvoort LG, Berkouwer A, Tjin ATG, et al. Prevention of long-term sickness absence and major depression in high-risk employees: a randomised controlled trial. *Occupational & Environmental Medicine*. 2011;68(6):400-7.
30. Kuoppala J, Kekoni J. At the sources of one's well-being: early rehabilitation for employees with symptoms of distress. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*. 2013;55(7):817-23.
31. Peterson U, Bergström G, Samuelsson M, Åsberg M, Nygren Å. Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;63(5):506-16.
32. Salmela-Aro K, Naatanen P, Nurmi J-E. The role of work-related personal projects during two burnout interventions: A longitudinal study. *Work & Stress*. 2004;18(3):208-30.

33. Karatzias T, Chouliara Z, Power K, Kilfedder C. Predicting outcome of face-to-face and telephone counselling for occupational stress. *British Journal of Guidance & Counselling*. 2011;39(3):197-208.
34. van der Klink JJJ, Blonk RWB, Schene AH, van Dijk FJH. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occupational and environmental medicine*. 2003;60(6):429-37.
35. 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. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*. 2009;51(3):305-12.
36. Rebergen DS, Bruinvels DJ, Bos CM, van der Beek AJ, van Mechelen W. Return to work and occupational physicians' management of common mental health problems--process evaluation of a randomized controlled trial. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2010;36(6):488-98.
37. Arends I, Bultmann U, Nielsen K, van Rhenen W, de Boer MR, van der Klink JJ. Process evaluation of a problem solving intervention to prevent recurrent sickness absence in workers with common mental disorders. *Social Science & Medicine*. 2014;100:123-32.
38. Arends I, Bultmann U, van Rhenen W, Groen H, van der Klink JJ. Economic evaluation of a problem solving intervention to prevent recurrent sickness absence in workers with common mental disorders. *PLoS ONE*. 2013;8(8).
39. Arends I, van der Klink JJ, van Rhenen W, de Boer MR, Bultmann U. Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders: results of a cluster-randomised controlled trial. *Occupational & Environmental Medicine*. 2014;71(1):21-9.
40. Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Ader HJ, Anema JR, Hoedeman R, van Mechelen W, et al. Collaborative care for major depressive disorder in an occupational healthcare setting. *British Journal of Psychiatry*. 2012;200(6):510-1.
41. 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. *Occupational & Environmental Medicine*. 2013;70(4):223-30.
42. 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.
43. Grossi G, Santell B. Quasi-experimental evaluation of a stress management programme for female county and municipal employees on long-term sick leave due to work-related psychological complaints. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2009;41(8):632-8.
44. 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. *Occupational & Environmental Medicine*. 2013;70(4):252-60.
45. van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, de Jong FJ, Meeuwissen JAC, Drewes HW, van der Laan NC, et al. Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2010;6:375-85.
46. 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. *Occupational & Environmental Medicine*. 2010;67(9):596-602.



47. 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.[Erratum appears in Scand J Work Environ Health. 2013 May 1;39(3):319]. Scandinavian journal of work, environment & health. 2013;39(2):144-54.
48. 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. Journal of Occupational & Environmental Medicine. 2009;51(3):313-22.
49. van Oostrom SH, van Mechelen W, Terluin B, de Vet HC, Anema JR. A participatory workplace intervention for employees with distress and lost time: a feasibility evaluation within a randomized controlled trial. Journal of Occupational Rehabilitation. 2009;19(2):212-22.
50. Ejeby K, Savitskij R, Ost LG, Ekblom A, Brandt L, Ramnero J, et al. Symptom reduction due to psychosocial interventions is not accompanied by a reduction in sick leave: results from a randomized controlled trial in primary care. Scand J Prim Health Care. 2014;32(2):67-72.
51. Arends I, van der Klink JJ, van Rhenen W, de Boer MR, Bultmann U. Predictors of recurrent sickness absence among workers having returned to work after sickness absence due to common mental disorders. Scandinavian journal of work, environment & health. 2014;40(2):195-202.
52. Vingård E. Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro. En kunskapsöversikt. FORTE: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, 2015.
53. FHV-delegationen. SOU 2011:63 Framgångsrik företagshälsovård - Möjligheter och metoder. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer; 2011. 1-174 p.
54. Karlson B, Jonsson P, Palsson B, Abjornsson G, Malmberg B, Larsson B, et al. Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout--a prospective controlled study. BMC Public Health. 2010;10:301.
55. Karlson B, Jonsson P, Osterberg K. Long-term stability of return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick leave for burnout. BMC Public Health. 2014;14:821.

# Bilaga 1. Beskrivning av studierna

Förklaringar till förkortningar avseende utfallsmått finns i Bilaga 2.

## Förebyggande studier

Kobayashi et al, 2008, (22)

<b>Studiedesign, kontext, studieperiod</b>	Kontrollerad interventionsstudie 2005 – 2006 Ett stort tillverkningsföretag i Japan. Avdelningar som deltog var; 27 konstruktionsavdelningar, 14 tjänsteavdelningar och 4 forskningsavdelningar.
<b>Syfte</b>	Utvärdera effekten av ett interventionsprogram som bygger på delaktighet bland anställda i syfte att förbättra arbetsmiljön, i huvudsak psykosociala faktorer samt psykisk ohälsa.
<b>Deltagare</b>	N =1071 (I =321 (9 avdelningar), K =750 (36 avdelningar)) I = 90,1 % män, medelålder = män =41,6 (sd 11,3), kvinnor =41,2 (sd 6,2) K = 88,5 % män, medelålder = män = 42,5 (sd 10,8), kvinnor = 38.5 (sd 7,7).  Anställda inom företaget. Beslut om att delta i interventionen fattades av respektive avdelningschef.
<b>Intervention och jämförelsegrupp</b>	Interventionen var ett program lett av ett professionellt arbetsmiljöförbättringsteam bestående av företagsläkare, psykolog och företagssköterska. Teamet höll i kontakten såväl med ledning som med respektive avdelning samt höll i processen. Programmet pågick 12 månader. Samtliga i interventionsgruppen bjöds in att delta i en workshop för att diskutera fram en handlingsplan med syfte att förbättra arbetsmiljön, 61 % deltog i en workshop. MHACL användes som underlag för gruppdiskussioner och skapande av handlingsplaner. Förbättringsteamet övervakade processen och fanns till hands för att underlätta genomförandet av handlingsplanerna. De stämde också av med ledningen hur långt processen kommit vid 2 tillfällen.  Kontrollgruppen fick inget.
<b>Mätpunkter</b>	T0: Baslinje, T1:12 månader
<b>Utfallsmått</b>	Primära utfallsmått var stressorer på jobbet (BJSQ), psykisk stress (BJSQ) och sjukfrånvaro (data från företaget). Sekundära var arbetstillfredsställelse (BJSQ), stöd från chef och kollegor (BJSQ), hälsorisker kopplade till stress på arbetet (JSAD). Totalt 21 utfallsmått.
<b>Resultat</b>	Resultaten redovisas könsuppdelat. Programmet hade ingen signifikant effekt för män vid 12 månaders uppföljning. För kvinnor fanns en signifikant effekt till det bättre jämfört med kontrollgruppen avseende; underutnyttjande av kompetens (p 0,048); energi (eng. Vigor) (p 0,026); depression (p 0,010); stöd från chef (p 0,000); stöd från kollegor (p 0,036); samt arbetstillfredsställelse (p 0,043). Samtliga utfallsmått är underskalor i JBSQ.
<b>Studiekvalitet</b>	Låg

<b>Studiedesign, kontext, studieperiod</b>	RCT Finland 2006-2008 17 organisationer, 81 % offentlig sektor, 17 % privat verksamhet
<b>Syfte</b>	Utvärdera huruvida en förebyggande intervention med syfte att öka anställdas karriärutvecklingsberedskap (career management preparedness) främjar anställdas karriär och mentala hälsa och kunde verka som primär prevention mot depression. Med depression avsågs >9 poäng på BDI.
<b>Deltagare</b>	N = 718 (I: 369, K:349) I: 14 % män, medelålder = 50,5 (sd 6,49), K: 46 % män, medelålder = 49,7 (sd 6,44)  Deltagarna var frivilliga från de 17 organisationerna som tackat ja till att delta i projektet. Interventionen presenterades oftast som: "Towards Successful Seniority group method".
<b>Intervention och jämförelsegrupp</b>	I: Deltagare randomiserade till interventionsgruppen blev inbjudna till en 1-veckas (5 halvdagar, 8-15 deltagare per grupp) interventions-workshop där ett syfte var att få deltagarna att bättre klara av möjliga motgångar inom yrkeslivet. Under workshopen användes metoder så som social modellering, aktivt lärande, gradvis exponering och rollspel. Interventionsledarna skulle vara en representant från FHV och en från HR, vilket dock inte alltid var fallet.  K: Kontrollgruppen fick skriftlig information om karriär- och hälsorelaterade områden.
<b>Mätpunkter</b>	T0: baslinje, T1: direkt efter intervention, T2: 7 månader efter intervention
<b>Utfallsmått</b>	Karriärutvecklingsberedskap bestod av två underskalor; karriärutvecklings-'self-efficacy' (10 egenkomponerade frågor) och beredskap för motgångar (3 egenkomponerade frågor). Depressiva symtom (BDI-13). Utmattning (en underskala ur MBI-GS), arbetsengagemang (UWES-9), mentala resurser (3 frågor ur WAI), avsikt till förtidspension (1 egenkomponerad fråga), arbetsbelastning (JCQ).
<b>Resultat</b>	Resultaten visar bl.a. att interventionsgruppen i signifikant högre utsträckning än kontrollgruppen hade ökat sin karriärutvecklingsberedskap vid första uppföljningen, vilket var direkt efter avslutad intervention (koeff = 0,10, Cohens $d = 0,31$ , $p < 0,001$ ).  Resultat från T2, sju månaders uppföljning: Gällande depressiva symtom sjönk dessa i signifikant högre utsträckning i interventionsgruppen än i kontrollgruppen (koeff = -0,04, Cohens $d = -0,17$ , $p < 0,05$ ).  Gällande avsikt till förtidspension sjönk antalen som svarade ja i signifikant högre utsträckning i interventionsgruppen än i kontrollgruppen (koeff = 0,10, Cohens $d = -0,14$ , $p < 0,05$ ).  Gällande mentala resurser ökade skattningarna signifikant för interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen (koeff = 0,12, Cohens $d = 0,22$ , $p < 0,05$ )  Gällande utmattning fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna (koeff = -0,11, Cohens $d = -0,10$ , $p > 0,05$ )  Gällande arbetsengagemang fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna (koeff = 0,13, Cohens $d = 0,18$ , $p < 0,10$ ).  Det var signifikant lägre odds för depression i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen (OR = 0,40, 95 % KI 0,19; 0,85). Man justerade för depressiva symtom, "job strain" och socio-demografi vid baslinje.
<b>Studiekvalitet</b>	Medelhög

## Insatser för riskgrupper

de Boer et al, 2004, (23)

<b>Studiedesign, kontext, studieperiod</b>	RCT Nederländerna Internationellt utvecklings- och tillverkningsbolag inom elektronik.
<b>Syfte</b>	Utvärdera ett interventionsprogram inom FHV för anställda med risk för förtidspension.
<b>Deltagare</b>	N =116 (I =61, K =55 ) I = 95 % män, medelålder =53,2 K = 91 % män, medelålder =53,5  Anställda som angett att de inte tror sig klara jobba fram till naturlig pensionsålder. Alla deltagare var 50 år eller äldre.
<b>Intervention och jämförelsegrupp</b>	<b>I:</b> Interventionen pågick under 6 månader och genomfördes av företagsläkare. Programmet innefattade minst 2 konsultationsträffar samt ett bedömningsamtal. I övrigt var det fritt att boka in fler träffar med företagsläkaren. Utöver utredning av orsaker till oförmåga att jobba till pensionsålder ingick i processen att skapa en handlingsplan för den anställda. Handlingsplanen fokuserade på nödvändiga förändringar och anpassningar i arbetet som behövde genomföras för att den anställda skulle kunna jobba till pension. Handlingsplanen förankrades hos arbetsledare och chefer. Vid behov remitterades den anställda till allmänläkare, psykolog eller medicinsk specialist.  <b>K:</b> Kontrollgruppen fick sedvanlig behandling.
<b>Mätpunkter</b>	T0: baslinje, T1: 6 månader, T2: 24 månader.
<b>Utfallsmått</b>	Det primära utfallsmått var förtidspension (pensionering före överenskommet pensionsdatum. Sekundära utfallsmått var sjukpension, arbetsförmåga (WAI), stressrelaterade symtom (UBOS), livskvalitet (NHP), sjukfrånvaro (företagets databas) och nöjdhet med företagsläkarens bemötande (18 egenkomponerade frågor).
<b>Resultat</b>	Vid 6 månaders uppföljning skattade interventionsgruppen signifikant högre arbetsförmåga (WAI <sup>2</sup> ) jämfört med kontrollgruppen (p <0,001).  Vid 24 månaders uppföljning (T2) var det 11 % i interventionsgruppen som hade gått i för tidig pension jämfört med 28 % i kontrollgruppen. Det var en signifikant skillnad (p=0,04). I övrigt hittades inga signifikanta skillnader mellan grupperna efter 2 år.
<b>Studiekvalitet</b>	Låg

Grime et al, 2004, (28)

<b>Studiedesign, kontext, studieperiod</b>	RCT, Storbritannien, London April 1999 – mars 2001
<b>Syfte</b>	Utvärdera effekterna av ett datoriserat KBT-program för anställda med psykisk ohälsa samt stressrelaterad frånvaro.
<b>Deltagare</b>	N = 48 (I = 24, K = 24) I = 54 % män, medelålder = 41 (sd 10,83) K = 29 % män, medelålder = 37 (sd 8,27)  Offentligt anställda med sammanlagt (kumulativt) 10 eller fler sjukdagar p.g.a. stress-, ångest- eller depressiva symtom inom en 6-månadersperiod. De skulle även ha skattat 4 eller högre på skattningsformuläret GHQ-12.
<b>Intervention och jämförelsegrupp</b>	I: Interventionen pågick i 8 veckor och bestod av datoriserad KBT samt sedvanlig behandling.  K: Kontrollgruppen fick sedvanlig behandling (medicin och/eller psykologisk behandling).
<b>Mätpunkter</b>	T0: baslinje, T1: 1 månad, T2:3 månader, T3: 6 månader efter avslutad intervention
<b>Utfallsmått</b>	Depression och ångest (HADS), attribueringsstil (ASQ).
<b>Resultat</b>	De depressiva symtomen var signifikant lägre i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen direkt efter avslutad behandling (justerat m = -3,07, KI = -5,79 till -0,35, p 0,028) samt vid 1 månads uppföljning (justerat m = -2,72, KI = -5,32 till -0,13, p 0,040). Även ångestskattningen var signifikant lägre i interventionsgruppen vid 1 månads uppföljning (justerat m = - 3,19, KI = -5,87 till -0,51, p 0,021).  Inga signifikanta skillnader mellan grupperna avseende ångest och depression (HADS <sup>2</sup> ) hittades vid 3 och 6 månaders uppföljning. Ångest vid 3 månaders uppföljning (p 0,934) och vid 6 månader (p 0,568). Depression vid 3 månaders uppföljning (p 0,665) och vid 6 månader (p 0,639).
<b>Studiekvalitet</b>	Låg

<b>Studiedesign, kontext, studieperiod</b>	RCT, Nederländerna 2011 Sjukvårdspersonal från 57 avdelningar
<b>Syfte</b>	Utvärdera effekten av en modul gällande psykisk ohälsa (Mental Module) vid en sedvanlig hälsokontroll (Workers´ health surveillance) samt erbjudande om ett preventivt konsultationssamtal med en företagsläkare på hjälpsökande beteende, arbetsfunktionsnedsättning samt psykiska besvär. Ketelaar (2013) utvärderade processen.
<b>Deltagare</b>	N =379 (I =191, K =188) I =18 % män, medelålder =43 (sd 11), K = 23 % män, medelålder =42 (sd 11)  Anställda som inte var sjukskrivna eller bedömdes bli det i mer än 2 veckor vid studiens start.
<b>Intervention och jämförelsegrupp</b>	Modulen innefattade två delar; screening av arbetsfunktionsnedsättning (work functioning impairments) och screening av psykiska besvär (mental health complaints). Skatningar över gränsvärden i någon del inbjöds till att träffa en företagsläkare för sedvanlig konsultation.  Kontrollgruppen fick screening utan inbjudan till att träffa en företagsläkare. De identifierade som positiva blev erbjudna en "e-hälsomodul" (e-mental health intervention). Det fanns olika programmoduler beroende på problematik, bl.a. för nedstämdhet, panikångest och arbetsrelaterad stress.
<b>Mätpunkter</b>	T0: baslinje, T1:3 månader, T2: 6 månader
<b>Utfallsmått</b>	Hjälpsökande beteende (träffat relevant vårdgivare), arbets-funktionsnedsättning (NWFQ). Psykiska besvär; stress (en delskala av 4DSQ), behov av återhämtning på arbetet (QEEW), riskbruk (AUDIT-C), depression (BSI), ångest (BSI), PTSD (IES).
<b>Resultat</b>	Interventionen hade en signifikant effekt avseende hjälpsökande beteende över tid (p 0,02). Interventionsgruppen sökte hjälp i högre utsträckning vid 3 månader (p 0,09) och i lägre utsträckning vid 6 månader (p 0,14).  6 månaders uppföljning;  Gällande arbetsfunktionsnedsättning förbättrades interventionsgruppen över tid i signifikant högre utsträckning än kontrollgruppen (p 0,04).  Gällande förändring av psykisk ohälsa sågs inga signifikanta skillnader mellan grupperna över tid; psykiska besvär (p 0,243); Depression (p 0,405); Ångest (p 0,943); PTSD (p 0,828).  Processutvärderingen sammanfattade att modulen för psykisk ohälsa passade bra inom ramen för FHV-aktiviteter. Modulen togs emot väl bland deltagarna och bland de professionella som deltog.  Följsamheten till protokollet bland företagsläkarna var hög.  41 % i interventionsgruppen gick på ett förebyggande konsultationssamtal hos företagsläkare. Av de som gick och som fick ett råd var det 80 % som följde rådet. 16 % i kontrollgruppen loggade in på e-hälsomodulen.
<b>Studiekvalitet</b>	Låg

Kant et al, 2008, (26)

<b>Studiedesign, kontext, studieperiod</b>	RCT, Nederländerna Storbank 2003-2005
<b>Syfte</b>	Utvärdera effekten av tidig konsultation med företagsläkare för anställda med risk att bli långtidssjukskrivna på sjukskrivning.
<b>Deltagare</b>	N = 299 (I =147, K =152) I = 74 % män, medelålder = 46.3 (sd 8,4) K = 69 % män, medelålder = 46.6 (sd 8,3)  Anställda med hög risk för långtidssjukskrivning (>28 dagar). De screenades med hjälp av the Balansmeter.
<b>Intervention och jämförelsegrupp</b>	Interventionsgruppen fick tidig konsultation med företagsläkare (1 tillfälle 1-1,5h). Konsultationen följde 3 steg där det första innebar tydliggörande av symtom och besvär. Det andra innebar att företagsläkaren förklarade relationen mellan symtom och långtidssjukskrivning. Det tredje steget bestod av diskussion om förväntningar på och fördelar med tidig behandling. Konsultationen kunde leda till att specifik behandling initierades. Behandlingen kunde t.ex. vara fortsatt konsultation med företagsläkare eller psykoterapi. 84 anställda hade en konsultation med företagsläkare och 14 nyttjade möjligheten till specifik behandling.
<b>Mätpunkter</b>	
<b>Utfallsmått</b>	
<b>Resultat</b>	Inga signifikanta skillnader hittades vid intention-to-treat analyser genomfördes.  Modifierade analyser visade signifikanta skillnader gällande total sjukfrånvarotid mellan kontroll- (31 dagar) och interventionsgrupp (19 dagar) $p = 0,007$ .  Vidare visade även de modifierade analyserna en signifikant skillnad gällande andel långtidssjukskrivna till fördel för interventionsgruppen (9%) jämfört med kontrollgruppen (18%) $p = 0,048$
<b>Studiekvalitet</b>	Medelhög

Kilfedder et al, 2010, (27), Karatzias et al, 2011, (33)

<b>Studiedesign, kontext, studieperiod</b>	RCT, Storbritannien
<b>Syfte</b>	Jämföra effektivitet mellan 3 interventioner för psykiska besvär.
<b>Deltagare</b>	N = 90 (I1 =30, I2= 30, I3=30) I1 = 17 % män, medelålder =44,5 (sd 6,5), I2 =13 % män, medelålder =42,4 (sd 7,8), I3 = 17 % män, medelålder = 45,7 (sd 7,6)  Anställda med arbetsrelaterad stress som primärt problem
<b>Intervention och jämförelsegrupp</b>	Interventiontionsgrupp1 (I1) fick Face-to-face konsultation, interventionsgrupp 2 (I2) fick telefonkonsultation och interventionsgrupp 3 (I3) fick biblioterapi. I1 och I2 innehöll max 6 konsultationstillfällen á 1h under en 6-12 veckors period. Terapeuterna som genomförde konsultationen hade enats om att anta ett förhållningssätt där de inte skulle ge råd kring hur de anställda kunde lösa sin situation utan istället hjälpa till att identifiera stressorer i arbetet och undersöka hur dessa påverkar. Gruppen som fick biblioterapi fick ta del av en arbetsbok som var ihopsatt för ändamålet och som innehöll information samt arbetsblad till konkreta uppgifter.
<b>Mätpunkter</b>	T0: före intervention, T1: efter intervention, T2: 4 månader
<b>Utfallsmått</b>	Psykiska besvär (CORE-34; functioning är en delskala av fyra, GHQ-12, PSS-10), terapeut och anställdas skattade grad av förbättring, anställdas belåtenhet med interventionen
<b>Resultat</b>	Vid 4 månaders uppföljning, poäng på: CORE total (m (sd)); I1: 0,7 (0,6), I2: 0,9 (0,7), I3:0,7 (0,6). GHQ-12 (m (sd)); I1: 1,7 (2,6), I2: 2,6 (3,9), I3: 2,5 (4,0). PSS-10 (m (sd)); I1: 15,1 (7,0) I2: 16,6 (6,8) I3: 16,0 (7,5).  7 tester gjordes (tid x grupp) varav 2 var statistiskt signifikanta för skillnader mellan interventionerna till fördel för face-to-face avseende båda testerna; CORE-34 functioning (F = 2,46 p< 0,05) och GHQ-12 (F = 2,73 p<0,05).  Författarnas slutsats av resultaten var att alla interventioner var lika effektiva.
<b>Studiekvalitet</b>	Medelhög
<b>Anteckningar (Övrigt)</b>	En sekundärstudie för att utvärdera prediktorer för behandlingsutfall gjordes av Karatzias (2011). Resultaten visade att en högre baslinjemätning predicerar lägre skattning vid 4 månaders uppföljning avseende alla utfallsmått.



<b>Studiedesign, kontext, studieperiod</b>	Observationsstudie Finland 2009 – 2012
<b>Syfte</b>	Utvärdera effekten av ett rehabiliteringsprogram på upplevt välmående för anställda med stressproblematik.
<b>Deltagare</b>	N =52 (mindre symtom/låga vid baslinje (L)= 25, mer symtom/höga vid baslinje (H)= 27) 8 % män, medelålder = 49.3 (sd 7.3)  Anställda med symtom eller tecken på stress och/eller utmattning.
<b>Intervention och jämförelsegrupp</b>	Interventionsgruppen fick 5 +1 endagarstillfällen där det sjätte tillfället var en uppföljning 6 månader efter avslut. Varje grupp bestod av 7-9 deltagare och de träffades varannan vecka. Interventionen leddes av specialutbildad rehabiliteringspersonal. Även andra specialister deltog vid behov. Syftet var att göra deltagarna medvetna om sina resurser, träna sig i att fatta medvetna beslut och hitta strategier för att ta hand om sig själva med målet att må bra. Centrala delar av innehållet var mindfulness och meditation.  Kontrollgrupp fanns ej
<b>Mätpunkter</b>	T0: baslinje, T1:6 månader
<b>Utfallsmått</b>	Välmående på arbetet (SJW, JAW, UWES och BBI). Psykiskt välbefinnande (underskalan depression i RBDI och utmattning VE). Fysiskt välmående utvärderades med frågor om psykosomatiska symptom.
<b>Resultat</b>	Ett stort antal jämförelser och statistiska test utfördes (48 test). Gruppen med mer symtom på psykisk ohälsa vid baslinjen uppvisade en säkerställt större förbättring än personer med mindre symtom vid baslinjen på utfall som välmående på jobbet, depression, ångest, utmattning mm.
<b>Studiekvalitet</b>	Låg
<b>Anteckningar (Övrigt)</b>	I brist på kontrollgrupp delade författarna in deltagarna i två jämförelsegrupper utifrån de med mer (H) respektive mindre (L) symtom på psykisk ohälsa vid baslinjen. Med höga (H) avsågs skattningar på BBI 40 eller mer eller RBDI 5 eller mer.

<b>Studiedesign, kontext, studieperiod</b>	RCT, Nederländerna, anställda inom en storbank 2007-2008
<b>Syfte</b>	Utvärdera effekten av tidiga interventioner för att förebygga långtidssjukfrånvaro och egentlig depression.
<b>Deltagare</b>	N =139 (I = 69, K = 70) I = 61 % män, medelålder = 48,4 (sd 8,68) K = 61 % män, medelålder = 47,1 (sd 9,49)  Anställda med hög risk för framtida sjukfrånvaro och med milda till allvarliga depressiva besvär. HADS användes för att screena depressiva symtom. "The Balansmeter" användes för att screena risk för sjukfrånvaro.
<b>Intervention och jämförelsegrupp</b>	<b>I:</b> Interventionen bestod av psykologisk behandling baserad på principer från KBT och PST (problemsolving therapy). Fokus var att öka problemlösningsfärdigheter i syfte att förebygga långtidssjukskrivning, minska depressiva symtom samt öka personligt välbefinnande. Omfattningen var 7 sessioner à 45 min + ytterligare 5 sessioner vid behov.  <b>K:</b> Kontrollgruppen fick sedvanlig behandling från FHV, vilket innebar konsultation med företagsläkare och vid behov remittering till andra yrkeskategorier.
<b>Mätpunkter</b>	T0: baslinje, T1: 6 månader, T2: 12 månader, T3:18 månader
<b>Utfallsmått</b>	Primära utfallsmått var sjukfrånvaro (företagsregister) och depressiva symtom (BDI-II). Sekundära var självrapporterad hälsa (SF-36, BSI och depressionsdelen ur HADS).
<b>Resultat</b>	Resultatet visade signifikanta skillnader mellan grupperna avseende sjukfrånvarolängd vid 12 månaders uppföljning. (I=27,5 dagar (sd 44,7) K=50,8 dagar (sd 75,8)). Interventionsgruppen hade 46 % färre sjukfrånvarodagar (p 0,017).  Vid 18 månaders uppföljning var skillnaden mellan grupperna inte signifikant (I=45 dagar (sd 76,6) K=62,6 dagar (sd 81,9)), (p 0,150).  Interventionsgruppen hade en lägre andel anställda med långtidssjukfrånvaro, värdet var dock icke signifikant (p 0,127). Långtidssjukfrånvaro definierades som >28 sammanhängande dagar.  Gällande minskning av depressiva symtom (BDI-II) sågs signifikanta skillnader mellan grupperna både vid 6 och 12 månaders uppföljning, till fördel för interventionsgruppen.  Skillnader mellan interventions- och kontrollgrupp i förändring på BDI-II.  Baslinje jämfört 6 månaders uppföljning – 5,08 (KI -7,91; -2,25), p 0,001.  Baslinje jämfört med 12 månaders uppföljning – 5,40 (-9,12; -1,68), p 0,005
<b>Studiekvalitet</b>	Låg

Peterson et al, 2008, (31)

<b>Studiedesign, kontext, studieperiod</b>	RCT, Sverige, 2002 Landstingsanställda
<b>Syfte</b>	Utvärdera effekten av att delta i kamratstödgrupp/diskussionsgrupp om självskattad hälsa, utbrändhet och förändringar i arbetsmiljö.
<b>Deltagare</b>	N = 131 (I = 51, K = 80) I = 3,7 % män, medelålder = 52,7 (sd 5,6) K = 16,2 % män, medelålder = 50,7 (sd 6,7)  Anställda som screenade positivt på utbrändhetsenkät.
<b>Intervention och jämförelsegrupp</b>	<b>I:</b> Interventionen bestod av kamratstödgrupp/diskussionsgrupp grundad i problembaserad metod. Diskussionspunkterna var orsaker till stress och utbrändhet, samt möjliga lösningar på dessa samt, möjliga preventiva åtgärder.  <b>K:</b> Ingen information.
<b>Mätpunkter</b>	T0: baslinje, T1: innan intervention, T3: 7 månader, T4: 12 månader.
<b>Utfallsmått</b>	Inget utfall benämns primärt. Sju utfall redovisas: utmattning (OLBI), oengagemang (OLBI), depression (HAD), ångest (HAD), kvantitativa krav (Karasek Job Demands/MOA), vitalitet (SF-36), allmänhälsa (SF-36).
<b>Resultat</b>	Det fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna avseende utmattning, distansering från arbetet (disengagement), depression, ångest, eller vitalitet mellan T1-T4.  Skillnader mellan interventions- och kontrollgrupp för T0-T4 förändring fanns för allmänhälsa (p = 0,010) och att rapportera kvantitativa krav (p = 0,014).
<b>Studiekvalitet</b>	Medelhög
<b>Anteckningar (Övrigt)</b>	Inga interventionseffekter på hälsa undersöktes vid sju månader (T3).

<b>Studiedesign, kontext, studieperiod</b>	RCT, Finland, Helsingfors Poliser, kontorspersonal och tjänstemän
<b>Syfte</b>	Undersöka i vilken utsträckning två interventioner påverkar anställdas personliga utveckling och mål relaterade till denna (personal projects). Den personliga utvecklingen kunde innefatta både arbete, fritid och privatliv.
<b>Deltagare</b>	N = 98 (I1=32 I2= 32, K =34) I1+I2 = 23 % män, medelålder = 49,3 (sd 6,28) K = 20 % män, medelålder =44,9 (sd 7,23)  Anställda med allvarliga utmattningssymtom, >75 poäng på BBI
<b>Intervention och jämförelsegrupp</b>	I: Interventionsgrupp 1 (I1) fick psykoanalytisk gruppterapi i 4 mindre grupper. Metoderna som användes i denna grupp baserades på fria associationer och syftade dels till att skapa trygghet att prata fritt i gruppen, dels till att ge deltagarna möjlighet att bearbeta svåra upplevelser som t.ex. konflikter på arbetsplatsen. Interventionsgrupp 2 (I2) fick "experiential" terapi i 4 mindre grupper. Terapin baserades på psyko- och sociodrama metoder. Merparten av aktiviteterna innehöll diskussion och dramatisering av meningsfulla teman. I båda interventionsgrupperna ingick 16 sessioner med den mindre gruppen (varannan vecka 9.00–15.30 uppehåll i juli och augusti).  K: Kontrollgruppens deltagare placerades på väntelista för terapi vid ett senare skede. Under tiden erbjöds de att träffa en läkare eller psykoterapeut varannan månad. De hade också möjlighet att söka hjälp inom offentlig vård där standardbehandling för utmattningssyndrom inom det finska sjukvårdssystemet erbjöds. Utmattningssymtom (BBI), personlig utveckling (PPA).
<b>Mätpunkter</b>	T0: 1 månad före intervention, T1: under intervention T2: 1 månad efter intervention
<b>Utfallsmått</b>	Utmattningssymtom (BBI), personlig utveckling (PPA).
<b>Resultat</b>	12 månaders uppföljning; Resultaten visade bl.a. en signifikant skillnad mellan interventionsgrupperna och kontrollgruppen gällande minskning av utmattningssymtom vid för- och eftermätning (Contrast estimate – 14,98, p < 0,01). Minskning var större för interventionsgrupperna.
<b>Studiekvalitet</b>	Låg

## Efterbehandlande insatser

Arends et al 2014a, (37), Arends et al 2013, (38), Arends et al, 2014b (39)

<b>Studiedesign, kontext, studieperiod</b>	RCT, Nederländerna Januari 2010 – juni 2012
<b>Syfte</b>	Utvärdera effekten av en intervention med syftet att förebygga upprepad sjukfrånvaro samt kostnadseffektivitet. Processutvärderingen (Arends, 2014b) undersökte huruvida interventionen implementerades enligt protokollet och relationen mellan centrala aspekter av interventionen och de resultat som interventionen gav.
<b>Deltagare</b>	N = 158 (I: 80, K:78) I: 27 % män, medelålder =41.3 (sd 9.4) K: 38 % män, medelålder =43.3 (sd= 9.8)
<b>Intervention och jämförelsegrupp</b>	I: Interventionen syftade till att problemlösa kring upplevda hinder vid återgång till arbete. Processen byggde på 5 steg som var följande; inventera tänkta problem och/eller möjligheter vid åter i arbete, brainstorma lösningsförslag, skriv ner lösningar och behov av stöd och bedöm tillämpbarhet av dessa, diskutera lösningar med chef och skapa en handlingsplan, utvärdera handlingsplanen. Företagsläkaren (FL) höll i problemlösningsprocessen. 2-5 konsultationer á 30 minuter med FL rekommenderades inom de första 3 månaderna efter återgång i arbete.  K: Kontrollgruppen fick sedvanlig behandling från företagsläkare.
<b>Mätpunkter</b>	T0: baslinje, T1: 3 månader, T2: 6 månader, T3: 12 månader
<b>Utfallsmått</b>	Primärt utfallsmått var upprepad sjukfrånvaro, vilket definierades som $\geq 30\%$ minskning av arbetstimmar/vecka p.g.a.. sjukfrånvaro. Sekundära utfallsmått var psykiska besvär (HADS) och (FDSQ), arbetsfunktionsnivå (WRFQ) och copingbeteenden (UCL).
<b>Resultat</b>	Vid T3: 12 månaders uppföljning:  Oddsquoten för upprepad sjukfrånvaro var lägre för interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen (justerat OR = 0,40, 95 % KI 0,20;0,81).  Gällande tid till upprepad sjukfrånvaro var medianvärdet för interventionsgruppen 365 dagar och för kontrollgruppen 253 dagar. Efter justering för olikheter vid baslinjen visade sig interventionsgruppen ha en signifikant längre tid till upprepad sjukfrånvaro jämfört med kontrollgruppen (HR = 0,53, 95 % KI 0,33;0,86).  Kostnadseffektivitetsanalysen visade att interventionen var effektivare men också dyrare än sedvanlig behandling. Sammantaget visade sig interventionen inte ha några ekonomiska fördelar jämfört med kontrollgruppen.  Processutvärderingen visade att interventionen genomförts enligt plan. Jämfört med kontrollgruppen hade deltagarna i interventionsgruppen signifikant oftare 2 eller fler konsultationer med företagsläkare, 1 eller fler avstämningar med sin chef och gjorde fler hemuppgifter. Utifrån dessa resultat drogs slutsatsen att de observerade skillnaderna i oddsen för upprepad sjukfrånvaro kunde förklaras av interventionen.  Överlag gav resultaten stöd för en implementering av interventionen i verksamhet.
<b>Studiekvalitet</b>	Hög

<b>Studiedesign, kontext, studieperiod</b>	RCT Nederländerna
<b>Syfte</b>	Utvärdera effekten av KBT-baserad stresshantering på psykiska besvär och sjukskrivning.
<b>Deltagare</b>	N = 82 (I1 = 28, I2 = 28, K = 26) I1 = 61 % män, medelålder = 41,6 (sd 9,4), I2 = 57 % män, medelålder = 41,5 (sd 10,3) K = 65 % män, medelålder = 40,9 (sd 9,6).  Anställda som var sjukskrivna p.g.a. arbetsrelaterad stress.
<b>Intervention och jämförelsegrupp</b>	<b>I:</b> Interventionen var KBT-baserad stresshantering individuellt (I1) eller i grupp (I2) innefattandes 12 sessioner med psykolog. I1 hade sessioner om 1 h medan I2 hade om 2 h. Gruppstorlek var 7 personer Behandlingsprotokollet för båda interventionerna innehöll 5 moduler; (1) psykoedukation, bedömning av stressorer, besvär, livsstil och avslappningstekniker (2) kognitiv omstrukturering (3) time management och klargörande av mål (4) assertivitetsträning (5) utvärdering och återfallsprevention. Hemuppgifter förekom.  <b>K:</b> Kontrollgruppen fick sedvanlig behandling av företags- eller allmänläkare och sammanlagt max 5 sessioner hos psykolog
<b>Mätpunkter</b>	T0: baslinje, T1: 4 månader, T2:7 månader, T3:10 månader
<b>Utfallsmått</b>	Tecken på utbrändhet (MBI-GS) där underskalorna emotionell utmattning, distans och kompetens användes. Vidare utfallsmått var trötthet (CIS), depression, ångest och stressymtom (DASS). Sjukfrånvaron var självrapporterad
<b>Resultat</b>	Endast avseende underskalan Distans hittades en signifikant skillnad mellan grupperna. I2 hade en signifikant större minskning mellan 7 och 10 månader jämfört med kontrollgruppen (B = -0,99, Z = -2,75, p 0,006). I övrigt fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna avseende samtliga utfallsmått och utvärderingstid
<b>Studiekvalitet</b>	Låg

<b>Studiedesign, kontext, studieperiod</b>	Kontrollerad interventionsstudie Sverige
<b>Syfte</b>	Utvärdera effekten av en stresshanteringsintervention på sjukfrånvaro och psykologiska besvär.
<b>Deltagare</b>	N = 24 (I =12, K =12) I = 0 % män, medelålder = 52 (sd 4) K = 0 % män, medelålder = 52 (sd 6)  Anställda som uppfylla diagnoskriterierna för reaktion på svår stress utifrån ICD-10 och var sjukskrivna.
<b>Intervention och jämförelsegrupp</b>	I: Interventionsgruppen genomgick ett rehabiliteringsprogram med syftet att lära deltagarna identifiera och hantera fysiska och psykologiska tecken på stress. Programmet innehöll 1-2 individuella konsultationer med kursledaren (socioonom och beteendevetare) för bedömning och analys av stressproblematik. Hela interventionsgruppen träffades en halvdag/vecka i 3 månader för att dela tankar och erfarenheter och för utbildning av beteendevetare, ergonom och hälsopedagog. Tema för utbildningen kunde vara livsstilsfrågor, avslappning, Qigong, kognitiva strategier mm.  Kontrollgruppen fick standardbehandling enligt Svenska psykiatriska föreningens riktlinjer.
<b>Mätpunkter</b>	T0: baslinje, T1: direkt efter behandling, T2: 6 månader, T3: 12 månader Sjukfrånvaro följdes efter 5 år.
<b>Utfallsmått</b>	Depression (BDI;34), utbrändhet (KES; 35), sjukfrånvaro (självrapporterad). Fysiologiska mätningar (blodprov); glykosylerat hemoglobin, high-density lipoprotein (HDL), totalt kolesterol, triglycerid och Immunglobulin G.
<b>Resultat</b>	Vid baslinje (T0), direkt efter behandling (T1) samt vid 6 (T2) och 12 månaders (T3) uppföljning poäng på:  Resultat BDI; ju högre poäng desto högre depressionsskattning, intervall 0-63. Interventionsgrupp (m (sd) p-värden avser inomgruppsförändring): T0 = 16,58 (4,58), T1 = 11,25 (4,25), $p < 0,01$ . T2 = 10,58 (4,34), $p < 0,01$ . T3 = 9,67 (4,25), $p < 0,01$ . Kontrollgrupp (m (sd)): T0 = 21,75 (8,23). T1 = 17,25 (9,23), $p < 0,05$ . T2 = 17,83 (9,19). T3 = 15,50 (8,90), $p < 0,05$ .  Resultat KES; 35 frågor graderade från 1 (aldrig) till 5 (alltid) Interventionsgrupp (m (sd) p-värden avser inomgruppsförändring): T0 = 90,75 (19,06), T1 = 96,33 (15,10), $p < 0,05$ . T2 = 93,17 (17,52), $p < 0,01$ . T3 = 89,50 (15,23), $p < 0,01$ . Kontrollgrupp (m (sd)): T0 = 108,92 (16,96). T1 = 102,75 (19,02). T2 = 110,08 (20,22). T3 = 98,17 (22,13).  En analys (tid x grupp) visade att det inte fanns några statistiskt signifikanta skillnader mellan interventions- och kontrollgruppen avseende psykiska besvär (beräkning saknas i artikeln).  Det fanns inga signifikanta skillnader mellan interventions- och kontrollgruppen avseende sjukfrånvaro vid något uppföljningstillfälle
<b>Studiekvalitet</b>	Låg

<b>Studiedesign, kontext, studieperiod</b>	RCT, Nederländerna 2007-2010
<b>Syfte</b>	Utvärdera huruvida yrkesinriktad terapi (adjuvant occupational therapy) kunde förbättra effektiviteten av sedvanlig behandling av sjukskrivna med egentlig depression.
<b>Deltagare</b>	N = 117 (I =78, K =39) I = 53 % män, medelålder = 43.8 (sd 9) K = 41 % män, medelålder = 41.5 (sd 9.6)  Sjukskrivna (minst 25 % under minst 8 veckor) p.g.a. egentlig depression, vilket screenades utifrån DSM-IV. Grad av depression bedömdes med hjälp av HRSD.
<b>Intervention och jämförelsegrupp</b>	Interventionen innefattade yrkesinriktad terapi och sedvanlig behandling (se nedan). Terapin innehöll 18 sessioner (9 individuella, 8 i grupp och ett möte med arbetsgivaren) och genomfördes av arbetsterapeuter som fått utbildning i interventionsprotokollet. Interventionen bestod av 3 faser där den första syftade till att klargöra problematik och målsättning. Den andra fasen innebar problemlösning utifrån en modell som menar att arbetsprestation bestäms av 5 faktorer; arbetsmängd, autonomi, relationer på arbetet, perspektiv på arbetet samt, balans arbete/privatliv. Problemlösningen utgick från dessa faktorer med det övergripande syftet att skapa en rehabiliteringsplan. Den tredje fasen innebar utvärdering. Arbetsterapeuten hade kontinuerlig kontakt med företags- och ST-läkaren. Samtliga i interventionsgruppen var tvungna att arbeta minst 2 h/dag för att direkt kunna träna de färdigheter som lärdes ut.
<b>Mätpunkter</b>	T0: baslinje, T1:6 månader, T2:12 månader, T3: 18 månader
<b>Utfallsmått</b>	Primärt utfallsmått var arbetsdeltagande, vilket mättes genom sjukfrånvaro i timmar under en 6 månaders period samt tid till partiell samt full arbetsåtergång. Partiell återgång innebar en ökning på minst 5 h jämfört med baslinjen under minst 4 veckor. Sekundära utfallsmått var grad av depression (HRSD och IDS-SR), arbetsfunktionsnivå (självskattad effektivitet och tre delskalor av WLQ), hälsorelaterad funktionsnivå (tre underskalor i MOS-SF 36).
<b>Resultat</b>	T3: 18 månaders uppföljning  Det fanns ingen signifikant skillnad mellan interventions- och kontrollgruppen avseende sjukfrånvaro (justerad medelvärdeskillnad = -1,9, (95 % KI -19,9;16,2).  Inte heller avseende tid till återgång i arbete skilde sig grupperna signifikant åt;  Delvis återgång i arbete; HR=0.72 (95 % KI 0,44-1,11; p=0,14). Medianvärdet för interventionsgruppen var 80 dagar och i kontrollgruppen 166 dagar.  Fullständig återgång i arbete; HR=0,93 (95 % KI 0,57-1,53; p=0,79). Medianvärdet för interventionsgruppen var 361 dagar och i kontrollgruppen 405 dagar.  Interventionsgruppen hade en signifikant större minskning av depressiva symtom <sup>1</sup> jämfört med kontrollgruppen (-2,8, KI -5,5;-0,2).
<b>Studiekvalitet</b>	Medelhög



<b>Studiedesign, kontext, studieperiod</b>	RCT, Nederländerna
<b>Syfte</b>	Utvärdera effekten av en exponeringsbaserad intervention för tid till återgång i arbete jämfört med sedvanlig behandling.
<b>Deltagare</b>	N =160 (I =75, K =85) I = 24 % män, medelålder =45 (sd 9,8) K = 33 % män, medelålder =46 (sd 9,8)  Anställda som varit sjukskrivna (2-8 veckor) p.g.a. psykisk ohälsa, vilket definierades som stressrelaterade besvär, anpassningssvårigheter (adjustment disorder) samt ångest- och depressiva besvär.
<b>Intervention och jämförelsegrupp</b>	<b>I:</b> Interventionsgruppen fick sedvanlig behandling och genomgick gradvis exponering utifrån en hierarki med obehagliga situationer i arbetet. Interventionen genomfördes av företagsläkare som fått 2 dagars träning i metoden (exponeringsbaserad återgång i arbete). Interventionens omfattning beskrevs inte.  <b>K:</b> Kontrollgruppen fick sedvanlig behandling av en företagsläkare, som utgick från de evidensbaserade holländska riktlinjerna.
<b>Mätpunkter</b>	T0: baslinje, T1:3 månader, T2: 6 månader, T3:9 månader, T4:12 månader
<b>Utfallsmått</b>	Primärt utfallsmått var tid till full återgång i arbete (antalet dagar från första sjukfrånvaron till full återgång, vilket avsåg $\geq 28$ arbetade dagar utan återkommande frånvaro). Sekundära utfallsmått var tid till delvis återgång i arbete, antalet upprepade sjukfrånvarotillfällen, symtom på stress, ångest, depression och somatisering (4DSQ) samt belåtenhet med behandlande företagsläkare (PSOHQ).
<b>Resultat</b>	Vid 12 månaders uppföljning hade interventionsgruppen (209 dagar) ett signifikant högre medianvärde avseende tid till återgång i arbete jämfört med kontrollgruppen (153 dagar). HR = 0,55, 95 % KI 0,33;0,89.
<b>Studiekvalitet</b>	Medelhög

<b>Studiedesign, kontext, studieperiod</b>	RCT, Nederländerna, 2002 – 2006 Polismyndighet
<b>Syfte</b>	Utvärdera effekten av riktlinjebaserad vård (guideline-based care) på tid till återgång i arbete för sjukskrivna p.g.a. psykisk ohälsa samt kostnadseffektivitet och företagsläkarnas följsamhet till riktlinjerna.
<b>Deltagare</b>	N =240 (I =125, K =115) I = 51 % män, medelålder = 38.8 (sd 8,4) K =61 % män, medelålder = 40 (sd 9,5)  Anställda som är sjukskrivna p.g.a. psykisk ohälsa.
<b>Intervention och jämförelsegrupp</b>	<b>I:</b> Interventionen bestod av riktlinjebaserad vård av en företagsläkare (FL). Riktlinjen baserades på ett aktiverande förhållningssätt, stegvis upptrappning av arbetstid oberoende av symtombild och KBT-principer. Arbetsrelaterade interventioner tillämpades om den psykiska ohälsan var relaterad till arbetet.  <b>K:</b> Kontrollgruppen fick sedvanlig behandling, vilket innebar minimal kontakt med företagsläkaren men generös remittering till psykolog, vilket är en naturlig del av företagshälsovården i Nederländerna.
<b>Mätpunkter</b>	T0: baslinje, T1: under intervention, T2: direkt efter full återgång i arbete eller 12 månader.
<b>Utfallsmått</b>	Primärt utfallsmått var produktivetsbortfall, vilket innefattade tid till partiell (innebar tillfället då den anställda började jobba igen oavsett omfattning) och full återgång i arbete samt totalt produktivets-bortfall (antalet sjukfrånvarodagar till full återgång i arbete ihop med dagar av återfall i sjukskrivning inom 12 månader). Sekundärt utfallsmått var behandlingstillfredsställelse (PSOHQ).
<b>Resultat</b>	Det fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna avseende tid till återgång i arbete (delvis och full) eller gällande produktivetsbortfall.  Skillnader mellan interventions- och kontrollgrupp vid 12 månaders uppföljning; tid (dagar) till delvis återgång i arbete; HR = 0,99 (KI 0,75–1,31) <sup>3</sup> p = 0,94. Tid (dagar) till full återgång i arbete; HR = 0,96 (KI 0,73–1,27) <sup>1</sup> p = 0,78.  Produktivetsbortfall; HR = 1,21 (KI 0,86–1,71) <sup>2</sup> p = 0,28. Inga signifikanta skillnader i totala produktivetsbortfall fanns mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen.  Värdutnyttjande; totala kostnader för interventionsgruppen var signifikant lägre än för kontrollgruppen; (mean difference - €520; 95% KI €- 980;€59). Processutvärderingen visade att företagsläkarnas följsamhet till riktlinjerna inte skilde sig åt mellan interventions- och kontrollgruppen.  Det fanns dock en signifikant skillnad i tid till återgång i arbete mellan de läkare som hade hög följsamhet och de som hade låg. Läkarna med högre grad av följsamhet hade klienter med kortare tid till återgång i arbete; HR = 1,1 (95 % KI 1,0-1,2). Detta förklarades av att läkarna med högre grad av följsamhet hade mer regelbunden kontakt med den anställda och med arbetsgivaren samt av att de hade bättre övervakning av stagnation eller återgång i arbete.
<b>Studiekvalitet</b>	Hög
<b>Anteckningar (Övrigt)</b>	Samma läkare behandlade såväl interventions- som kontrollgrupp.

<sup>1</sup> Justerad HR för FL, HADS, barn, och antal sjukfrånvaroperioder föregående år.

<sup>2</sup> Justerad HR för FL, DASS-depression/ångest, sjukdomens koppling till arbetet, antal sjukfrånvaroperioder föregående år.

<b>Studiedesign, kontext, studieperiod</b>	RCT Nederländerna
<b>Syfte</b>	Utvärdera effekten av psykiatrisk konsultation till anställda sjukskrivna p.g.a. psykisk ohälsa på tid till återgång i arbete
<b>Deltagare</b>	N = 60 (I =29, K =31) I = 48 % män, medelålder = 42 (sd saknas) K = 36 % män, medelålder = 42 (sd saknas)  Anställda med psykisk ohälsa som varit sjukskrivna 6 veckor eller mer.
<b>Intervention och jämförelsegrupp</b>	<b>I:</b> Vid beskrivning av intervention läggs stor vikt vid utbildningen av deltagande företagsläkare och psykiatriker. 3 punkter lyfts fram som väsentliga (1) företagsläkarens utbildning i att diagnostisera och behandla anställda med depressionssjukdomar, ångeststörningar och somatoforma störningar (2) stödjande psykiatrisk konsultation med syftet att ställa diagnos och bedöma lämplig behandlingsplan anpassad utifrån individen med fokus på återgång i arbete (3) träning för konsulterande psykiatriker gällande strategier för återgång i arbete. De anställda i interventionsgruppen fick utöver en konsultation med sin företagsläkare också konsultation av 2 psykiatriker.  <b>K:</b> Kontrollgruppen fick konsultation av företagsläkare och vid behov remittering till specialist.
<b>Mätpunkter</b>	T0: Baslinje, T1: 3 månader, T2: 6 månader
<b>Utfallsmått</b>	Primärt utfallsmått var tid (dagar) till återgång i arbete (MOSSF-20, data från FHV). Utfallsmåttet delades upp i tid till full och bestående (full återgång i minst 4 veckor utan återfall) återgång i arbete. Sekundära utfallsmått var livskvalitet (EQ-5D), depressiva-, ångest- och/eller somatiska symtom (SCL-90).
<b>Resultat</b>	Vid 3 månader skiljde sig grupperna signifikant åt gällande antal anställda som återgått fullt i arbete till fördel för interventionsgruppen (58 %) jämfört med kontrollgruppen (44 %) ( $p = 0,009$ ). Vid 6 månader fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna längre ( $p = 0,057$ ).  Gällande tid till återgång i arbete skilde sig grupperna signifikant åt vid 6 månader där interventionsgruppen återgick i arbete 68 dagar tidigare än kontrollgruppen ( $p = 0,078$ ).
<b>Studiekvalitet</b>	Medelhög

<b>Studiedesign, kontext, studieperiod</b>	RCT, Nederländerna
<b>Syfte</b>	Utvärdera effekten av en intervention på långtidssjukskrivning.
<b>Deltagare</b>	N = 192 (I = 109, K = 83) I = 66 % män, medelålder =39 (sd 8.0), K = 59 % män, medelålder =42 (sd 8,8).  Anställda för första gången sjukskrivna p.g.a. en anpassningsstörning, diagnostiserade utifrån DSM IV.
<b>Intervention och jämförelsegrupp</b>	<b>I:</b> Interventionen genomfördes av en företagsläkare (FL) och bestod av 3 faser. I den första var fokus på att förstå ursprung och orsak till problematiken, i den andra fasen inventerades stressorer och förslag på problemlösningstrategier. I den tredje fasen praktiserades problemlösningstrategierna. Interventionen baserades på stresshantering utifrån KBT. Processen innefattade 4-5 träffar (sammanlagt minst 90 min) med FL inom de första 6 veckorna av sjukskrivning. FL var också rekommenderad att ha minst 3 kontakttillfällen med arbetsgivaren under de 3 första månaderna.  <b>K:</b> Kontrollgruppen fick sedvanlig behandling av företagsläkare.
<b>Mätpunkter</b>	T0: baslinje, T1: 3 månader, T2:12 månader
<b>Utfallsmått</b>	Ej angivet primära utfallsmått. Psykiska symtom (4DSQ, SCL-90), känsla av mastery (MS), frånvaro (tid till partiell eller full återgång i arbete, omfattning av sjukfrånvaro, tid till återkommande sjukfrånvaro efter full återgång).
<b>Resultat</b>	Vid 3 månaders uppföljning hade signifikant fler i interventionsgruppen (78 %) återgått helt i arbete jämfört med kontrollgruppen (63 %); p 0,002.  Vid 12 månaders uppföljning hade samtliga deltagare återgått helt i arbete.  Det fanns inga signifikanta skillnader mellan interventions- och kontrollgruppen vid 3 eller 12 månaders uppföljning avseende symtomminskning.
<b>Studiekvalitet</b>	Hög

<b>Studiedesign, kontext, studieperiod</b>	RCT, Nederländerna 2006-2008
<b>Syfte</b>	Utvärdera effekten av en arbetsplatsintervention bland sjukskrivna med avseende på återgång i arbete samt grad av genomförbarhet av interventionen.
<b>Deltagare</b>	N = 145 (I =73, K =72) I = 77 % män, medelålder =48,6 (sd 7,7) K =81% män, medelålder = 49,2 (sd 8,6)  Anställda med stressymptom (Four-Dimensional Symptom Questionnaire, 4DSQ) och som var sjukskrivna 2-8 veckor.
<b>Intervention och jämförelsegrupp</b>	<b>I:</b> Interventionen bestod av tre möten, som rehabsamordnaren (return-to-work coordinator) höll i. Samtliga tre möten genomfördes under en och samma dag där det första hölls med den anställda, det andra med dennes chef och vid det tredje närvarade samtliga. Interventionen var en stegvis process i syfte att nå konsensus kring en rehabplan samt för att identifiera och minimera hinder för återgång till arbete. Interventionsgruppen fick parallellt även sedvanlig behandling av sin företagsläkare, som arbetade enligt holländska riktlinjer (evidence-based guideline of the Dutch Association of Occupational Physicians).  <b>K:</b> Kontrollgruppen fick sedvanlig behandling av sin företagsläkare, som arbetade enligt holländska riktlinjer.
<b>Mätpunkter</b>	T0:baslinje, T1:3 månader, T2: 6 månader, T3:12 månader
<b>Utfallsmått</b>	Primärt utfallsmått var tid till full återgång i arbete, sekundärt mått var stress (4DSQ).
<b>Resultat</b>	12 månaders uppföljning;  Ett övergripande resultat visade att interventionen saknade effekt för tid till återgång i arbete (HR = 0,99; 95 % KI = 0,70-1,39).  Interventionen visade sig dock ha en statistisk signifikant effekt (HR= 2,05; 95 % KI 1,22-3,45) jämfört med sedvanlig behandling avseende minskning av tid till återgång i arbete för de personer som vid baslinjemätningen svarat att de skulle gå tillbaka till jobbet oavsett skattad symtomminskning eller ej.  Processutvärderingen visade en hög grad av genomförbarhet gällande implementering av interventionen. Denna slutsats bygger på svar från de anställda, deras chefer och personal från FHV. Frågorna gällde upplevd nytta, nöjdhet, förväntningar på återgång i arbete samt bedömd möjlighet att vidhålla interventionen i framtiden.
<b>Studiekvalitet</b>	Hög

<b>Studiedesign, kontext, studieperiod</b>	RCT, Nederländerna
<b>Syfte</b>	Utvärdera effekten av samverkande vård (collaborative care) för depressiva symtom samt tid till återgång i arbete bland sjukskrivna
<b>Deltagare</b>	N =126 (I = 65, K = 61). I = 46 % män, medelålder =41,9 (sd 11,4) K = 46 % män, medelålder = 43,4 (sd 11,4)  Sjukskrivna med diagnosen egentlig depression. Instrumentet Patient Health Questionnaire (PHQ-9) användes som primär screening varpå MINI och DSM-IV tillämpades. Individer med psykotiska eller suicidala symtom exkluderades.
<b>Intervention och jämförelsegrupp</b>	<b>I:</b> Interventionen utfördes av en företagsläkare och en vårdsamordnare (care manager) och innehöll 6-12 sessioner av PST (problem-solving therapy), manualbaserad självhjälp, en arbetsplatsintervention och om önskat antidepressiv medicinering. Arbetsplatsinterventionen kan liknas vid ett rehabmöte med diskussion om anpassning av arbetsuppgifter samt skapande av en plan för återgång. Här deltog, förutom företagsläkaren, vårdsamordnaren och den anställda även arbetsgivaren.  <b>K:</b> Kontrollgruppen fick sedvanlig behandling av sin företagsläkare, som arbetade enligt holländska riktlinjer.
<b>Mätpunkter</b>	T0: baslinje, T1:3 månader, T2: 6 månader, T3: 9 månader, T4:12 månader
<b>Utfallsmått</b>	Primärt utfallsmått var tid till respons (en minskning av depressiva symtom med minst 50 %), sekundära var tid till remission (avsåg poäng lägre än 5 på PHQ-9) och tid till full återgång i arbete.
<b>Resultat</b>	12 månaders uppföljning; Interventionsgruppen hade signifikant kortare tid till respons <sup>1</sup> jämfört med kontrollgruppen (p<0,05; 95% KI -1,684–0,027). Inget punkttestimat anges.  Ingen signifikant skillnad mellan interventions- och kontrollgrupp hittades avseende sannolikhet att inte uppnå "remission <sup>2</sup> " eller "respons <sup>1</sup> " (p>0,05; KI -0,28–1,35).  Gällande tid till återgång i arbete skilde sig inte grupperna åt signifikant (B= -0,198, p>0,05; 95 % KI -0.66–0.26).  3 månaders uppföljning En mindre studie gjordes vid 3 månader och redan då sågs en signifikant skillnad mellan grupperna avseende att uppnå respons (OR = 2,51; 95 % KI 1,04–6,11, P = 0,04). Det var fler i interventionsgruppen som nådde respons (I = 50 %, K = 28 %).
<b>Studiekvalitet</b>	Medelhög

## Bilaga 2. Studiernas utfallsmått

ASQ	Attributional Style Questionnaire
AUDIT-C	Alcohol Use Disorder Identification Test-Consumption
BDI, BDI-13, BDI-34	Beck's Depression Inventory
BDI-II	Beck Depression Inventory-II
BBI	Bergen Burnout Indicator
BJSQ	Brief Job Stress Questionnaire
BSI	Brief Symptom Inventory, kortversion av SCL-90
CIS	Checklist Individual Strengths
CORE	Clinical Outcomes in Routine Evaluation
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV
DASS	Depression, Anxiety and Stress Scale
4DSQ	Four-Dimensional Symptom Questionnaire
EQ-5D	EuroQol
GHQ	General Health Questionnaire
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HRSDD	Hamilton Rating Scale for Depression
IES	Nederländska översättningen av Impact and event Scale
JSQ	Job Stress Questionnaire
JSAD	Job Stress Assessment Diagram
JAW	Job-Related Affective Wellbeing
JCQ	Job Content Questionnaire
MBI-GS	Maslach Burnout Inventory-General Survey
MHACL	Mental Health Action Checklist for a better Workplace Environment
MOS-SF 36	Medical Outcomes Study-Short Form
MOSSF-20	Medical Outcomes Study Short-Form-20, MS; Mastery Scale
NHP	Nottingham Health Profile
NWFQ	Nurses Work Functioning Questionnaire
PSOHQ	Patient Satisfaction with Occupational Health professionals Questionnaire
PSS	Perceived Stress Scale 0 = aldrig, 4 = väldigt ofta
PPA	Personal Project Analysis Inventory
QEEW	Questionnaire on the Experience and Assessment of work
RBDI	Revised Beck's Depression Inventory
SCL-90	Symptom Checklist 90
SF-36	Short Form Health Survey
SJW	State of Job Well-being
UBOS	Utrecht Burn-out Scale
UCL	Utrecht Coping List
UWES	Utrecht Work Engagement Scale
VE	Vital Exhaustion
WRFQ	Work Role Functioning Questionnaire
WAI	Work Ability Index
WLQ	Work Limitations Questionnaire

Enheten för interventions- och implementeringsforskning  
Institutet för miljömedicin (IMM)  
Karolinska Institutet  
[www.ki.se/imm](http://www.ki.se/imm)