

# Preventiva insatser för att förebygga och minska sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa – en litteraturöversikt av svensk forskning och förändringar i svensk lagstiftning

Monica Bertilsson, Ulrika Bejerholm, Christian Ståhl

Monica Bertilsson, Institutionen för medicin, Epidemiologi och Socialmedicin, Göteborgs universitet. E-post: monica.bertilsson@gu.se  
Ulrika Bejerholm, Institutionen för hälsovetenskaper, Psykisk hälsa, aktivitet och delaktighet, Lunds universitet. E-post: ulrika.bejerholm@med.lu.se  
Christian Ståhl, Institutionen för medicin och hälsa, Avdelningen för samhällsmedicin, Linköpings universitet. E-post: christian.stahl@liu.se

Psykisk ohälsa utgör idag det främsta skälet till sjukskrivning i Sverige och involverar i hög grad arbetsplatser. I denna litteraturöversikt har vi mellan 2000-2016 undersökt dels svenska primär- och sekundärpreventiva insatser som inkluderar arbetsplatsen för att förhindra eller minska sjukskrivning på grund av vanlig psykisk sjukdom dels kartlagt hur svensk lagstiftning och policy inom rehabiliteringsområdet förändrats, tillkommit och kontextuellt påverkat primär- och sekundärinsatser. Vi fann inga svenska studier om primärprevention på arbetsplats och endast sex sekundärpreventiva insatser som inkluderat arbetsplatsen, varav två lett till kortare sjukskrivning. Vad gäller förändring av lagar och policy har dessa snarare stimulerat sekundär och tertiär prevention än primärprevention. Översikten visar att det finns ett stort behov av att utveckla nationella preventionsstudier som inkluderar arbetsplatsen.

Common mental disorders (CMD) are the main reason for sickness absence in Sweden and in these matters work places are highly involved. This literature review investigated Swedish primary and secondary interventions involving work-places in order to prevent or reduce sickness-absence due to CMD between 2000-2016. Furthermore, we have mapped changes in the Swedish legislation and policies in the area of rehabilitation and the contextual effect upon primary and secondary preventions. We found no Swedish primary-intervention study and only six secondary-intervention studies, of which two shortened the sickness absence. Changes in Swedish legislation and policies have rather strengthened secondary and tertiary preventions than primary prevention. There is a great need to develop national prevention studies that include the work place.

## Bakgrund

Psykiska problem är vanligt i befolkningen och är idag en av samhällets stora utmaningar. Det finns ett starkt politiskt initiativ att minska sjukfrånvaron kopplat till psykisk ohälsa eftersom den ökar marginaliseringen för målgruppen och utgör ett av de största hoten mot samhällsekonomin<sup>1</sup>. Sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa svarar idag för 45% av kvinnors och 32% av mäns sjukskrivning i Sverige<sup>2</sup>. Dessutom är risken för långtidssjukskrivning större, depressions- och ångestsjukdom står för 93% av de sjukskrivningar som varar längre än två månader<sup>3</sup>. Utöver det mänskliga lidande som kan bli följderna vid för tidig marginalisering från arbetslivet så behövs individerna inom arbetskraften<sup>4</sup>. Den nära kopplingen mellan psykiska problem och arbetsplatsen gör att arbetsplatsen är en viktig arena för att både förebygga och minska sjukfrånvaro<sup>1</sup>. Tidigare översikter har dock konstaterat att arbetsplatsen sällan involveras i det preventiva arbetet<sup>5</sup>. Samma erfarenhet gjordes i det svenska forskningsprogrammet REHSAM, där få projekt involverade arbetsplatsen<sup>6</sup>. Istället är det främst individfokuserade åtgärder som sker och dessa har visat sig ha dålig effekt när det gäller att förebygga eller minska sjukfrånvaro till följd av depressions- och ångestsjukdom<sup>7</sup>.

Arbetsmarknaden i Sverige har intensifierats och cirka 40% av befolkningen i arbetsför ålder har psykiskt ansträngande arbeten, 25% har höga krav och 20% hinner inte med sina arbetsuppgifter<sup>8</sup>. När det gäller psykiska

besvär så rapporterar 25% av kvinnorna i arbetsför ålder ångslan och oro och 31% att de har sömnbesvär, hos männen är motsvarande siffror 14% respektive 22%<sup>9</sup>. Dessa kan ligga i riskzonen för att utveckla psykisk ohälsa och behov av sjukskrivning. I Västeuropa har OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) uppskattat att 15% av arbetskraften i arbetsför ålder har psykisk ohälsa<sup>4</sup>. Dessa individer har större risk att hamna i sjukskrivning eftersom psykisk ohälsa påverkar arbetsförmågan negativt<sup>10,11</sup>. Exempelvis rapporterar 72% av de med psykisk ohälsa i OECD rapporten ovan att de har en nedsatt arbetsförmåga, jämfört med 25% hos de individer som inte har en psykisk ohälsa<sup>4</sup>. Då flera studier visar att det tar längre tid att återgå i arbete för sjukskrivna personer med psykisk ohälsa jämfört med de som inte rapporterar psykisk ohälsa<sup>12,13</sup> är det väsentligt att det görs preventiva insatser tidigt i ett nytt sjukfall för att minska behovet av sjukskrivning.

I Sverige skiljer vi på svår och lättare psykisk sjukdom där det senare begreppet är ifrågasatt och bör undvikas<sup>1</sup>. Istället används alltmer det mer internationellt använda begreppet common mental disorders (CMD)<sup>1</sup>. Vanligtvis inkluderas mild till medelsvår depression, ångestsyndrom och utmattningssyndrom<sup>14</sup>. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har konstaterat att det finns ett samband mellan att utveckla CMD och arbeten som karaktäriseras av hög stress och höga krav i kombination med små möjligheter att påverka situationen<sup>15</sup>. Även om kvinnor har högre

förekomst av CMD, så löper män och kvinnor samma risk att utveckla CMD när de arbetar under samma betingelser<sup>15</sup>. Sammantaget finns det starka incitament för att arbetsplatsen måste inkluderas i det preventiva arbetet för att förebygga och minska sjukskrivning till följd av CMD.

Prevention delas traditionellt in i tre olika typer: primärprevention (förhindra att ohälsa eller sjukdom uppstår), sekundärprevention (bota och lindra ohälsa tidigt i ett sjukfall) och tertiärprevention (förhindra återinsjuknande eller begränsa negativa effekter av ohälsa)<sup>16</sup>. Inom rehabiliteringsområdet kan åtgärder förekomma inom samtliga dessa preventionsnivåer. Primärprevention kan handla om att förebygga sjukskrivning genom satsningar på hälsofrämjande eller sjukdomsförebyggande åtgärder<sup>17</sup>. Sekundärprevention kan röra sig om åtgärder för att motverka sjuknärvaro, eller att stödja återgång i arbete efter sjukskrivning. Tertiärprevention, slutligen, kan handla om att stödja omställningsprocesser för personer med nedsatt arbetsförmåga till arbeten de klarar att utföra trots sin nedsättning. Primär- och sekundärprevention som inkluderar arbetsplatsen utgör viktiga utvecklingsom-

råden eftersom dessa perspektiv står i relation till den omedelbara problematik som är relaterad till sjukskrivning, att motverka den och främja arbetsåtergång. Sjukskrivning är dessutom ett område som involverar flera aktörer, såsom arbetslivet, hälso- och sjukvård och Försäkringskassan, som alla påverkar rehabiliteringsprocessen.

I Sverige finns enbart en handfull forskargrupper som fokuserar på arbetsförmåga, sjukskrivning och återgång i arbete hos personer med CMD. I syfte att stimulera och utveckla forskningsområdet i Sverige har ett nytt forskarnätverk *Swedish network for research on the prevention of sickness absence with common mental disorders* (PRESA) etablerats, finansierat med ett års nätverksbidrag från Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (FORTE). Att utveckla innovativa forskningsprojekt med fokus på att stärka arbetsplatsers kapacitet att stödja anställda med psykisk ohälsa identifierades som en viktig målsättning. Som ett första led genomförde PRESA en litteraturoversikt med syfte att identifiera styrkor och svagheter inom svensk nationell forskning. Översikten fokuserades mot två områden dels primär- och sekundärpreventiva insatser som

Faktaruta 1: Forskare som deltog vid start av nätverket *Swedish network for research on the prevention of sickness absence with common mental disorders* (PRESA).

Göteborgs universitet:

Monica Bertilsson, med dr, forskarassistent, Robin Fornazar, MSc, projektsamordnare New Ways, Gunnel Hensing, professor, Kristina Holmgren, docent, Maria Larsson, docent, Jesper Löve, med dr, lektor. *Samtliga ingår i forskarprogrammet New Ways – mental health at work.*

Linköpings Universitet:, Kerstin Ekberg, professor, Ida Seing, med dr, Christian Ståhl, docent.

Lunds universitet: Ulrika Bejerholm, professor, Mona Eklund, professor, Lena-Karin Erlandsson, docent, Suzanne Johanson, med dr.

involverar arbetsplatsen med syfte att förhindra sjukskrivning på grund av CMD eller stödja återgång i arbete för att därigenom minska sjukskrivning, dels kartlägga hur svensk lagstiftning och policy inom rehabiliteringsområdet förändrats, tillkommit och kontextuellt påverkar primär- och sekundärinsatser.

### Metod

Vid tidpunkten för litteraturgenomgången bestod PRESA av forskare/forskargrupper vid tre universitet (se faktaruta 1). Litteratursökningen har genomförts självständigt vid varje universitet utifrån olika inriktningar (se tabell 1). Litteratursökningen omfattar åren 2000 till 31 augusti 2016 och som framgår av tabell 1 har samma metod använts för all litteraturgenomgång med utgångspunkt i instruktioner från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)<sup>18</sup>. Däremot har litteratursökningen för respektive del haft olika fokus beträffande databaser, sökord och inklusionskriterier. SBU föreslår i övrigt att kompletterande metoder bör användas vid litteraturgenomgång<sup>19</sup>. Därmed har vi också inkluderat experters kunskap genom att söka bland för ämnesområdet välkända svenska forskares publikationer<sup>18</sup>.

### Resultat

#### *Del 1. Primärpreventiva metoder för att förhindra sjukskrivning på grund av CMD*

Trots den omfattande litteraturgenomgången så fann vi inga svenska studier som studerat primärpreventiva åtgärder på arbetsplats med syfte att förhindra sjukskrivning på grund av CMD.

#### *Del 2. Sekundärpreventiva insatser för återgång i arbete vid CMD*

Litteraturgenomgången resulterade i 6 studier publicerade i 8 artiklar (3 randomiserade kontrollerade studier (RCT), 3 kvasi-experimentella och 2 uppföljningsstudier till en RCT respektive en kvasi-experimentell med *return to work* (RTW) eller sekundärt *sick-leave* som primärt eller sekundärt utfallsmått (tabell 2)<sup>19-26</sup>. RCT-studien av Bejerholm et al<sup>24</sup> från 2016 och en kvasi-experimentell studie av Eklund och Erlandsson<sup>25</sup> från 2011 visade en statistiskt signifikant skillnad mellan interventionsgruppen och jämförelsegruppen gällande RTW. Överlag var kvinnor överrepresenterade i studierna eller utgjorde den enda gruppen av könstillhörighet. Depression, stressrelaterad ohälsa, utmattningstillstånd och CMD angavs som kriterier för psykisk ohälsa i studierna. Kognitiv beteendeterapi (KBT) ingick i samtliga RCT studier, i kombination med andra strategier<sup>23,24</sup> eller för sig<sup>26</sup>. Metoder för en balanserad tidsanvändning i vardagen ingick i två studier, Tid för Arbete (TiA)<sup>24</sup> och Vardagsrevidering©<sup>25</sup>. Ett person-centrerat stöd som utgick från värden direkt mot arbete som involverade arbetsplats och arbetsgivare ingick i en studie<sup>24</sup>.

#### *Del 3: Utveckling av lagstiftning och policy under 2000-talet*

Mycket av den lagstiftning som redovisas i detta avsnitt berör antingen sekundär- eller tertiärprevention. Primärprevention regleras i första hand i Arbetsmiljölagen (t.ex. avsnitten om systematiskt arbetsmiljöarbete), och är

ett område där få regeländringar skett under perioden jämfört med regelverket för sjukförsäkring, som under 2000-talet varit föremål för omfattande utredningar och förändringar. En förändring som genomförts under senare tid avseende primärprevention är införandet av nya föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4) som har specifikt fokus på psykosociala hälsorisker i arbetslivet. Även om föreskrifterna snarast tydliggör arbetsgivarnas befintliga ansvar än inför nya ansvarsområden så har detta inneburit en ökad uppmärksamhet kring arbetsgivarens ansvar för att förebygga psykosociala risker. Hur detta påverkar arbetsgivares systematiska arbetsmiljöarbete är dock inte undersökt.

#### *Ändringar i Försäkringskassans organisation och praxis*

Via politiska beslut och uppdrag har Försäkringskassan på olika sätt förändrat sin handläggning. I början av 2000-talet lanserades halveringsmålet med syfte att halvera sjukfrånvaron. Detta uppnåddes dels genom att bevilja ett stort antal personer sjukersättning, och dels genom att införa striktare tillämpning av rådande regelverk kring sjukpenning. Försäkringskassan arbetade under denna period också med att standardisera sina arbetsätt för att minska regionala skillnader i tillämpning, och 2005 blev Försäkringskassan en statlig myndighet. Ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd infördes där rekommenderad sjukskrivningslängd definierades för ett stort antal diagnoser. Utvärderingar av det-

ta visar att sjukskrivningarna, åtminstone för muskuloskeletala diagnoser, blivit alltmer standardiserade och ligger nära rekommendationerna<sup>27</sup>. Detta gäller dock i mindre utsträckning för psykiska diagnoser.

Under 2008 genomfördes en rad större förändringar i regelverket för sjukskrivning, främst via införandet av tidsgränser i sjukförsäkringen. Bedömningen av arbetsförmåga görs efter reformen i relation till ordinarie arbetsuppgift (<90 dagar), ordinarie arbetsgivare (<180 dagar) och sedan mot normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden (>180 dagar). Efter 365 dagar godkändes inte längre sjukpenning. I samband med dessa förändringar togs också möjligheten till tidsbegränsad sjukersättning bort, och kriterierna för att beviljas sjukersättning blev striktare. Detta har sedan förändrats ytterligare, först genom att möjligheten att få förlängd sjukpenning vid allvarlig sjukdom (upp till 915 dagar), och 2016 genom att den borte gränsen för sjukpenning togs bort. I en rapport med analyser av variationer i sjukfrånvaro konstaterar Försäkringskassan (2014) att de första två tidsgränserna har haft en disciplinerande effekt vilket bidrar till att sjukskrivningarna blir kortare. Den borte tidsgränsen i sjukförsäkringen tycks dock inte ha haft någon större effekt på sjukfrånvaron. De ändrade villkoren för sjukersättning har inneburit en reduktion av personer som får denna ersättning, vilket i andra änden bidragit till att flera blivit långtids-sjukskrivna.

Överlag handlar dessa förändringar om att förändra reglerna kring sekun-

där- och tertiärprevention, där rätt till ersättning bedöms striktare och vid fasta tidpunkter, samt på ett mera standardiserat sätt. I praktiken innebär tidsgränserna att perioden med sekundärprevention (återgång i arbete) förkortas, och att fokus på tertiärprevention (omställning till nytt arbete) förstärks.

*Finansiellt stöd till hälso- och sjukvården*

Olika former av ekonomiska stödssystem för att främja rehabilitering har provats under 2000-talet. Sveriges Kommuner och Landsting tecknade 2008 en överenskommelse med regeringen om att landstingen ska erbjuda en rehabiliteringsgaranti, som sedan

Tabell 1: Metodbeskrivning av litteratursökning för primärprevention, sekundärprevention respektive svensk lagstiftning och policy.

Metod:	Primärprevention	Sekundärprevention	Svensk lagstiftning och policy
Sökningen utförd av	Forskargruppen New Ways vid Göteborgs Universitet	Forskargrupperna Arbetsterapi och aktivitetsvetenskap samt Psykisk hälsa, aktivitet och delaktighet vid Lunds Universitet	Christian Ståhl vid Linköpings Universitet
Sökord	<p><i>"sickness absence", "sick leave", "disability pension", promot*, prevent*, work, workplace, "healthy work", "healthy workplace", "healthy work* environment", "good work* environment" depression, "depressive disorder", anxiety, "anxiety disorder", "behavioral symptom", "psychiatric disorder", "stress, psychological", "common mental disorder", CMD, "mental health problem", "mental health", "sustainable mental health", "mental wellbeing", "mental well-being", "job wellbeing", "job well-being", "positive mental health", "good mental health", "positive mental wellbeing", "positive mental well-being"</i></p>	<p><i>"mental disorders", "common mental disorders", "prevention", "intervention", "rehabilitation" PIR), Sweden, 2009-2016.</i></p>	

(Forts tabell 1: Metodbeskrivning av litteratursökning för primärprevention...). Tabellen fortsätter på s. 16.

Tidsperiod	Jan 2000 - aug 2016	Jan 2000 - aug 2016	Jan 2000 - aug 2016
	-studien utförd i Sverige -primärprevention av sjukfrånvaro på grund av CMD (dvs ej pågående sjukskrivning) -publicerad på svenska eller engelska -inkludera arbetsplatsen, eller ha ett arbetsplatsperspektiv -individperspektiv (inte insatser på generell gruppnivå)	-studien utförd i Sverige -publicerad på svenska eller engelska? -randomiserad kontrollerad studie (RCT) -kvasiexperimentell studie -utfallsvariabel: ”Return to work”, ”off sick” eller ”sick leave”	-lagstiftning och policy inom rehabiliteringsområdet
Databaser	PubMed, Cinahl, PsycINFO, Scopus,  Sökningarna utfördes med stöd av bibliotekarie vid Göteborgs Universitetsbibliotek	Web of Science, Scopus, Embase, SveMed+  Sökningarna utfördes med stöd av bibliotekarie vid Lunds Universitetsbibliotek.	Fritextsökning via Google för övergripande information, rapporter och utvärderingar.
Tillvägagångssätt vid selektion	Selektion skedde först utifrån rubrik, i nästa steg lästes abstrakt för de artiklar som bedömdes ha en adekvat rubrik. I de fall det inte var möjligt att avgöra via rubriken om artikeln uppfyllde inklusionskriterier lästes också abstrakt. I de fall inte heller abstrakt kunde avgöra om artikeln skulle inkluderas, lästes hela artikeln.		Beskrivande dokument avseende förändringar i regelverk och policy, samt utvärderingar av dessa förändringar.

förlängts till dess avskaffande 2016. Syftet var att ge tillgång till behandling och/eller rehabilitering för att lättare kunna återgå i arbete vid sjukskrivning, eller för att förebygga sjukskrivning. Patienter med måttliga till medelsvåra ångestsyndrom, depression och stress erbjöds kognitiv beteendeterapi (KBT) eller interpersonell psykoterapi (IPT).

Patienter med långvarig smärta i axlar, nacke och rygg erbjöds multimodal rehabilitering (MMR). En utvärdering av rehabiliteringsgarantin konstaterar att personer som genomgår rehabilitering inom rehabiliteringsgarantin upplever en förbättrad hälsa och arbetsförmåga, dock inte minskad total sjukfrånvaro under de första 12 månaderna efter in-

(Forts tabell 1: Metodbeskrivning av litteratursökning för primärprevention...).

Dataanalys	Sökningen resulterade i 106 dokument i Pubmed, 41 dokument i Cinahl, 33 dokument i PsychINFO och 428 dokument i Scopus. Inga dokument mötte dock inklusionskriterier.	Sökningen resulterade i 660 dokument från Scopus, 720 från Web of Science och 479 från EMBASE.  Efter deduplicering kunde 352 artiklar identifieras, vilka granskades av två forskare.  Sjuttiotre studier identifierades och lästes i fulltext. Proceduren resulterade i 7 studier samt 2 uppföljningsstudier tillhörande originalstudier.	Deskriptiv sammanställning.
Manuell sökning	Forskargruppen identifierade utifrån befintlig kännedom 16 svenska forskare verksamma i fältet <sup>1</sup> .  Publikationer och rapporter gjorda av dessa forskare granskades. Inga dokument mötte dock inklusionskriterier. Vidare granskades publikationer på webbsidor för:  Institutet för stressmedicin, Västra Götalandsregionen, och Stressforskningsinstitutet <sup>2</sup> , Stockholms universitet.		- statliga utredningar, där en portalreferens varit den parlamentariska socialförsäkrings utredningen (SOU 2015:21).  -rapporter från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Inspektionen för Socialförsäkringen, och Arbetsmiljöverket.  - rådande regelverk på olika hemsidor, exempelvis riksdagen, relevanta myndigheter, samt samt Sveriges kommuner och landsting.

<sup>1</sup> Annika Vånje, Bengt Järholm, Daniela Andrén, Ellenor Mittendorfer-Rutz, Eva Vingård, Eva Sahlin, Gunnel Hensing, Hugo Westerlund, Irene Jensen, Kersti Ejeby, Kerstin Ekberg, Marie Åsberg, Mona Eklund, Ola Leijon, Pålvel Lindberg, Töres Theorell.

<sup>2</sup> Under 2005-15 då webbsidan listar publikationer för denna period.



Tabell 2: Översikt av randomiserade och kvasi-experimentella studier med syftet att utvärdera insatsers effekt gällande återgång i arbete (RTW) och/eller sjukskrivning i Sverige 2000- aug 2016. Tabellen fortsätter på s. 18.

Referens	Undersökningsgrupp	Intervention	Resultat	Kommentarer
Bejerholm et al., (2016) <sup>24</sup>	n=63 44 kvinnor och 17 män med depression	Interventions grupp: Individual Enabling and Support (IES): Motiverande, kognitiva och tidsanvändningsstrategier integreras med individuellt stöd i arbete Kontrollgrupp: Traditional Vocational Rehabilitation (TVR)	Skillnad fanns mellan grupper efter 12 månader (IES: 42.2% vs. TVR: 4%).	RCT-design. Överförbarhet till andra kontexter begränsas av ett litet urval. Kvaliteten kompenseras av moderata till höga effektstorlekar, ett randomiserat urval utan statistiska skillnader vid baslinjen, och ett lågt bortfall. RTW primärt utfallsmått.
Ejebj et al., (2014) <sup>26</sup>	n=164 (n=245) 132 kvinnor och 32 män med CMD	Interventionsgrupp: KBT i grupp (KBT) Kontrollgrupp 1: Multimodal insats i grupp (MMI) Kontrollgrupp 2: insats som vanligt (Care As Usual (CAU))	Ingen skillnad mellan grupper 2 år före eller 2 år efter insatserna.	RCT-design. Studie kvaliteten begränsas av ett större bortfall (33%) direkt efter randomiseringen samt precision av mätning. Ökning av sjukfrånvaro mellan 2 år före och mätpunkt för insatserna och en minskning efter insatserna, för alla grupper. Sjuk skrivning sekundärt utfallsmått.
Eklund & Erlands-son (2011) <sup>25</sup>	n=84 Kvinnor med stressrelaterad ohälsa	Interventionsgrupp: Vardagsrevidering Jämförelsegrupp: insatser som vanligt (CAU)	Skillnad mellan grupper vid 12 mån	Kvasi-experimentell design som begränsar möjlighet att utläsa ett kausalt samband (effekt). Studiekvaliteten stärks av att interventions- och kontrollgrupp är matchade. Fanns inga skillnader vad gäller stress. RTW primärt utfallsmått.
Grossi & Santell (2009) <sup>19</sup>	n=24 Kvinnor med CMD	Interventionsgrupp: Stresshanteringsgrupp i kombination med standardiserad insats kopplad till arbetsplats Jämförelsegrupp: insats som vanligt (CAU)	Ingen skillnad mellan grupper efter 6, 12 mån och 5 år efter insats	Kvasi-experimentell design som begränsar möjlighet att utläsa ett kausalt samband (effekt). Litet urval begränsar överförbarhet. Efter 5 år var 40% i båda grupper åter i arbete. RTW sekundärt utfallsmått.

Forts tabell 2: Översikt av randomiserade och kvasi-experimentella studier...

Stenlund et al., (2009) <sup>22</sup>  Stenlund et al., (2012) <sup>23</sup>	n=136 96 kvinnor och 40 män med utmattnings- tillstånd	Interventionsgrupp: Kognitivt orienterad beteende rehabili- tering (KBT) och Qigong Kontrollgrupp: Qigong	Ingen skillnad mellan grupper vid 6, 12 mån upp- följning, eller vid 6, 12 mån (2009) och 3 år (2012) efter avslutad insats	RCT-design. Båda insatser ledde till förbättringar på grupp nivå, även vid 3 år efter avslutad insats. Sjukskrivning sekundärt utfallsmått.
Karlson et al., (2010) <sup>20</sup>  Karlson et al., (2014) <sup>21</sup>	n=148 74 (59 kvinnor) och 74 (56 kvinnor), som tackade nej att delta i CDM, med utmattnings- tillstånd	Interventionsgrupp: Convergence Dialogue Meeting (CDM). Jämförelsegrupp: insats som vanligt (CAU)	Ingen skillnad mellan grupper vid 1,5 år (100% RTW). Däremot skillnad för delvis RTW (25%) (2010). Ingen skillnad fanns 2,5 år efter insats (2014)	Kvasiexperimentell design samt begräns- ningar i urvalsförfar- andet (deltagare som tackat ja respektive nej utgör urvals grupper i studien) begränsar utfallets studie kvalitet och giltighet. Båda in- satser ledde till förbätt- ringar på grupp nivå (data från sjukskriv- ningsregister). Vid 2,5 år efter avslutad insats hade den yngre halvan av deltagarna i båda grupperna förbättrat sin RTW status. RTW primärt utfallsmått.

satsen<sup>28</sup>. Ett annat stöd har inriktats relativt på att stimulera landstingen till att prioritera sjukskrivningsfrågor, kallat sjukskrivningsmiljarden. Detta är en prestationsbaserad ersättning i syfte att åstadkomma en effektiv och kvalitets-säker sjukskrivningsprocess samt att öka landstingens prioritering av sjuk-skrivningsfrågan. Exempel på åtgärder har varit införande av elektroniska lä-  
karintyg, utveckling inom försäkrings-  
medicin, samt att sjukskrivning och  
rehabilitering ska ingå i det ordinarie  
vårduppdraget och finnas med i kva-

litetslednings- och uppföljningssystem.  
En studie konstaterar att sjukskrivnings-  
miljarden tycks ha haft betydelse för  
att sätta sjukskrivningsfrågan på agen-  
dan, men att fortsatt utvecklingsbehov  
finns avseende ledningssystem, kva-  
litetssäkring av sjukskrivningsproces-  
sen, jämställd sjukskrivningsprocess,  
försäkringsmedicin samt utvecklad in-  
tern och extern samverkan med andra  
aktörer i sjukskrivningsprocessen<sup>29</sup>.

Subventioner för att stödja använd-  
ningen av företagshälsovård i reha-  
bilitering infördes 2010, inriktad på

tidiga och anpassade stödsatser. I utvärderingen konstateras att bidragen användes i begränsad utsträckning, även om insatser med stöd av förordningen uppfattades som positiva<sup>30</sup>. Förordningen slopades med tiden och ersattes 2014 med ett direkt stöd till arbetsgivare, som har som syfte att underlätta inköp av utredande insatser som utförs av en godkänd företagshälsovård eller annan likvärdig aktör. Detta stöd är väsentligt mindre än det tidigare stödet. Åtgärderna inom detta område berör sekundärprevention, dvs. att stödja återgång i arbete efter sjukskrivning.

#### *Samverkansformer mellan myndigheter*

Under 2000-talet har en rad olika samverkansprojekt initierats mellan aktörer inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet. Ett resultat av dessa försöksverksamheter är vad som kallas ”Förstärkt samverkan”, som omfattar gemensam kartläggning där Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen tillsammans går igenom behov av insatser<sup>31</sup>. Därtill infördes 2004 en lagstiftning som möjliggör bildandet av samordningsförbund, där kommuner, landsting, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan är parter och gemensamt driver verksamheter i samverkan, riktade till personer i behov av samordnade insatser. Insatserna är av en mycket skiftande karaktär, men vänder sig primärt till personer som står långt ifrån arbetsmarknaden. Dessa insatser berör främst tertiärprevention, dvs. stöd till omställning för personer med bestående nedsättningar av arbetsförmågan.

## Diskussion

Detta är den första svenska översikten som specifikt undersökt prevention mot CMD-relaterad sjukskrivning. Översiktens breda ansats med syfte att både undersöka studier och kontextuella förändringar i form av lagstiftning och policy ger en samlad och informativ svensk lägesbild. Vi fann inga svenska studier om primärprevention på arbetsplatsen för att förhindra CMD-relaterad sjukskrivning och endast 6 studier som undersökt sekundärprevention varav två uppföljningsstudier.

Fyndet om primärprevention överensstämmer med Joyce och kollegors nyligen publicerade meta-review<sup>32</sup> som visar att det även internationellt saknas studier som undersökt primärpreventioners effekt på CMD-relaterad sjukskrivning. I en review av Odeen et al<sup>33</sup>, som undersökt arbetsplatsbaserad prevention och effekt på sjukskrivning oberoende av sjukdom, fann författarna några studier med effekt på sjukskrivning, men dessa gällde främst muskuloskeletal besvär<sup>33</sup>. I Storbritannien genomfördes nyligen en pilotstudie där en web-baserad utbildning om arbetsrelaterad stress och koppling till psykisk och fysisk sjukdom erbjöds chefer i syfte att det skulle öka anställdas välmående och minska sjukskrivning<sup>34</sup>. Dock, studien fann ingen effekt på anställdas sjukskrivning vilket möjligen kunde förklaras av för kort uppföljningsperiod<sup>34</sup>. Sammantaget saknas kunskap om primärpreventioners effekt på sjukskrivning till följd av CMD. Det finns dock en samhällelig retorik, forskarsamhället inklu-

derat<sup>1</sup>, som menar att arbetsplatsen och chefen är viktiga komponenter för att minska sjukskrivning och underlätta återgång i arbete. Det finns därmed ett stort behov av att designa studier som undersöker hur och vilka primärpreventionsinsatser som kan ha effekt och minska risken för sjukskrivning på grund av CMD. Ett lovande nytt projekt är ”atWork trial”, en norsk randomiserad kontrollerad studie där man ska undersöka om en arbetsplatsintervention med syfte att förändra anställdas uppfattning om och hantering av egna psykiska besvär kan leda till minskad sjukskrivning<sup>35</sup>. Projektet bygger på goda erfarenheter från likartad insats mot ländryggssmärta där sjukskrivning i interventionsgruppen var signifikant mindre jämfört med kontrollgruppen<sup>36</sup>.

Endast en av tre RCT studier visade effekt på RTW. Individuellt stöd i arbetet (supported employment) som integreras med motiverande, kognitiva och tidsanvändningsstrategier (IES) hade bättre effekt på RTW efter 12 månader (42%) jämfört med traditionella stödinsatser (4%)<sup>24</sup>. Supported employment uppmärksammades redan i Rehabiliteringsrådets slutbetänkande<sup>37</sup> som en lovande metod för målgruppen och RTW. I meta-reviewen av Joyce och kollegor<sup>32</sup> framgår hur viktigt det är att arbetsplatsinterventioner fokuseras till arbetsplatsen och arbetsgivaren och att det primära utfallsmåttet är RTW, istället för reduktion av symptom. Joyce och kollegor betonar även att olika effektiva strategier såsom KBT och stöd på arbetsplatsen med fördel kan integreras i en och samma insats, såsom för i

IES studien och en norsk studie från 2015<sup>24,38</sup>. Likaså visade endast en av de kvasiexperimentella studierna på effekt gällande RTW, nämligen den om vardagsrevidering (ReDo<sup>TM</sup>)<sup>25</sup>.

Även om arbetsplatsen bör involveras vid både primär- och sekundärprevention<sup>1</sup>, så finns också risker att beakta. Arbetsplatsen utgör en arbetsgemenskap där kollegor och chefer har visat sig utgöra en viktig kontext för personer med CMD<sup>39</sup>. Arbetsplatsen kan vara stödjande, men kan också utgöra en grogrund för stigma och svårigheter vilket särskilt måste beaktas vid prevention för denna grupp<sup>39,40</sup>. En svensk studie fann att chefer ser sig själva som just nyckelpersoner vid återgång i arbete<sup>41</sup>, men enligt Hjärnkolls undersökningar i Sverige är det endast ett fåtal chefer som tror att deras anställda ska utveckla psykisk ohälsa<sup>42</sup>. De få studier som undersökt chefers kunskap om CMD har funnit att anställda med CMD utgör en stor utmaning för chefer. Chefer saknar kunskap om CMD och har svårt att förstå hur arbetsförmågan påverkas då funktionsnedsättningar oftast är osynliga<sup>43-45</sup>. Svårigheter i förhållande till andra anställda vad gäller konfidentialitet och stigma är andra dilemman som framkommit<sup>44,45</sup>. Dessa fynd är viktiga att beakta vid utformandet av preventiva åtgärder på arbetsplatsen.

Vad gäller utvecklingen av svensk lagstiftning och policy på området kan det konstateras att få satsningar har genomförts avseende primärprevention, med de nya föreskrifterna om organisatorisk och social arbetsmiljö som ett noterbart undantag. Ett antal olika regeländringar och finansiella

stödsystem som inriktat sig på sekundär- eller tertiärprevention har å andra sidan testats, reviderats och i flera fall avslutats under 2000-talet. Såväl stöd riktade till landstingen som till arbetsgivare och företagshälsovård har haft ett starkt fokus på återgång i arbete och rehabilitering, snarare än att förebygga sjukskrivning. Regeländringar i sjukförsäkringen har syftat till att snabba upp återgång i arbete via tidsgränser, eller att främja omställning genom att tidsbegränsa sjukpenningen, där inte heller dessa förändringar har varit inriktade på primärprevention. I den mån regeländringarna syftat till att förhindra sjukskrivning har detta skett via individorienterade incitament, dvs. att begränsa tillgången till sjukskrivning eller att göra sjukskrivning mindre attraktivt, och således inte inriktats på att exempelvis minska hälsorisker på arbetsplatser. Särskilda insatser mot CMD lyser också med sin frånvaro.

### *Metoddiskussion*

Översiktens styrka utgörs av att litteratursökningen genomförts med stöd av kompetens från bibliotekarie, att sökord formulerats specifikt vad gäller primär respektive sekundärprevention, samt att kompletterande metoder använts vad gäller primärprevention<sup>18</sup>. Genom att undersöka namngivna forskares/verksamheters publikationer har vi även granskat möjliga publikationer som inte återfinns i vetenskapliga tidskrifter eller inte fångats av våra sökord. Trots detta kan studier ha undgått att bli detekterade. De kompletterande metoderna kunde ha utvidgats till att

också inkludera fler verksamheter eller till exempel universitet. Men, vi tror att vi ändå täckt större delen av det svenska forskningsfältet genom de forskare vi inkluderat. Sökningarna av förändringar i regelverk och policy utgick från utredningar och offentliga källor, kompletterat med fritextsökningar via Google. Dessa sökningar genomfördes inte systematiskt, då databaser för denna typ av information saknas.

### **Konklusion**

Vi fann inga svenska studier om primärprevention på arbetsplatsen för att förhindra CMD-relaterad sjukskrivning och endast sex svenska studier som undersökt sekundärprevention, men bara en där arbetsgivaren och arbetsplatsen involverats i insatsen<sup>24</sup>. Två studier visade sig ha insatser som var bättre än den jämförande insatsen vad gäller återgång i arbete. Studierna var dock förhållandevis små och endast en hade en RCT-design vilket talar för ett stort behov av större randomiserade multi-center studier där kognitiva strategier med fördel kan integreras i ett personcentrerat stöd som vänder sig direkt mot arbete och arbetsplatsen<sup>24</sup>. Vad gäller förändring av lagar och policy har dessa snarare stimulerat sekundär och tertiär prevention än primärprevention för att förhindra sjukskrivning. Översikten visar att det finns ett stort behov av nationella studier som undersöker primär- och sekundärprevention av CMD-relaterad sjukskrivning och samtidigt involverar arbetsplatsen. Desto mer angeläget då flertal rapporter understryker vikten av att arbetsplatsen involveras för att

förhindra sjukskrivning eller stimulera återgång i arbete, men i dagsläget saknas vetenskaplig evidens.

## Referenser

1. Vingård E. En kunskapsöversikt: Psyisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro. Stockholm: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd. 2015.
2. Försäkringskassan. Socialförsäkringen i siffror 2014. Stockholm: Försäkringskassan i Sverige. 2014.
3. Försäkringskassan. Social Insurance in Figures 2009. Stockholm: Swedish Social Insurance Agency. 2009.
4. OECD. Sick on the job? Myths and realities about mental health and work. OECD Publishing. 2011.
5. Lederer V, Loisel P, Rivard M, Champagne F. Exploring the diversity of conceptualizations of work(dis)ability: a scoping review of published definitions. *J Occup Rehabil.* 2014;24(2):242-67.
6. Aronsson G, Lundberg U. Rehabilitering och samordning. Delrapport 2: Kvalitetsbedömning av forskning inom Rehsam-satsningen. Stockholm: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd. 2015.
7. Furlan AD, Gnam WH, Carnide N, Irvin E et al. Systematic review of intervention practices for depression in the workplace. *J Occup Rehabil.* 2012;22(3):312-21.
8. Statistiska Centralbyrån. Arbetstider och arbetsmiljö 2010-2011. Stockholm: Statistiska Centralbyrån. 2012.
9. Statens Folkhälsoinstitut. Folkhälsan i Sverige: årsrapport 2013. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut. 2013
10. Backenstrass M, Frank A, Joest K, Hingmann S et al. A comparative study of nonspecific depressive symptoms and minor depression regarding functional impairment and associated characteristics in primary care. *Compr Psychiatry.* 2006;47(1):35-41.
11. Plaisier I, Beekman ATF, de Graaf R, Smit JH et al. Work functioning in persons with depressive and anxiety disorders: the role of specific psychopathological characteristics. *J Affect Disord.* 2010;125(1-3):198-206.
12. Hensing G, Bertilsson M, Ahlberg G Jr, Waern M et al. Self-assessed mental health problems and work capacity as determinants of return to work: a prospective general population-based study of individuals with all-cause sickness absence. *BMC psychiatry.* 2013;13(1):259.
13. Nystuen P, Hagen KB, Herrin J. Mental health problems as a cause of long-term sick leave in the Norwegian workforce. *Scand J Public Health.* 2001;29(3):175-82.
14. Sanderson K, Andrews G. Common mental disorders in the workforce: Recent findings from descriptive and social epidemiology. *Can Psychiatry.* 2006;51:63-75.
15. SBU. Arbetsmiljöns betydelse vid symtom på depression och utmattningssyndrom. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. 2014.
16. Janlert U. Folkhälsovetenskapligt lexikon: Natur och kultur i samarbete med Folkhälsoinstitutet. 2000.
17. Holm L, Torgén M, Hansson A-S, Runeson R et al. Återgång i arbetet efter sjukskrivning för rörelseorganens sjukdomar och lättare psykisk ohälsa. Göteborg: : Arbeta och Hälsa Vetenskaplig skriftserie; 2010.
18. SBU. Utvärdering av metoder i hälso-och sjukvården—En handbok. 2 uppl. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2014.
19. 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. *J Rehabil Med.* 2009;41(8):632-8.
20. Karlson B, Jönsson P, Pålsson B, Åbjörnsson G 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(1):1.
21. Karlson B, Jönsson P, Österberg 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(1):1.
22. Stenlund T, Ahlgren C, Lindahl B, Burell G et al. Cognitively oriented behavioral rehabilitation in combination with Qigong for patients on long-term sick leave because of burnout: REST—a randomized clinical trial. *Int J Behav Med.* 2009;16(3):294-303.
23. Stenlund T, Nordin M, Järholm LS. Effects of rehabilitation programmes for patients on long-term sick leave for burnout: a 3-year follow-up of the REST study. *J Rehabil Med.* 2012;44(8):684-90.

24. Bejerholm U, Larsson M, Johanson S. Supported employment adapted for people with affective disorders—A randomized controlled trial. *J Affect Disord*. 2016 doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.028.
25. Eklund M, Erlandsson L-K. Return to work outcomes of the Redesigning Daily Occupations (ReDO) program for women with stress-related disorders—A comparative study. *Women Health*. 2011;51:676-92.
26. Ejeby K, Savitskij R, Öst L-G, Ekbohm A 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.
27. Söderberg E. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - en vägledning för sjukskrivning. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2011;88(5):389-98.
28. Busch H, Bonnevier H, Hagberg J, Lohela Karlsson M et al. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Slutrapport, del I. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM). Karolinska Institutet. 2011.
29. Alexanderson K, Keller C, von Knorring M, Paul A-S. Ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning: Resultat från 2013 och jämförelse med 2007. Sektionen för försäkringsmedicin.. Karolinska Institutet. 2013.
30. Ståhl C, Toomingas A, Åborg C, Ekberg K et al. Promoting occupational health interventions in early return to work by implementing financial subsidies: a Swedish case study. *BMC Public Health*. 2013;13(1):310.
31. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Det förstärkta rehabiliteringssamarbetets effekter. Utvärdering av Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans förstärkta rehabiliteringssamarbete. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. 2014.
32. Joyce S, Modini M, Christensen H, Mykletun A et al. Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychol Med*. 2016;46(04):683-97.
33. Odeen M, Magnussen LH, Møland S, Larun L et al. Systematic review of active workplace interventions to reduce sickness absence. *Occup Med*. 2012;kqs198.
34. Stansfeld SA, Kerry S, Chandola T, Russell J et al. Pilot study of a cluster randomised trial of a guided e-learning health promotion intervention for managers based on management standards for the improvement of employee well-being and reduction of sickness absence: GEM Study. *BMJ open*. 2015;5(10):e007981.
35. Johnsen TL, Indahl A, Baste V, Eriksen HR, Tveito TH. Protocol for the atWork trial: a randomised controlled trial of a workplace intervention targeting subjective health complaints. *BMC Public Health*. 2016;16(1):844.
36. Odeen M, Ihlebæk C, Indahl A, Wormgoor ME et al. Effect of peer-based low back pain information and reassurance at the workplace on sick leave: a cluster randomised trial. *J Occup Rehabil*. 2013;23:209-19.
37. Statens offentliga utredningar. Rehabiliteringsområdets slutbetänkande. Stockholm: Socialstyrelsen, Statens offentliga utredningar. 2011.
38. Reme SE, Grasdal AL, Løvvik C, Lie SA, Øverland S. Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial. *Occup Environ Med*. 2015;72:745-52.
39. Bertilsson M. Work capacity and mental health - the phenomena and their importance in return to work (avhandling). Göteborg: Göteborgs Universitet. 2013.
40. Brohan E, Henderson C, Wheat K, Malcolm E et al. Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. *BMC psychiatry*. 2012;12:1-14.
41. Holmgren K, Ivanoff SD. Supervisors' views on employer responsibility in the return to work process. A focus group study. *J Occup Rehabil*. 2007;17:93-106.
42. Hjärnkoll. Chefers attityder, kunskaper och betenande. En jämförelse 2011-2012. Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser. Lund. 2012.
43. Hauck K, Chard G. How do employees and managers perceive depression: a worksite case study. *Work*. 2009;33(1):13-22.
44. Johnston V, Way K, Long MH, Wyatt M et al. Supervisor Competencies for Supporting Return to Work: A Mixed-Methods Study. *J Occup Rehabil*. 2014:1-15.
45. Lemieux P, Durand M-J, Hong QN. Supervisors' perception of the factors influencing the return to work of workers with common mental disorders. *J Occup Rehabil*. 2011;21(3):293-303.