



SBU UTVÄRDERAR

PUBLIKATION NR: 352

ISBN: 978-91-88437-96-9

PUBLICERAD: 4 OKTOBER 2022

NEDLADDAD: 16 DECEMBER 2022

Effekter av arbetsmarknadsinsatser för personer långvarigt sjukskrivna på grund av depression, ångest eller stressreaktion

En systematisk översikt

Innehåll

Sammanfattning	4
Syfte och bakgrund	4
Slutsatser	5
Kommentar	5
Metod	6
Resultat	6
1. Inledning	13
1.1 Syfte	13
1.2 Målgrupper	13
2. Bakgrund	14
2.1 Psykiatriska diagnoser och långtidssjukskrivning	14
2.2 Arbetsmarknadsinsatser i Sverige	17
3. Metod	23
3.1 Frågor	23
3.2 Metod för översikt av effekter på arbete och upplevd hälsa	23
3.3 Metod för översikt av upplevelser	24
3.4 Process för urval av studier	25
3.5 Analys och syntes	26
3.6 Metod för översikt av ekonomiska utvärderingar	28
3.7 Metod för praxisundersökning	30
3.8 Metod för att undersöka etiska aspekter	31
4. Urval av studier	33
5. Resultat – Effekt på arbete och hälsorelaterade skattningar	34
5.1 Sammanfattning av resultaten	35
5.2 IPS-anpassade insatser	36
5.3 Beteendeterapi med involverad arbetsplats	41
5.4 Teambaserat stöd med involverad arbetsplats	48
6. Resultat – Den sjukskrivnes röst	55
6.1 Sammanfattning av resultaten	55
6.2 Beskrivning av ingående studier	55
6.3 Teman över processen	57
7. Resultat – Kostnadseffektivitet	60

7.1 Sammanfattning av resultaten	60
7.2 Precisering av frågeställning	60
7.3 Resultat av översikt av ekonomiska utvärderingar	61
8. Praxis – myndighets- och individperspektiv	64
9. Etiska aspekter	66
9.1 Arbetsmarknadsinsatsernas mål	66
9.2 Övriga effekter och konsekvenser av insatsen för individen	70
10. Diskussion	74
10.1 Resultatdiskussion	74
10.2 Metoddiskussion	76
11. Överväganden för forskning	80
11.1 Rapportering av interventioner	81
11.2 Teoribaserade interventioner	81
11.3 Samsyn om utfallsmått genom Core Outcome Set	82
11.4 Uppmärksamma stegvis förflyttning	82
11.5 Systematiska fel och val av analys	82
11.6 Rekrytering av studiedeltagare	83
12. Medverkande	84
12.1 Projektgrupp	84
13. Ordförklaringar och förkortningar	87
14. Referenser	90

Observera att det är möjligt att ladda ner hela eller delar av en publikation. Denna pdf/utskrift behöver därför inte vara komplett. Hela publikationen och den senaste versionen hittar ni på www.sbu.se/352

ISBN 978-91-88437-96-9

Sammanfattning

Syfte och bakgrund

Syftet med detta projekt har varit att utifrån befintlig och tillräckligt välgjord forskning utvärdera effekter av olika insatser för personer som befinner sig långt från arbetsmarknaden. En bred definition på detta är personer som är långvarigt sjukskrivna och personer som har varaktigt kommunalt försörjningsstöd. I denna rapport redovisas resultat för personer som är långvarigt sjukskrivna på grund av mild till måttlig depression, ångest eller reaktioner på svår stress. Resultat för personer med försörjningsstöd redovisas i en separat rapport [1]. Arbetet har bedrivits inom ramen för SBU:s femåriga regeringsuppdrag om psykisk ohälsa (S2019/05315/RS).

Uppgifter från Försäkringskassan visar att några psykiatriska diagnoser, till exempel ångest och depression, är de främsta orsakerna till långvarig sjukskrivning i Sverige. Fler kvinnor än män i arbetsför ålder har varit långvarigt sjukskrivna på grund av psykiatriska diagnoser. I denna rapport betraktas minst 90 dagar som långvarig sjukskrivning.

Arbetsmarknadsinsatser används såväl i Sverige som internationellt. De kan riktas direkt till individen, till arbetsgivare eller handläggare. De insatser som utvärderats i detta projekt är sådana som förekommer, eller skulle kunna förekomma, i Sverige.

Rapporten är inriktad på insatsernas effekt på återgång i arbete. Även hälsorelaterade skattningar samt förhållandet mellan kostnader för de utvärderade insatserna och deras effekter har undersökts. Rapporten belyser också etiska aspekter som kan aktualiseras, liksom erfarenheter och upplevelser från personer som deltagit i olika typer av insatser.

Slutsatser

- **Kognitiv beteendeterapi (KBT) med involverad arbetsplats** leder möjligen till ökad *återgång i arbete* på kort sikt¹ för personer som är långvarigt sjukskrivna för depression, ångest eller reaktioner på svår stress, jämfört med sedvanlig insats eller ingen insats (låg tillförlitlighet)².
- **Beteendeterapi³ med involverad arbetsplats** minskar möjligen upplevda *symtom på depression* på kort sikt för personer som är långvarigt sjukskrivna för depression, ångest eller reaktioner på svår stress, jämfört med sedvanlig insats (låg tillförlitlighet).
- **Teambaserat stöd med involverad arbetsplats** leder möjligen till *återgång i arbete* på kort sikt, jämfört med sedvanlig insats (låg tillförlitlighet). Teambaserat stöd minskar möjligen också upplevda *symtom på depression* på kort sikt, jämfört med sedvanlig insats (låg tillförlitlighet).
- Det går inte att bedöma effekten av **IPS⁴ -anpassade insatser** på *återgång i arbete*.
- Inga studier om effekter på *återgång i arbete* av insatser i form av utbildning, praktik eller lönebidrag till arbetsgivare har identifierats för personer som är långvarigt sjukskrivna för depression, ångest eller reaktioner på svår stress.

¹ Med uppföljningstid på kort sikt avses tid upp till 12 månader, med lång sikt avses tid upp till 24 månader och med längre sikt avses uppföljning längre än 24 månader.

² Det är SBU:s nämnd som beslutar om slutsatserna. Det internationellt utarbetade systemet GRADE har använts för att bedöma graden av tillförlitlighet i de sammanvägda resultaten (Faktaruta 1).

³ Med beteendeterapi avses här KBT eller ACT, Acceptance and Commitment Therapy

⁴ IPS = Individual Placement and Support. Sv: Individanpassat stöd till arbete.

Kommentar

Tidigare forskning har dels visat att det vetenskapliga underlaget om åtgärders effekt är svagt för återgång i arbete efter sjukskrivning på grund av psykiatrisk diagnos, dels att arbetsplatsen behöver vara involverad för att en medarbetare ska komma tillbaka i arbete på ett bra sätt. En gemensam nämnare i samtliga insatser i denna utvärdering är därför att arbetsplatsen eller arbetsgivaren har varit involverad.

I huvudsak är de studier som ligger till grund för slutsatserna i denna rapport genomförda i nordiska länder, men en studie om teambaserat stöd är gjord i Nederländerna. Även om de nordiska länderna kan tänkas vara jämförbara i flera avseenden, kan det finnas skillnader som kan påverka möjligheten till återgång till arbete. Det kan exempelvis gälla skillnader i hur arbetsmarknaden fungerar, sjukförsäkringslagstiftning, hur den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är organiserad, regler för anställningstrygghet, arbetsmarknadspolitik och möjlighet till subventionerade anställningar.

För IPS-anpassade insatser har det vetenskapliga underlaget varit otillräckligt, det har därför inte gått att bedöma effekterna på återgång i arbete eller på

hälsorelaterade utfall. Ett otillräckligt underlag gäller även för några utfall för övriga insatser som utvärderats i detta projekt. Det ska inte tolkas som att det är säkerställt att insatserna saknar effekt på de studerade utfallen, utan det understryker istället behovet av att metoderna studeras ytterligare i välgjorda studier.⁵

⁵Det är SBU:s nämnd som beslutar om kommentaren, kopplat till slutsatserna.

Ett otillräckligt vetenskapligt underlag kan bland annat bero på för få deltagare, eller att effekterna har mätts eller redovisats på olika sätt. Det skulle vara värdefullt med en samsyn bland berörda om vad som är viktigast att mätas och hur det kan mätas genom att en överenskommen uppsättning av prioriterade utfall, ett så kallat Core Outcome Set (COS), tas fram. Enligt organisationen COMET (Core Outcome Measures in Effectiveness Trials) pågår arbete med att ta fram ett COS för ”work participation” (deltagande i arbetslivet), men för närvarande finns inget sådant publicerat. Framtida forskning behöver göras på tillräckligt stora populationer för att också kunna beakta eventuella skillnader mellan olika grupper.

Det finns potentiella mål- och värdekonflikter mellan mer samhällsekonomiskt inriktade mål med arbetsmarknadsinsatser (exempelvis ökad produktivitet och minskade kostnader) och de mål som är mer individcentrerade (till exempel livskvalitet, hälsa, egenmakt). En etisk fråga som uppkommer är hur dessa målkonflikter bör lösas och vilka mål som kan tänkas vara överordnade vid en potentiell konflikt. Frågan har också betydelse för hur insatsernas effekter ska bedömas.

Från intervjuer med främst kvinnor framkom både positiva och negativa erfarenheter av insatserna. Insatsen kunde bidra till att skapa goda rutiner, en känsla av normalitet och minskad ensamhet, men också att insatserna kunde upplevas som alltför omfattande samt att bristfälligt stöd gavs efter återgång i arbete.

Metod

Denna utvärdering har utförts enligt den metod som beskrivs i SBU:s metodbok och Cochrane Handbook. Protokoll för den systematiska översikten är publicerat i PROSPERO (CRD42021235586).

Referensgrupper med två perspektiv, klienter/patienter respektive myndigheter, har vid två dialogmöten fått information om projektet och bidragit med aktuell information om insatser i Sverige. Totalt har 14 personer medverkat vid dessa möten.

Resultat

Totalt inkluderades åtta studier med kvantitativa data, publicerade i elva artiklar, fem studier med kvalitativa data samt två studier av kostnadseffektivitet.

Av studierna med kvantitativa data var tre studier genomförda i Sverige, tre i Danmark, en i Norge och en i Nederländerna. Det totala antalet deltagare uppgår till 2 902 personer, varav 70 procent kvinnor. De studerade insatserna har kategoriserats i tre huvudsakliga insattstyper; beteendeterapi med involverad arbetsplats, teambaserat stöd med involverad arbetsplats samt IPS-anpassade insatser. Studierna med kvalitativa data var genomförda i Sverige, Danmark och Kanada och bygger på data från 65 deltagare varav 51 kvinnor.

Dessa tre insattstyper identifierades:

1. **Beteendeterapi med involverad arbetsplats** förekommer exempelvis i form av kognitiv beteendeterapi (KBT) eller Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Dessa terapiformer är utvecklade för att behandla symtom vid fysisk och psykisk ohälsa och öka allmän livskvalitet. I senare former har fokus lagts på individens arbete för att möta upp behov relaterade till arbetsåtergång och arbetsplatsen, det vill säga de terapeutiska verktygen har kombinerats med fokus på arbetsförmåga och återgång i arbete.
2. **Teambaserat stöd med involverad arbetsplats** ges av ett team med olika yrkesgrupper, med det gemensamma syftet att kartlägga den sjukskrivnes resurser och hinder för återgång i arbete och vara ett stöd i processen att återgå i arbete. I teamet kan olika yrkesgrupper ingå, och det är vanligt förekommande med företrädare från hälso- och sjukvård (t.ex. läkare, socionom, psykolog) samt koordinators med fokus på rehabilitering och arbetsåtergång. Ibland ingår även arbetsmarknadsspecialister. Involvering av arbetsplats kan ske på olika sätt beroende på graden av nedsatt arbetsförmåga och om den sjukskrivne har en anställning eller inte.
3. **IPS-anpassade insatser** (Individual Placement and Support, sv: individanpassat stöd till arbete) är arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser för personer med funktionsnedsättning. Grundtanken är att alla människor med funktionsnedsättning kan arbeta på den öppna arbetsmarknaden om de bara hittar rätt arbete och rätt arbetsplats. Metoden IPS har varit utgångspunkt för insatser som anpassats för andra grupper, som personer med bland annat ångest och depression. Det gäller till exempel IPS-MA (IPS Modified for People with Mood and Anxiety Disorders) och IES (Individual Enabling and Support).

Tabell 1 Resultat för beteendeterapi med involverad arbetsplats.

Utfall	Effekt	Resultatets tillförlitlighet enligt Grade
Arbete	Det är möjligt att KBT med arbetsplats-anknytning leder till ökad återgång i arbete upp till 12 månader, jämfört med sedvanlig eller ingen insats För sjukskrivna längre än 12 månader är effekten större	Låg
Sjukskrivning	Det går inte att bedöma effekten av beteendeterapi med arbetsplatsanknytning på sjukskrivning	Mycket låg
Inkomst	Det går inte att bedöma effekten av KBT på inkomst	Mycket låg
Depression	Beteendeterapi med arbetsplatsanknytning minskar möjligen symtom på depression upp till 12 månader, jämfört med sedvanliga insatser	Låg
Ångest	Det går inte att bedöma effekten av beteendeterapi med arbetsplatsanknytning på ångest	Mycket låg
Livskvalitet	Det går inte att bedöma effekten av beteendeterapi med arbetsplatsanknytning på livskvalitet	Mycket låg
Stress	Det går inte att bedöma effekten av KBT med arbetsplats-anknytning på stress	Mycket låg
Sömn	Det går inte att bedöma effekten av KBT med arbetsplats-anknytning på sömn	Mycket låg
Utmattning	Det går inte att bedöma effekten av KBT med arbetsplats-anknytning på utmattning	Mycket låg
Arbetsförmåga	Det går inte att bedöma effekten av ACT på upplevd arbetsförmåga	Mycket låg

Tabell 2 Resultat för teambaserat stöd med involverad arbetsplats.

Utfallsmått	Effekt	Resultatets tillförlitlighet enligt GRADE
Återgång i arbete	Teambaserat stöd med arbetsplatsanknytning leder möjligen till återgång i arbete efter 12 månader, jämfört med sedvanliga insatser	Låg
Depression	Teambaserat stöd med arbetsplatsanknytning minskar möjligen symtom på depression upp till 12 månader, jämfört med sedvanliga insatser	Låg
Ångest	Det går inte att bedöma effekten av teambaserat stöd med arbetsplatsanknytning på symtom på ångest	Mycket låg
Stress	Det går inte att bedöma effekten av teambaserat stöd med arbetsplatsanknytning på stress	Mycket låg
Livskvalitet	Det går inte att bedöma effekten av teambaserat stöd med arbetsplatsanknytning på livskvalitet	Mycket låg
Utmattning	Det går inte att bedöma effekten av teambaserat stöd med arbetsplatsanknytning på utmattning	Mycket låg
Arbetsförmåga	Det går inte att bedöma effekten av teambaserat stöd med arbetsplatsanknytning på arbetsförmåga	Mycket låg

Tabell 3 Resultat för IPS-anpassade insatser.

Utfall	Effekt	Resultatets tillförlitlighet enligt GRADE
Arbete	Det går inte att bedöma effekten på arbete efter IPS-anpassade insatser	Mycket låg
Skattad depression	Det går inte att bedöma effekten av IPS-anpassade insatser på symtom på depression	Mycket låg
Skattad ångest	Det går inte att bedöma effekten av IPS-MA på symtom på ångest	Mycket låg
Skattad livskvalitet	Det går inte att bedöma om IES påverkar livskvalitet	Mycket låg

Om kostnadseffektivitet

Eftersom kostnadseffektivitet hör samman med insatsernas effekt är det framför allt av intresse att undersöka kostnadseffektiviteten av kognitiv beteendeterapi med arbetsplatsanknytning och teambaserat stöd med arbetsplatsanknytning, där resultaten i denna rapport pekar på en möjlig effekt på återgång i arbete, om än på kort sikt.

För kategorin teambaserat stöd med arbetsplatsanknytning identifierades en studie där kostnadseffektiviteten undersökts. Studien, som var genomförd i en nederländsk kontext, hade QALYs respektive dagar till hållbar arbetsåtergång (definierat som arbetsåtergång i minst 28 dagar i en vanlig arbetskontext med marknadsmässig lön) som utfallsmått och baserades på uppgifter från en randomiserad kontrollerad studie som inkluderats i denna rapports utvärdering av effekter. Resultaten visade inte på några signifikanta skillnader i vare sig QALYs eller hållbar arbetsåtergång mellan personer som fick det stödjande programmet och personer som fick sedvanliga insatser under de tolv månader som studien pågick. Däremot var de genomsnittliga kostnaderna högre för personer som fick det stödjande programmet. Författarna drar därmed slutsatsen att programmet inte var kostnadseffektivt.

För beteendeterapi med arbetsplatsanknytning identifierades ingen studie av tillräcklig kvalitet där kostnadseffektiviteten undersökts. För IPS-anpassade insatser är frågan om kostnadseffektivitet underordnad, med tanke på att det utifrån befintlig forskning enligt denna rapport inte varit möjligt att bedöma effekten av denna typ av insatser.

Den sjukskrivnas erfarenheter och upplevelser av insatser

Från intervjuer av främst kvinnor redovisades huvudsakligen följande upplevelser: (a) Symtombörda, känslor av skam och skuld över att ha blivit sjuk, samt att ändrade rutiner under sjukskrivningsperioden kunde försvåra återgång i arbete. (b) Insatsen bidrog till att skapa nya rutiner, få verktyg och riktning i processen att återgå i arbete, men kunde uppfattas som alltför omfattande. (c) Individuellt stöd gav förutsättningar för självanalys och reflektion. (d) Gruppsessioner kunde minska en känsla av att vara ensam och normalisera tillstånd. (e) Professionellas förhållningssätt behövde avspeglas i individanpassat stöd och expertkunskap. (f) Efter avslutad insats: bra insatser men processen mot återgång i arbete skedde med bristfälligt stöd.

Om etiska aspekter

Den etiska diskussionen belyser det faktum att det finns potentiella mål- och värdekonflikter mellan mer samhällsekonomiskt inriktade mål (exempelvis ökad produktivitet och minskade kostnader) och de mål som är mer individcentrerade (till exempel livskvalitet, hälsa, egenmakt). En etisk fråga som uppkommer är hur dessa målkonflikter bör lösas och vilka mål som kan tänkas vara överordnade vid en potentiell konflikt. Dessa mer generella mål- och värdekonflikter kan också innebära en potentiell konflikt mellan de olika professioner och aktörer som ofta arbetar tillsammans inom ramen för de arbetsmarknadsinsatser som här diskuteras. Hur man relaterar dessa olika mål till varandra, och vilken vikt man fäster vid dem kan också ha praktiska konsekvenser för utformandet av en insats.

Utöver detta diskuteras att det på samhällsnivå finns en risk för att insatser som i stor utsträckning fokuserar på individen genom att till exempel utgå ifrån en psykiatrisk diagnos skulle kunna bidra till en generell trend av ökande medikalisering. Det vill säga tendensen att människors åkommor och problem i allt högre utsträckning klassificeras som medicinska problem och då blir föremål för diagnoser och behandling. På individnivå finns en potentiell risk för att insatser som tar sin utgångspunkt i psykiatriska diagnoser kan orsaka skuld och skam hos individen.

Två ytterligare etiska aspekter som diskuteras är autonomi och integritet. Det finns flera olika autonomi-aspekter att beakta när man inför arbetsmarknadsinsatser, både när det gäller mer eller mindre tvingande ekonomiska incitament och utformandet av en specifik insats. När det gäller integritet så diskuteras frågan hur information om en deltagares hälsotillstånd bör delas mellan arbetsmarknadsinsatsens olika aktörer, och hur denna information bör delges arbetsgivaren.

Faktaruta 1 Systemet GRADE för att bedöma resultatens tillförlitlighet

En systematisk översikt väger samman resultat från olika studier till exempel i en metaanalys. Sammanvägningen görs separat för varje utfall som utvärderas. Det sista steget i arbetet med den systematiska översikten är att bedöma hur tillförlitliga de sammanvägda resultaten är. SBU använder det internationellt utarbetade GRADE-systemet ([GRADE working group](#)) som ett stöd i bedömningarna. En viktig aspekt av GRADE är att alla bedömningar ska motiveras så att det är möjligt för läsaren att granska dem och göra sin egen värdering av tillförlitligheten.

Bedömningen av det sammanvägda resultatet med GRADE görs utifrån fem olika aspekter:

- sammanvägd risk för bias (snedvridning) för resultaten från de ingående studierna
- hur mycket resultaten i studierna motsäger varandra (bristande samstämmighet; engelska: inconsistency)
- i vilken utsträckning som förhållandena i de ingående studierna skiljer sig från översiktens inklusionskriterier (bristande överförbarhet; engelska: indirectness),
- hur stor den statistiska osäkerheten är i det sammanvägda resultatet (bristande precision; engelska: imprecision) samt
- hur stor risken är för snedvriden publicering av studier och resultat (engelska: publication bias).

När det vetenskapliga underlaget består av studier som inte är randomiserade tas även hänsyn till storleken på resultatet, eventuellt samband mellan dos och respons samt om tänkbara snedvridande faktorer (engelska: confounders) kan förväntas missgynna en intervention.

För en mer detaljerad beskrivning av GRADE hänvisas till Metodboken [2].

Tillförlitligheten klassificeras i fyra nivåer:

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

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

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

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

Måttlig tillförlitlighet betyder att vi bedömer resultatet som relativt tillförlitligt. Det är inte troligt att ytterligare forskning kan förändra bilden.

Låg tillförlitlighet betyder att det finns en osäkerhet i resultaten och det är möjligt att om nya studier tillkommer så kan det sammanvägda resultatet visa på andra resultat.

Innehållsdeklaration

Denna publikation innehåller:

- En eller flera systematiska översikter

SBU använder en noggrann process för att säkerställa att våra resultat är vetenskapligt väl underbyggda.

För den här rapporten har vi gjort följande:

Tagit fram ett vetenskapligt underlag tillsammans med externa sakkunniga:

- Gjort en strukturerad och uttömmande litteratursökning
- Granskat om studierna vi hittat är relevanta
- Granskat om det finns metodbrister i studierna som skulle kunna påverka resultaten och ge risk för snedvridning
- Vägt samman resultat från studier med låg eller måttlig risk för snedvridning
- Bedömt hur tillförlitligt det sammanvägda resultatet är

Följande personer har granskat och bedömt rapporten och dess resultat:

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

Rapportens slutsatser är godkända av SBU:s nämnd.

Patient- eller brukarorganisation har medverkat på följande sätt:

- Deltagit i en referensgrupp

1. Inledning

År 2020 fick SBU ett femårigt regeringsuppdrag. Det innebar att kunskapssammanställningar skulle genomföras inom området psykisk ohälsa utifrån identifierade kunskapsluckor, samt att Socialstyrelsen skulle bistås med kunskapsunderlag utifrån deras regeringsuppdrag inom området psykisk ohälsa. Psykisk hälsa har varit en prioriterad fråga för regeringen och en nationell strategi antogs 2016, med fem fokusområden för fem år framåt [3]. För närvarande pågår ett gemensamt arbete på 26 olika myndigheter med att ta fram ett underlag till en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Arbetet ska slutredovisas år 2023.

I SBU:s uppdrag ingår sedan år 2015 också att göra forskningssammanställningar om socialtjänsten som bland annat bedömer behov av insatsen ekonomiskt bistånd. En fråga om insatser för att komma i arbete har tidigare ställts från Socialstyrelsen när det gäller personer med försörjningsstöd.

1.1 Syfte

Syftet med denna rapport har varit att utifrån befintlig forskning utvärdera effekter av olika arbetsmarknadsinsatser för personer som befinner sig långt från arbetsmarknaden. En bred definition på detta är personer som är långtidssjukskrivna på grund av mild till måttlig depression, ångest eller reaktioner på svår stress och personer som har varaktigt kommunalt försörjningsstöd. I denna rapport redovisas resultat av sådana insatser för den ena gruppen, sjukskrivna personer, medan resultat för den andra gruppen, personer med försörjningsstöd, redovisas i en separat rapport [1].

1.2 Målgrupper

Rapporten riktar sig till beslutsfattare och andra berörda inom regioner, kommuner, SKR, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, arbetsgivare, fackliga organisationer och intresseorganisationer.

2. Bakgrund

Personer i arbetsför ålder som inte befinner sig på den reguljära arbetsmarknaden kan behöva samhällets stöd i form av arbetsmarknadsinsatser. En sådan grupp är personer med psykiatriska diagnoser som erhållit ersättning från Försäkringskassan en längre tid.

För de flesta vuxna människor innebär arbete meningsfulla uppgifter, ett socialt sammanhang och bättre ekonomiska villkor. Arbetet kan även ha betydelse för hälsan även om relationen mellan arbete och hälsa har beskrivits som dubbelriktad. Med det menas dels att friska personer kan ha lättare att få anställning, dels att arbetet i sig kan främja människans hälsa [4]. Arbetsplatsrelaterade friskfaktorer som har identifierats är till exempel anställningstrygghet, kontroll i arbetet och en balans mellan arbete och fritid [5]. Arbetslöshet har däremot visats vara relaterat till sämre upplevd livskvalitet samt symtom på ångest och depression [6] [7] [8].

2.1 Psykiatriska diagnoser och långtidssjukskrivning

Psykisk ohälsa är en vanligt förekommande benämning som omfattar såväl psykiska besvär som psykiatriska sjukdomstillstånd. Hensing och medarbetare (2021) har beskrivit olika grader av psykisk ohälsa; från tillfälliga och övergående besvär, till lindriga symtom som innebär besvär i olika grad men som inte uppfyller kriterier för en psykiatrisk diagnos, och slutligen symtom som svarar mot kriterier för en psykiatrisk diagnos. Författarna påtalar att de olika graderna av psykisk ohälsa inte är linjära i den mening att psykisk ohälsa som uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos kan uppkomma snabbt – utvecklingen behöver alltså inte föregås av lättare besvär. På samma sätt kan en individ ha lindriga eller ett fåtal symtom som inte uppfyller samtliga kriterier för en diagnos men som ändå påverkar välbefinnande och funktion. För en utförlig beskrivning och resonemang kring psykisk ohälsa, se Hensing och medarbetare ([Kapitel 1](#)) [9].

Psykisk sjukdom, till skillnad från psykiska besvär, innebär att symtomen sammantaget uppfyller kriterier för en diagnos. I internationell forskning kategoriseras ofta psykisk sjukdom utifrån tillstånd som är vanligt förekommande, så kallade Common Mental Disorders (CMD), vilket omfattar depression, ångesttillstånd och stressrelaterade diagnoser, eller allvarlig psykisk sjukdom (severe mental illness) som är tillstånd som innebär allvarliga symtom och omfattande funktionsnedsättning.

I denna rapport studeras de diagnoser som inryms i begreppet CMD; depression, ångesttillstånd och stressreaktioner⁶ [10] (Faktaruta 2).

⁶. Diagnoskoder: F32-34 (förutom F32.2-3, svår depression), F40-42 och F43 (förutom F43.1, PTSD)

Faktaruta 2 Diagnoskoder

F32. Depressiv episod

Vid typiska episoder med lindrig (F32.0), medelsvår (F32.1) eller svår (F32.2 och F32.3) depression ses sänkt stämningsläge, minskad energi och nedsatt aktivitetsnivå. Förmågan att glädja sig, uppleva intresse och koncentrera sig är nedsatt och det finns en uttalad trötthet även efter ett minimum av ansträngning. Sömnstörning och aptitförlust är vanligt förekommande. Självkänsla och självtillit är nästan alltid reducerad och även vid lindriga depressionsepisoder är skuld känslor eller ringhetsidéer ofta närvarande. Vid medelsvåra eller svåra depressioner varierar det sänkta stämningsläget föga från dag till dag eller som svar på händelser i omgivningen. Depressionen kan vara ledsagd av somatiska symtom såsom intresseförlust, glädjelöshet, uppvaknande flera timmar tidigare än normalt på morgonen, dygnsvariation där de depressiva symtomen är som värst på morgonen, uttalad psykomotorisk hämning eller agitation, aptitlöshet, viktörlust och nedsatt libido (*könsdrift*). Beroende på symtomens antal och allvarlighetsgrad kan en depressiv episod klassificeras som lindrig, medelsvår eller svår.

F33. Recidiverande depressioner

En störning som karakteriseras av återkommande depressiva episoder enligt definitionen under depressiv episod F32, men utan anamnes (*en sjukdoms förhistoria*) på oberoende episoder med förhöjt stämningsläge och ökad energinivå (mani). Det kan emellertid förekomma korta episoder med lätt förhöjt stämningsläge och överaktivitet (hypomani) omedelbart efter en depressiv episod, ibland utlösta av antidepressiv medicinering. De djupare formerna av recidiverande (återkommande) depressioner (F33.2 och F33.3) har mycket gemensamt med bipolär sjukdom, egentlig depression, endogen depression och vital depression. Den första episoden kan uppträda när som helst i livet, från barndomen till seniet (ålderdomen). Sjukdomsdebuten kan vara akut eller smygande och varaktigheten från veckor till många månader.

F34. Kroniska förstämningssyndrom

Varaktiga och ofta fluktuerande stämningsförändringar, där de individuella episoderna inte är tillräckligt uttalade för att kunna beskrivas som hypomana eller depressiva episoder av lättare grad. Då tillstånden varar i många år, ibland större delen av patientens vuxna liv, orsakar de avsevärt lidande och invaliditet. I några fall kan recidiverande eller enstaka maniska eller depressiva episoder uppträda i samband med ett kroniskt förstämningssyndrom

F40. Fobiska syndrom

En grupp störningar där ångest uppträder enbart eller företrädesvis i vissa väldefinierade situationer som inte innebär en reell fara. Som en följd av ångesten undviker patienten dessa situationer eller uthärdar dem med fasa. Patientens egen oro kan fokuseras på individuella symtom såsom hjärtklappning eller svimningskänslor och är ofta kopplad till en sekundär rädsla för att dö, mista kontrollen eller bli sinnessjuk. Blotta tanken på den fobiska situationen kan framkalla förväntningsångest. Fobisk ångest och depression uppträder ofta samtidigt. Om två diagnoser, fobisk ångest och depressiv episod, ska ställas, eller bara den ena, avgörs av tidsförloppet och av terapeutiska överväganden vid undersökningstillfället.

F41. Andra ångestsyndrom

Tillstånd där ångest är huvudsymtom och där ångesten inte är begränsad till särskilda situationer. Depressiva och obsessiva symtom (tvångsmässiga) samt ibland även vissa drag av fobisk ångest kan vara närvarande, förutsatt att de uppträder sekundärt eller är mindre uttalade.

F42. Tvångssyndrom

Tillståndet karakteriseras av återkommande tvångstankar eller tvångshandlingar. Tvångstankarna är idéer, föreställningar eller impulser som dyker upp i patientens medvetande gång på gång på ett stereotypt sätt. Tankarna är nästan alltid plågsamma och ofta försöker patienten stå emot dem, dock utan framgång. Tankarna upplevs som hans eller hennes egna, även om de är ofrivilliga och ofta motbjudande. Tvångshandlingar eller ritualer är stereotypa beteenden som upprepas gång på gång. Handlingarna är varken behagliga eller ändamålsenliga. Deras funktion är att förhindra någon av patienten befarad men objektivt sett osannolik händelse som skulle kunna vara till risk eller skada för patienten. Vanligtvis upplevs tvångshandlingar som meningslösa eller ineffektiva och patienten gör försök att stå emot att utföra dem. Ångest finns nästan alltid närvarande och förvärras om patienten står emot tvångshandlingarna.

F43. Anpassningsstörning och reaktion på svår stress⁷

Denna kategori skiljer sig från andra då den inkluderar störningar som karakteriseras inte bara av symtom och förlopp utan även inbegriper en av två orsaksfaktorer: 1) en exceptionellt traumatisk livshändelse som ger upphov till en akut stressreaktion, eller 2) en betydande förändring av livssituationen som medför en bestående försämring av livsvillkoren, vilket resulterar i en anpassningsstörning. Mindre uttalad psykosocial belastning eller stress av mindre allvarlig typ kan visserligen framkalla eller bidra till utvecklingen av många av de tillstånd som beskrivs i andra avsnitt i detta kapitel, men deras etiologiska betydelse (*orsak*) är inte alltid klar och i det enskilda fallet finns ofta en individuell, idiosynkratisk (*personlig*) sårbarhet; det vill säga belastningen har inte varit nödvändig eller tillräcklig för att förklara störningens uppkomst eller form. För denna kategori (F43) gäller emellertid att störningen ska vara en direkt konsekvens av akut, allvarligt trauma eller långvarig belastning. De traumatiska händelserna eller den långvariga

belastningen är den primära och dominerande orsaksfaktorn och utan någon av dessa skulle störningen inte ha uppstått. Störningarna i denna kategori kan betraktas som maladaptiva reaktioner på allvarlig eller kontinuerlig belastning då reaktionen interfererar (*blandas*) med ändamålsenliga anpassningsmekanismer och ger upphov till nedsatt social funktionsförmåga.

7. I denna rapport inkluderas inte F43.1 Posttraumatiskt stressyndrom, PTSD

I Sverige liksom bland de övriga OECD-länderna har majoriteten av de som drabbas av psykisk ohälsa en anställning. I Sverige är sjukskrivning på grund av depression, ångest och stressreaktioner de vanligaste sjukskrivningsdiagnoserna sedan 2014 för både män och kvinnor [11]. Det bör noteras att sjukskrivningsdiagnosen, det vill säga den diagnos som framgår av sjukintyget, inte alltid återspeglar hela sjukdomsbilden. Rätten till ersättning vid sjukdom utgår från bedömning av arbetsförmåga. Sjukskrivningsorsak vid psykisk sjukdom är således sådan psykisk diagnos som medför nedsatt funktions- och arbetsförmåga. Den totala kostnaden för psykiatriska sjukdomar i Sverige, såsom depression, ångestsyndrom, psykossjukdomar och personlighetsstörningar är ungefär 70 miljarder kronor per år. I summan ingår kostnader för hälso- och sjukvård, sjukförsäkring, produktivitsbortfall etcetera [12]. Inom OECD-länderna uppskattas att cirka 30 procent av de med psykiska symtom, exempelvis koncentrationssvårigheter, sömnproblem, nedstämdhet, oro, går in i en första – och för några den enda – sjukskrivningsperiod med intygsdiagnos med psykiatrisk diagnos. Av dem som gått in i en första sjukskrivningsperiod kommer 20 till 30 procent att ha återkommande sjukskrivningsperioder under sitt arbetsliv [12] [13]. Inom EU-länderna är sjukskrivning på grund av psykiska diagnoser de vanligaste diagnoserna för nya sjukfall och långa sjukfall.

Definitionen av vad som är att betrakta som långtidssjukskrivning, alternativt längre tids sjukskrivning, varierar mellan studier och även mellan länder. Inom forskning tillämpas en variation av så kallade tröskelvärden för att differentiera mellan kortare och längre tids sjukskrivning, från sju dagar upp till flera år [14]. Olika länders sjukförsäkringssystem kan förklara en del skillnader i definitioner i långtidssjukskrivning, till exempel är det endast möjligt att vara sjukskriven ett år i Norge.

Bland Sveriges befolkning i yrkesverksamma åldrar beräknas cirka 1,7 procent påbörja ett nytt sjukfall orsakat av nedsatt arbetsförmåga på grund av en psykiatrisk diagnos varje år. Incidensen speglar psykiatriska diagnoser, till exempel depression, ångest och stressrelaterad sjukdom samt svårare psykiatriska sjukdomar som psykos- eller bipolär sjukdom [11]. Av dessa återsjukskrevs 36 procent inom en treårsperiod [11]. Försäkringskassans analyser av sjukförsäkringsdata har visat en ökad andel sjukskrivna i psykiatriska diagnoser bland dem som är sjukskrivna 60 dagar och längre, samt att sannolikheten för att ett sjukfall avslutas med återgång i arbete är högst inom 60 dagar. I tidsintervallet 60 till 90 dagar sker en betydande minskning av sannolikheten för att sjukfallet avslutas med att den sjukskrivne återgår i arbete⁸. Eftersom det saknas en vedertagen definition av längre tids sjukskrivning har vi i föreliggande rapport utgått från Försäkringskassans analyser. Längre tids sjukskrivning definieras här som minst 90 dagars sjukskrivning [11] [12] [13] [14] [15]. Både i nya och

pågående sjukfall på grund av psykisk ohälsa är andelen högre bland kvinnor än män.

⁸. Personlig kommunikation med U. Lidwall

I en sammanställning från Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, (ESO) [16], om forskningen kring betydelsen av ekonomiska incitament, tidsgränser och kontroll för sjukfrånvaron beskriver författarna att tidsgränser, kontroll och minskade ersättningsnivåer alla minskar inflödet av nya fall till sjukförsäkringen. Detta innebär således att även skillnader i regelverk, arbetsmarknad och arbetsmarknadsinsatser kan påverka hur sjukförsäkringen används. I Sverige infördes tidsbegränsningar i sjukförsäkringen 2008, vilket fick till följd att en redan pågående nedgång i sjukfrånvaron förstärktes ytterligare. Den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen togs bort 2016 [17]. Ett annat exempel är Nederländerna, där förändringar i ersättningsystemet haft betydelse i att sänka sjukskrivningstalen. Där har arbetsgivare två års betalningsansvar för anställda som blir sjukskrivna. I Sverige har arbetsgivare motsvarande betalningsansvar två veckor. Sannolikt påverkar ett långtgående betalningsansvar, som i Nederländerna, arbetsgivarens inställning till att kontrollera arbetstagarens skäl till frånvaro samt att vid sjukdom genomföra arbetsplatsinriktade rehabiliteringsinsatser. Sannolikt kan det dock också öka selekteringen på arbetsmarknaden på så sätt att det försvårar anställning för personer med kroniska sjukdomar.

I avsnitt 2.2 definieras vad som menas med arbetsmarknadsinsatser och hur arbetet med arbetslivsinriktad rehabilitering är organiserat i Sverige.

2.2 Arbetsmarknadsinsatser i Sverige

Hälsa och arbetsförmåga är ett komplext tillstånd som samspelar med arbetsuppgifter och arbetsmiljö. Arbetsförmåga är ofta relaterad till individens arbetsuppgifter och den specifika arbetsmiljön. Arbetsförmågan kan också variera med individens känslomässiga tillstånd och trivsel på arbetet. Detta innebär att även regler kring tidsgränser och ekonomiska incitament för att uppbära sjukpenning kan påverka individers återgång i arbete. Arbetsmarknadsinsatser för sjukskrivna kan således definieras brett utifrån regelverk om exempelvis ersättning och hur uppdraget till hur myndigheternas ansvar för att få personer tillbaka i arbete är formulerat. I ett snävare perspektiv handlar arbetsmarknadsinsatser för sjukskrivna om specifika insatser som explicit syftar till att få tillbaka arbetsförmågan och som ingår i begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering.

Avsnitt 2.2.1 handlar om insatser inom ramen för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Här diskuteras hur arbetet med syfte att få tillbaka individer i arbete är organiserat. I avsnitt 2.2.2 presenteras särskilda insatser som kan definieras som arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser.

2.2.1 Organisation

2.2.1.1 Förstärkt samarbete och gemensam kartläggning

Försäkringskassan har uppdraget att samordna arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser och utöva tillsyn över de insatser som bedrivs inom rehabiliteringsverksamheten. Syftet med arbetslivsinriktad rehabilitering är att den som har arbetsoförmåga som en följd av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och ges förutsättningar att försörja sig genom förvärvsarbete. Tidigt i sjukfallet ska det tas fram en plan för återgång i arbete. I denna plan ska det sättas upp mål för när den försäkrade ska börja arbeta, oavsett om det gäller att gå tillbaka till det tidigare arbetet eller börja ett nytt. För arbetslösa är det Försäkringskassans uppdrag att ta fram en sådan plan medan arbetsgivaren har det ansvaret för sina anställda. En plan ska upprättas om personen förväntas vara sjukskriven minst 60 dagar.

Arbetslivsinriktad rehabilitering involverar huvudsakligen fyra aktörer: Försäkringskassan, arbetsgivare, företagshälsovård och Arbetsförmedlingen. Arbetsförmedlingen ansvarar för den arbetsmarknadspolitiska verksamheten som innehåller utredande, vägledande, rehabiliterande och/eller arbetsförberedande insatser⁹.

⁹ Hälso- och sjukvården ansvarar för medicinska och arbetslivsinriktad rehabilitering. I samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan benämns det förstärkta samarbetet. Det förstärkta samarbetet består av en gemensam kartläggning och aktiva insatser. Kartläggningen ska identifiera individens förutsättningar och behov. Vid den gemensamma kartläggningen träffar individen både arbetsförmedlare och personlig handläggare från Försäkringskassan (även andra aktörer kan delta, som exempelvis vårdgivare eller arbetsgivare). Gemensam kartläggning avslutas med att upprätta en plan för vilka insatser som behövs för att han eller hon ska kunna återgå i arbete. De aktiva insatserna kan vara arbetsförberedande (vägledningssamtal och gruppaktiviteter) eller arbetslivsinriktade. De arbetslivsinriktade insatserna är oftast förlagda till arbetsplatser, ofta i form av arbetspraktik och ibland i kombination med yrkesvägledning och/eller aktiviteter som stödjer arbetssökande. De arbetslivsinriktade insatserna kan ges av personal vid Arbetsförmedlingen eller upphandlas av andra aktörer. Det är viktigt att notera att Arbetsförmedlingen i regel inte är involverad när det gäller sjukskrivna som har en anställning.

2.2.1.2 Anställningsstöd

Arbetsförmedlingen kan erbjuda arbetsgivare lönesubventioner för att kompensera för den produktivetsförlust som den nedsatta arbetsförmågan medför (exempelvis lönebidrag). Lönebidrag ges ofta i en omfattning av 80 procent av den totala lönekostnaden men subventionen gäller bara den del av bruttolönen som når upp till ett visst tak (cirka 20 000 kr i månaden). Individer med aktivitetsersättning får i högre grad ett arbete med lönesubvention än de som har sjukpenning.

2.2.1.3 Rehabiliteringskedjan

Under arbetet med den gemensamma kartläggningen måste Försäkringskassan förhålla sig till den så kallade rehabiliteringskedjan som innehåller olika tidsgränser när beslut fattas om rätt till sjukpenning (rehabiliteringskedjan gäller endast de som har en anställning). Under de första 90 dagarna i sjukskrivningen bedöms om den sjukskrivne kan utföra sitt vanliga arbete (eller annat tillfälligt arbete) hos sin arbetsgivare. Efter 90 dagar ska bedömningen göras utifrån hänsyn om den sjukskrivne kan utföra något arbete alls hos arbetsgivaren. Efter 180 dagar görs bedömningen om den försäkrade kan försörja sig själv genom förvärvsarbete på hela den reguljära arbetsmarknaden. Före den 1 februari 2016 fanns även en bortre tidsgräns på 914 dagar. Det innebar att sjukpenningen i normalfallet upphörde efter denna tidsgräns, och att den försäkrade istället erbjöds att delta i det arbetsmarknadspolitiska programmet arbetslivsintroduktion (ALI) hos Arbetsförmedlingen [18].¹⁰

¹⁰. Det kan vara värt att notera regeringen har tillsatt en särskild utredare för att bland annat för att se över utformningen av tidsgränserna (SOU 2020:6)

2.2.1.4 Avstämningsmöte

Vid behov kan Försäkringskassan kalla till ett avstämningsmöte. Avstämningsmötet sker tillsammans med den försäkrade och minst en annan part som kan påverka situationen för den sjukskrivna (exempelvis arbetsgivaren, behandlande läkare, primärvård, representant från Arbetsförmedlingen och/eller företagshälsovården). Arbetsgivaren har ett rehabiliteringsansvar och ska se till att verksamheten är så organiserad att arbetsanpassning och rehabilitering kan fullgöras enligt arbetsmiljölagen och AFS 2015:4. Företagshälsovården ska tillhandahålla underlag för Försäkringskassans bedömning av arbetstagarens arbetsförmåga. Arbetsgivarens skyldighet är dock begränsad till åtgärder som syftar till att arbetstagaren ska kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren.

Sammanfattningsvis finns det ett antal arbetsmarknadsrelaterade insatser som är kopplade till det övergripande regelverket. Tidsgränser inom ramen för rehabiliteringskedjan, ersättningsnivåer, anställningsstöd och avstämningsmöten är alla komponenter som kan påverka återgång i arbete.

2.2.2 Arbetslivsinriktad rehabilitering

Arbetslivsinriktad rehabilitering (vocational rehabilitation) utgör en del av de insatser som görs för att hjälpa sjukskrivna – och personer med aktivitets- och sjukersättning – att återgå i arbete. Denna rehabilitering kan definieras på många sätt. Waddell, Burton och Kendall [19] gör en vid definition:

”Vocational rehabilitation is whatever helps someone with a health problem to stay at, return to and remain in work. It is an idea and an approach as much as an intervention or a service.”

Enligt denna definition omfattar arbetslivsinriktad rehabilitering således inte enbart åtgärder som underlättar återgång i arbete efter en tids sjukskrivning, däribland medicinska behandlingar och medicinsk rehabilitering, utan även insatser som förebygger sjukskrivning då hälsan har börjat svikta. På motsvarande sätt omfattar definitionen insatser för hållbar arbetsförmåga efter en sjukskrivning.

OECD anger ingen strikt definition av arbetslivsinriktad rehabilitering [20]. Socialförsäkringsutredningens slutbetänkande ”Mera försäkring och mera arbete” ger arbetslivsinriktad rehabilitering ett snävare innehåll [21]. Denna rehabilitering omfattar enligt betänkandet det stöd och de åtgärder som en individ behöver utöver den medicinska rehabiliteringen för att återfå sin arbetsförmåga och kunna återgå till sitt ordinarie arbete eller annat arbete (s.103 [21]). I socialförsäkringsbalken definieras arbetslivsinriktad rehabilitering som åtgärder som syftar till att en försäkrad som har drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete¹¹.

¹¹. Socialförsäkringsbalken 29 kap. §2.

2.2.2.1 Rehabiliteringsgarantin

Mellan 2008 och 2015 träffade regeringen och dåvarande Sveriges kommuner och landsting (SKL) ett antal överenskommelser om den så kallade Rehabiliteringsgarantin. Den inleddes med en medicinsk bedömning och ett klagörande om medicinsk rehabilitering skulle kunna hjälpa personen. Eventuell rehabilitering skulle påbörjas inom cirka åtta veckor. Rehabiliteringsgarantin omfattade medicinsk behandling och rehabilitering för personer med icke-specifika rygg- och nackbesvär samt personer med lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa. För personer med psykisk ohälsa erbjöd rehabiliteringsgarantin kognitiv beteendeterapi. För personer med icke-specifika rygg- och nackbesvär erbjöds en behandling med multimodal rehabilitering.¹²

¹². Effekter av Rehabiliteringsgarantin har analyserats av Hägglund, Johansson och Laun (2020) [18] men för en bredare population jämfört med målgruppen i vår studie. Deras resultat visar att KBT-behandling minskar sjukfrånvaron och läkemedelsförskrivningen för patienter som inte var sjukskrivna när behandlingen inleddes, men ökar antalet vårdbesök. För KBT-patienter som var sjukskrivna när behandlingen påbörjades fanns ingen effekt på sjukfrånvaro eller förskrivningar, men däremot en tillfällig ökning i antal vårdbesök i samband med behandlingen. Forskning generellt om KBT har i många fall visat positiva effekter på sannolikheten att återgå i arbete, men även negativa effekter påvisats i vissa studier (se referenser i Overland 2018).

2.2.2.2 Supported Employment och SIUS

Supported Employment är en arbetsrehabiliteringsmetod som kännetecknas av en inriktning mot tidig arbetsplatsplacering med stöd. Metoden introducerades i USA på 1980-talet och kom till Sverige i början på 1990-talet. Metoden går ut på att individen ska träna upp och utveckla sin arbetsförmåga på den arbetsplats där det tilltänkta jobbet finns. Strategin prioriterar därför att anskaffa arbete till deltagaren på ett tidigt stadium i rehabiliteringsprocessen. Arbetsförmedlingen tillämpar sedan 1993 Supported Employment i ett arbetsmarknadspolitiskt program: Särskilt introduktions- och uppföljningsstöd (SIUS). Arbetet utförs av arbetsförmedlare som har utbildning i metoden samt god kunskap om den lokala arbetsmarknaden. Hos Arbetsförmedlingen benämns de SIUS-konsulenter. Tillgång till SIUS-konsulent ges efter en inledande utrednings- och förberedelsestid, samt om det bedöms finnas behov även konsultation av specialist. Anskaffandet av ett anpassat arbete samt individuellt stöd i utförandet på arbetsplatsen är kärnan i Supported Employment. Deltagare kan förvänta sig att direkt matchas mot arbetsmarknaden. Om deltagaren kommer ut på en arbetsplats kan han eller hon förvänta sig stöd från SIUS-konsulenten tills dess att det fungerar bra på arbetsplatsen, alternativt att en ny arbetsplats ackvireras. SIUS-konsulenten ger stöd till både individen och arbetsgivaren.¹³

¹³ Fogelgren och medarbetare (2021) har effektutvärderat SIUS för unga personer med aktivitetsersättning. Målgruppen i deras studie har inget inklusionskriterium avseende diagnos och således en bredare population jämfört med vår litteraturstudie. Vid Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen utformades ett experiment som pågick under ett år mellan 2014 och 2015 i 25 kommuner runt om i landet. Sammanlagt deltog 1 062 individer. Fogelgren och medarbetare (2021) visar på tydligt positiva effekter av SIUS på sannolikheten att vara i arbete efter 18 månader och främst då subventionerat arbete [19].

2.2.2.3 IPS

IPS (Individual Placement Support) är en manualbaserad [22] insats som bygger på Supported Employment, men följer mer explicit åtta principer: 1) Alla personer med psykisk ohälsa som vill arbeta är berättigade oavsett om man i tidigare bedömningar inte ansetts vara redo att arbeta. 2) Konkurrenskraftig anställning är målet och tanken är att människor med psykisk ohälsa vill ha meningsfulla och vanliga jobb på den reguljära arbetsmarknaden. 3) Ett tvärvetenskapligt team tillhandahåller tjänster inom psykisk hälsa och yrkesutbildning. En IPS-anställningsspecialist ingår i ett tvärvetenskapligt team (psykiater, sjuksköterska, socialarbetare etc.) för att tillhandahålla integrerade tjänster. Teamet träffas regelbundet för att dela uppdateringar, planera och hjälpa varandra. Exempelvis när en deltagare börjar arbeta kan han eller hon behöva minska sin mediciner, hjälp med att planera mötestider, hjälp med att skaffa kläder för nya jobbet, och coachning på jobbet. Samtliga medlemmar i teamet hjälper till med detta. 4) Deltagaren får professionell rådgivning om hur arbetet påverkar individens inkomster och förmåner. 5) Deltagarens preferenser är centrala. Teamet respekterar alltid deltagarens önskemål om typ av jobb, och typ av stöd. Arbetet med deltagaren går ut på att man presenterar olika alternativ, diskuterar positiva och negativa aspekter med varje alternativ och tar hänsyn till deltagarens åsikter. Tanken är att en individ som går in i ett arbete han eller hon valt själv är benägen att vara nöjd, och vill behålla arbetet. 6) Processen med att söka arbete startar tidigt i insatsen. Vanligt inom traditionell arbetslivsinriktad rehabilitering är att individen erbjuds omfattande kartläggning, utbildning och träning i hur man söker arbete. Risker är att han eller hon hinner tappa intresset för att arbeta under sådana förberedelser. IPS spenderar därför minimal tid på bedömning och strävar efter målet att ansöka om ett jobb inom en månad. 7) Inom insatsen ser man till att man hittar arbete som matchar deltagarens intresseområden. 8) Teamet ger vid behov uppföljande stöd på arbetsplatsen.

IPS bedrivs bland annat av företaget MISA och kan upphandlas av Arbetsförmedlingen. IPS har oftast erbjudits till personer med svåra psykiska sjukdomar såsom schizofreni, bipolär sjukdom och svåra depressioner. Under senare år har ett antal studier breddat populationen till att inkludera exempelvis vanligare och lindrigare psykiska sjukdomar [23] [24] [25].

3. Metod

Detta avsnitt beskriver frågor, urvalskriterier och metod för rapporten.

Utförligare information om metoden finns i SBU:s metodbok [26]. Projektet har registrerats i International prospective register of systematic reviews (<https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO>) med id-nr: CRD42021235586.

3.1 Frågor

1. Vilka effekter har arbetsmarknadsrelaterade insatser på inträde i eller återgång till arbete för personer som är långvarigt sjukskrivna på grund av ångest, depression eller reaktioner på svår stress?
2. Vilka upplevelser och erfarenheter har personer av de arbetsmarknadsinsatser som de deltagit i?
3. Hur förhåller sig kostnaderna för de utvärderade insatserna till effekterna?
4. Vilka etiska aspekter och värden kan potentiellt aktualiseras vid användningen av de utvärderade insatserna och av rapportens resultat?

3.2 Metod för översikt av effekter på arbete och upplevd hälsa

3.2.1 Urvalskriterier

Population: Vuxna personer, 18 till 64 år, som är långvarigt sjukskrivna (≥ 90 dagar) med psykiatrisk diagnos eller har aktivitets- eller sjukersättning med en eller flera av följande diagnoser: Depression ICD-10 F32-34, ångeststörningar F40-42, anpassningsstörning och reaktioner på svår stress F43.

Interventioner: Arbetsmarknadsinsatser som förekommer, eller skulle kunna förekomma, i Sverige. Insatsen ska involvera arbetsgivare eller arbetsplats på något sätt. Det kan vara i form av att en chef är involverad i planering av återgång i arbete efter sjukskrivning eller anpassning av arbetet avseende arbetstider, uppgifter, arbetsgrupp med mera. Det kan också handla om insatser från aktörer såsom företagshälsovård, Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen.

Fyra möjliga typer av insatser definierades:

1. förberedelser (t.ex. arbetsprövning, jobbsökning, studievägledning)
2. utbildning
3. praktik på arbetsplats
4. övriga insatser, till exempel validering eller arbetslivsinriktad rehabilitering.

Jämförelsealternativ: Ingen insats, sedvanlig insats eller annan åtgärd.

Utfallsmått: I arbete eller tid i arbete (reguljär anställning eller inkomst/egenförsörjning), antal sjukskrivningsdagar eller utbildning (påbörjad eller slutförd). Sekundära utfallsmått: hälsomått såsom symtom på depression, sömn, ångest, stress, livskvalitet och arbetsförmåga.

Studiedesign: Alla studiedesigner var tänkbara, således både randomiserade och icke-randomiserade kontrollerade studier (RCT/NRSI) liksom kvasi-experimentella observationsstudier baserade på registerdata.

Uppföljningstid: Ingen avgränsning, men indelning i månader görs.

Språk: Engelska, svenska, norska eller danska.

Andra avgränsningar:

- Studier med fokus på nyanlända immigranter, personer med funktionsnedsättningsdiagnos eller allvarlig psykisk sjukdom (som svår depression, psykos, bipolaritet, funktionsnedsättningsdiagnos, posttraumatisk stressyndrom (PTSD) eller allvarlig schizofreni) exkluderas.
- Antal deltagare: ingen avgränsning, men minst 50 procent skulle utgöras av rätt population.
- Publikationsdatum: ingen avgränsning.

3.3 Metod för översikt av upplevelser

3.3.1 Urvalskriterier

Sammanhang: Arbetsmarknadsinsatser som förekommer eller skulle kunna förekomma i Sverige.

Perspektiv: Personer som varit långvarigt sjukskrivna med någon CMD-diagnos eller har aktivitets- eller sjukersättning.

Interventioner: Arbetsmarknadsinsatser som förekommer, eller skulle kunna förekomma, i Sverige. Insatsen ska involvera arbetsgivare eller arbetsplats på något sätt, eftersom tidigare forskning visat att arbetsplatsen måste vara involverad för att en medarbetare ska komma tillbaka i arbete på ett bra sätt [5]. Det kan vara i form av att en chef är involverad i planering av återgång i arbete efter sjukskrivning eller anpassning av arbetet avseende arbetstider, uppgifter, arbetsgrupp med mera. Det kan också handla om insatser från aktörer såsom företagshälsovård, Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen.

Jämförelse: Inget krav.

Utfall: Upplevelser och erfarenheter av arbetsmarknadsinsatsen (resultat) samt vägen fram till insats, exempelvis om utredningen, väntetiden (process). Data ska vara av kvalitativ natur, det vill säga bestå av texter från intervjuer eller observationer som beskrivs och tolkas.

Övriga avgränsningar: Studier med fokus på upplevelser av själva sjukskrivningen eller diagnosen exkluderas. Inga krav ställdes på att kvalitativa studier skulle utgöra en del av de studier som inkluderades i effektutvärderingen.

3.4 Process för urval av studier

3.4.1 Litteratursökning

En informationsspecialist utformade och genomförde systematiska litteratursökningar i samråd med projektets sakkunniga och projektledare. Stor vikt lades på att utforma breda och förutsättningslösa sökstrategier med syfte att fånga så många relevanta studier som möjligt. De sakkunniga kontrollerade, kompletterade och beslutade om sökstrategin. Sökstrategierna redovisas i sin helhet i [Bilaga 1](#). Litteratursökningarna utfördes i januari 2021 och uppdaterades i februari 2022. Sökningarna gjordes i följande internationella databaser:

- Medline (Ovid)
- Scopus (Elsevier)
- Ebsco Multi-Search (Psychology and Behavioral Sciences Collection; SocINDEX with Full Text; Academic Search Premier; ERIC)
- APA Psycinfo (Ebsco)
- Sociological Abstracts (ProQuest)

Kompletterande sökningar efter systematiska översikter, HTA-rapporter och svenskt material gjordes i följande databaser:

- Epistemonikos
- International HTA Database
- KSR Evidence

Därutöver kontrollerades referenser och citeringar både i relevanta översikter och inkluderade primärstudier.

3.4.2 Bedömning av relevans

Initialt granskade två projektledare vid SBU:s kansli, oberoende av varandra, de referenser som identifierades i litteratursökningarna utifrån titel och sammanfattningar. Denna första granskning syftade till att gallra bort uppenbart irrelevanta ämnen som turism, kirurgi etcetera. Därefter granskades titlar och sammanfattningar av två sakkunniga oberoende av varandra enligt de urvalskriterier som definierats. Gallringen gjordes i programmet Rayyan, där varje referens kan inkluderas eller exkluderas i enlighet med relevansbedömningen samt märkas med önskad information om innehåll, metod etcetera [27].

Studier till de referenser som inkluderats av minst en person beställdes och

granskades därefter i fulltext av två sakkunniga som oberoende av varandra bedömde om studierna uppfyllde urvalskriterierna. Slutligen granskades studierna av två projektledare med särskild inriktning på överensstämmelse med rapportens PICO och framför allt om interventionen motsvarade kravet på involvering av arbetsplats eller arbetsgivare. Eventuella oenigheter diskuterades till konsensus nåddes. Studier som exkluderats på grund av bristande samstämmighet med PICO listas i [Bilaga 2](#).

3.4.3 Bedömning av risk för bias

Nästa steg var bedömning av risk för bias i de studier som bedömts vara relevanta. För studier med kvantitativa data användes RoB2, en granskningsmall för randomiserade interventionsstudier [28]. Två sakkunniga granskade risken för bias per studie och relevanta utfallsmått, oberoende av varandra. Eventuella oenigheter i bedömningen löstes genom diskussion med ytterligare en eller två personer, alternativt med hela projektgruppen. Studier med låg eller måttlig risk för systematiska fel bedömdes vara tillräckligt välgjorda och inkluderades i resultatet. Studier med hög risk exkluderades och listas i Bilaga 2.

För studier med kvalitativa data användes en checklista för bedömning av metodbrister som utvecklats av SBU ([Bilaga 7](#)). Studierna granskades av två projektledare oberoende av varandra, följt av ett konsensusbeslut om graden av metodbrister.

3.5 Analys och syntes

3.5.1 Kvantitativa data

När de rapporterade utfallsmåtten bedömdes vara tillräckligt lika vägdes data från de enskilda studierna samman i metaanalyser. Vid minst tre studier planerade vi att använda Random effect- modellen för analyserna, men inga sådana analyser blev aktuella. Vid färre än tre studier använde vi Fixed-effectsmodellen om de studier som inkluderades i analyserna bedömdes vara tillräckligt lika varandra för att kunna sägas representera en gemensam population. I de fall det inte bedömdes vara lämpligt att väga samman data i metaanalyser, eller om data från de enskilda studierna var alltför otillräckligt rapporterade, genomfördes istället en syntes utan metaanalys.

För kontinuerliga utfallsmått beräknades medelvärdesskillnaden (eng. Mean Difference, MD) under förutsättning att samma mätinstrument användes i olika studier. I de fall studierna använt olika mätinstrument för samma utfallsmått gjordes en bedömning om hur väl mätmetoderna speglade det övergripande utfallsmåttet. Då resultat från olika mätinstrument vägdes samman beräknades en standardiserad medelvärdesskillnad (eng. Standardized Mean Difference, SMD), som anger effektstorleken i antal standardavvikelser.

För binära utfall beräknades vid behov oddskvot och Cohens d och NNT (number needed to treat) utifrån omräkning av rapporterade procentsatser till

absoluta tal. Programmet Review manager (RevMan) användes för metaanalyserna [29].

Där underlaget enbart utgjordes av en studie bedömdes rapporterade medelvärdesskillnader, effektstorlekar eller hasardkvoter.

3.5.2 Kvalitativa data

En kvalitativ tematisk analys har utförts med inspiration från Braun 2006 för att besvara denna rapports andra frågeställning som berör upplevelser och erfarenheter av arbetsmarknadsinsatser [30]. Resultatavsnitten lästes igenom för att få en övergripande bild av innehållet. Därefter inleddes en så kallad närläsning där meningsenheter identifierades genom att resultatavsnitten lästes rad för rad. I detta steg identifierades omkring 70 textavsnitt som bedömdes relevanta för rapportens kvalitativa frågeställning. I nästa steg lästes resultatavsnitt och de markerade textavsnittet igenom och gavs en kod som kortfattat beskrev innehållet. Antal uppgick till cirka 50 koder (t.ex. symtom, rädsla för ökade symtom, skuld och skamkänslor). Samtliga koder jämfördes avseende likheter och skillnader i innehåll. Koder med liknande innehåll sorterades och sammanfördes till tre teman och till respektive tema formulerades rubrik och text.

Samtliga artiklar rapporterar deltagarnas process att återgå i arbete, även om tre av de fem (Tabell 6.1) av studierna enbart har en datainsamling och saknar upprepade mätningar. För att belysa processen att återgå i arbete rubricerades temana i resultatpresentationen som "Före intervention", "Under intervention" och "Efter intervention".

Eftersom det primära utfallsmåttet i detta projekt var återgång i arbete har ingen syntes planerats för kvalitativa data. Dessa data betraktas som viktiga komplement till de kvantitativa data för att åskådliggöra deltagarnas upplevelser och erfarenheter av att delta i arbetsmarknadsinsatser, men är sekundära i denna utvärdering. Ingen bedömning har därför gjorts av resultatens tillförlitlighet enligt GRADE CERQual.

3.5.3 Bedömning av de sammanvägda resultatens tillförlitlighet

De sammanvägda resultatens tillförlitlighet bedömdes utifrån GRADE:s metod och etablerade domäner och principer. Det gäller både i de fall där det var möjligt att göra en metaanalys och i de fall där syntes utan metaanalys, liksom av resultat då det enbart finns en studie [26]. Enligt GRADE bedöms och graderas tillförlitligheten i resultaten i fyra nivåer: hög, måttlig, låg och mycket låg tillförlitlighet (Faktaruta 3.1).

Faktaruta 3.1 Systemet GRADE för att bedöma resultatens tillförlitlighet

En systematisk översikt väger samman resultat från olika studier till exempel i en metaanalys. Sammanvägningen görs separat för varje utfall som utvärderas. Det sista steget i arbetet med den systematiska översikten är att bedöma hur tillförlitliga de sammanvägda resultaten är. SBU använder det internationellt utarbetade GRADE-systemet (GRADE working group) som ett stöd i bedömningarna. En viktig aspekt av GRADE är att alla bedömningar ska motiveras så att det är möjligt för läsaren att granska dem och göra sin egen värdering av tillförlitligheten.

Bedömningen av det sammanvägda resultatet med GRADE görs utifrån fem olika aspekter:

- sammanvägd risk för bias (snedvridning) för resultaten från de ingående studierna
- hur mycket resultaten i studierna motsäger varandra (bristande samstämmighet; engelska: inconsistency)
- i vilken utsträckning som förhållandena i de ingående studierna skiljer sig från översiktens inklusionskriterier (bristande överförbarhet; engelska: indirectness),
- hur stor den statistiska osäkerheten är i det sammanvägda resultatet (bristande precision; engelska: imprecision) samt
- hur stor risken är för snedvriden publicering av studier och resultat (engelska: publication bias).

När det vetenskapliga underlaget består av studier som inte är randomiserade tas även hänsyn till storleken på resultatet, eventuellt samband mellan dos och respons samt om tänkbara snedvridande faktorer (engelska: confounders) kan förväntas missgynna en intervention.

För en mer detaljerad beskrivning av GRADE hänvisas till Metodboken [2].

Tillförlitligheten klassificeras i fyra nivåer:

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

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

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

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

Måttlig tillförlitlighet betyder att vi bedömer resultatet som relativt tillförlitligt. Det är inte troligt att ytterligare forskning kan förändra bilden.

Låg tillförlitlighet betyder att det finns en osäkerhet i resultaten och det är möjligt att om nya studier tillkommer så kan det sammanvägda resultatet visa på andra resultat.

3.6 Metod för översikt av ekonomiska utvärderingar

Syftet med översikten av ekonomiska utvärderingar var att ta fram ett underlag för att besvara frågan om hur kostnaderna för de utvärderade insatserna förhåller sig till effekterna, det vill säga frågan om insatsernas kostnadseffektivitet eller samhällsekonomiska lönsamhet. Ekonomisk utvärdering är ett brett begrepp som omfattar både kostnadseffektivitetsanalyser, i vilka effekterna uttrycks i termer av hälsa, och så kallade kostnadsintäktsanalyser (vanligen kallad CBA efter engelskans cost-benefit analysis), i vilka effekterna uttrycks i monetära termer (Faktaruta 3.2). Båda dessa analysformer kan vara aktuella för arbetsmarknadsinsatser. I tillägg till fullständiga ekonomiska utvärderingar var studier som beräknade kostnaderna för de aktuella insatserna också av intresse för översikten.

Faktaruta 3.2 Aktuella former av ekonomiska utvärderingar

Kostnadseffektivitetsanalys

En kostnadseffektivitetsanalys är en hälsoekonomisk analysmetod där kostnader och effekter av två eller fler insatser jämförs. Resultatet presenteras som en inkrementell kostnadseffektivitetsknot (ICER), som anger kostnaden per uppnådd effektenhet för den insats som utvärderas. Det finns olika typer av kostnadseffektivitetsanalys som använder olika utfallsmått. Det vanligast förekommande är kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs), ett mått på hälsa som väger samman livslängd och hälsorelaterad livskvalitet.

För att kunna avgöra om en insats kan anses kostnadseffektiv behöver den beräknade kostnadseffektivitetsknoten jämföras med ett så kallat tröskelvärde, som representerar gränsvärdet för vad som anses kostnadseffektivt.

Kostnadsintäktanalys (CBA)* (eng. cost-benefit analysis)

En analysmetod där värdet av effekterna av en insats ställs mot de kostnader den ger upphov till. Det som särskiljer CBA från kostnadseffektivitetsanalys är att effekterna värderas i monetära termer. En CBA syftar till att mäta och värdera alla konsekvenser av en insats, inklusive effekter på hälsa och välfärd. Om effekterna av en viss insats värderad i kronor är större än dess kostnad värderad i kronor sägs insatsen vara samhällsekonomiskt lönsam.

*Termerna "nyttokostnadsanalys" och "samhällsekonomisk analys" förekommer också [31] [32, 33]

3.6.1 Urvalskriterier

Urvalskriterier för population, intervention och kontrollintervention var desamma som i översikten av effekter på arbete och hälsa. Översikten avgränsades till ekonomiska utvärderingar och kostnadsstudier. För ekonomiska utvärderingar var de relevanta utfallsmåtten kostnad per effekt eller nettokostnad. För kostnadsstudier var relevant utfallsmått insatsens kostnad. Endast studier av insatser som tagits upp i effektutvärderingen inkluderades.

3.6.2 Process för urval av studier

3.6.2.1 Litteratursökning

Ingen separat sökning efter ekonomiska utvärderingar eller kostnadsstudier genomfördes i projektet. Projektets huvudsökning tillämpade inte någon avgränsning för vare sig utfallsmått eller studiedesign. Därför är ekonomiska utvärderingar och kostnadsstudier av arbetsmarknadsinsatser i den aktuella populationen en delmängd av den litteratur som identifierades i projektets huvudsökning.

3.6.2.2 Bedömning av relevans

Vid granskningen av de referenser som identifierades i projektets huvudsökningar märkte projektledare och sakkunniga upp ekonomiska utvärderingar och andra artiklar som potentiellt innehöll uppgifter om hälsoekonomiska aspekter eller kostnader. Projektets hälsoekonom granskade de uppmärskta artiklarna i fulltext och bedömde deras relevans utifrån de uppställda urvalskriterierna och i samråd med sakkunnig eller projektledare.

3.6.2.3 Bedömning av kvalitet och överförbarhet

De studier som bedömdes uppfylla urvalskriterierna granskades av två hälsoekonomer med stöd av SBU:s granskningsmallar för hälsoekonomiska studier. De individuella granskningarna följdes av en konsensusbedömning där studierna bedömdes ha hög, medelhög eller låg kvalitet baserat på hälsoekonomisk metodologi och hög, medelhög eller låg överförbarhet till svenska förhållanden.

3.6.3 Redovisning av resultat

Resultatet av översikten av ekonomiska utvärderingar redovisades i form av en sammanställning av de studier som bedömdes ha minst medelhög kvalitet och överförbarhet till svenska förhållanden.

Alla kostnadsuppgifter från litteraturen räknades om till svenska kronor år 2022 med hjälp av den metod som rekommenderas av The Cochrane and Campbell Economic Methods Group, det vill säga med PPPs (köpkraftsjusterade valutakurser) via [CCEMG - EPPI-Centre Cost Converter v.1.6](#).

3.7 Metod för praxisundersökning

För att undersöka vilka insatser som förekommer i Sveriges var avsikten att kontakta kommuner och regioner via SKR. Det var dock inte möjligt att genomföra en enkätundersökning på grund av den rådande pandemin under projekttiden.

Istället togs sonderande kontakter med berörda aktörer för att få viktig grundläggande information om dagsläge och praxis i Sverige. Därefter upprättades två referensgrupper med olika perspektiv. Eftersom frågan om återgång i arbete är gemensam för de båda populationer (personer med långvarigt försörjningsstöd respektive långvarigt sjukskrivna för depression, ångest eller reaktion på svår stress) som studeras i detta projekt upprättades inte två separata referensgrupper.

Den ena referensgruppen hade myndighets- och professionsperspektiv med representanter från Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Sveriges kommuner och regioner (SKR) Finsam (samordningsförbund för finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser) och Sveriges Företagshälsor. Den andra referensgruppen hade de berördas individernas perspektiv med representanter från brukarorganisationerna Riksföreningen Sveriges stadsmissioner och Riksförbundet för social och mental Hälsa (RSMH). RSMH är en organisation för personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa och deras närstående och bildades år 1967. RSMH har sedan 2018 ett pågående projekt om vad som underlättar återhämtning från psykisk ohälsa i arbetslivet, "Arbete trots psykisk ohälsa". Stadsmissionen, som bildades år 1853, är en idéburen organisation som arbetar för att lyfta frågor kring människor i utsatthet och bidra med social omsorg, utbildning och arbetsintegration. Till exempel erbjuder Stockholms stadsmission stöd för komma i eller tillbaka till arbete via

arbetsträning, praktik eller råd om hur arbete kan sökas.

Båda referensgrupperna bjöds in till två separata dialogmöten. Vid det första mötet per grupp, april till maj 2021, gavs information om projektet och deltagarna tillfrågades särskilt om relevansen av de insatser som projektet studerar ([Bilaga 6](#)). Respektive möte skedde digitalt och varade 1½ timma med tio personer med myndighetsperspektiv respektive två personer med klientperspektiv. Från SBU deltog den etiskt sakkunniga samt projektledare och administratör.

Vid det andra mötet, maj 2022, gavs muntlig information om preliminära resultat. Dessa möten skedde fysiskt den 9 maj och som hybridmöte 10 maj. Utifrån sina respektive perspektiv delgav man SBU sina erfarenheter, dels om insatserna både muntligt och skriftligt, dels om de båda populationerna.

Försäkringskassan publicerar officiell statistik över socialförsäkringen, bland annat om sjuk- och rehabiliteringspenning. Inga uppgifter har dock särredovisats för den grupp av personer som undersöks här. För att få en bakgrundsbeskrivning om förekomsten av långvarig sjukskrivning i Sverige för den aktuella populationen har Försäkringskassan kontaktats. Efter en dialog och formell beställning av statistik har Försäkringskassan tagit fram uppgifter på riksnivå om antalet unika individer som haft ett pågående sjukfall under minst 90 dagar för de aktuella diagnoserna (F32-F34, F40-F43), för de år som uppgifter finns. Dessutom erhöles motsvarande uppgifter om antalet individer som var sjukskrivna för övriga psykiatriska diagnoser (diagnoskod enligt ICD-10, F00 – F99 = Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar).

3.8 Metod för att undersöka etiska aspekter

Utgångspunkten för den etiska diskussionen har varit SBU:s vägledningar om identifiering av etiska aspekter för det sociala området respektive hälso- och sjukvård [34, 35], med visst fokus på den senare. Syftet med dessa vägledningar är att vid en beskrivning av potentiella etik- och värdekonflikter minska risken för att missa etiska aspekter av specifika insatser. Vägledningarna består av frågor som rör dels insatsens relation till målen för verksamheten, insatsens förenlighet med etiska värden och andra etiskt relevanta konsekvenser av densamma. Det är dock viktigt att notera att de arbetsmarknadsinsatser som här har studerats varken är renodlade hälso- och sjukvårdsinsatser eller insatser för det sociala området, varför vissa avsteg har gjorts från dessa mallar. I enlighet med SBU:s vägledning har etiska aspekter diskuterats i projektgruppen förutsättningslöst vid projektets start, och information har samlats in om berörda parter erfarenheter genom möten med representanter från berörda myndigheter och brukarorganisationer där den etiskt sakkunniga har medverkat.

Eftersom projektets huvudsakliga syfte har varit att utvärdera vilket vetenskapligt stöd som föreligger för att olika arbetsmarknadsinsatser bidrar till att personer kan komma i arbete, gjordes ingen särskild systematisk litteraturundersökning med avseende på de etiska aspekterna, men under gallringen av titlar och

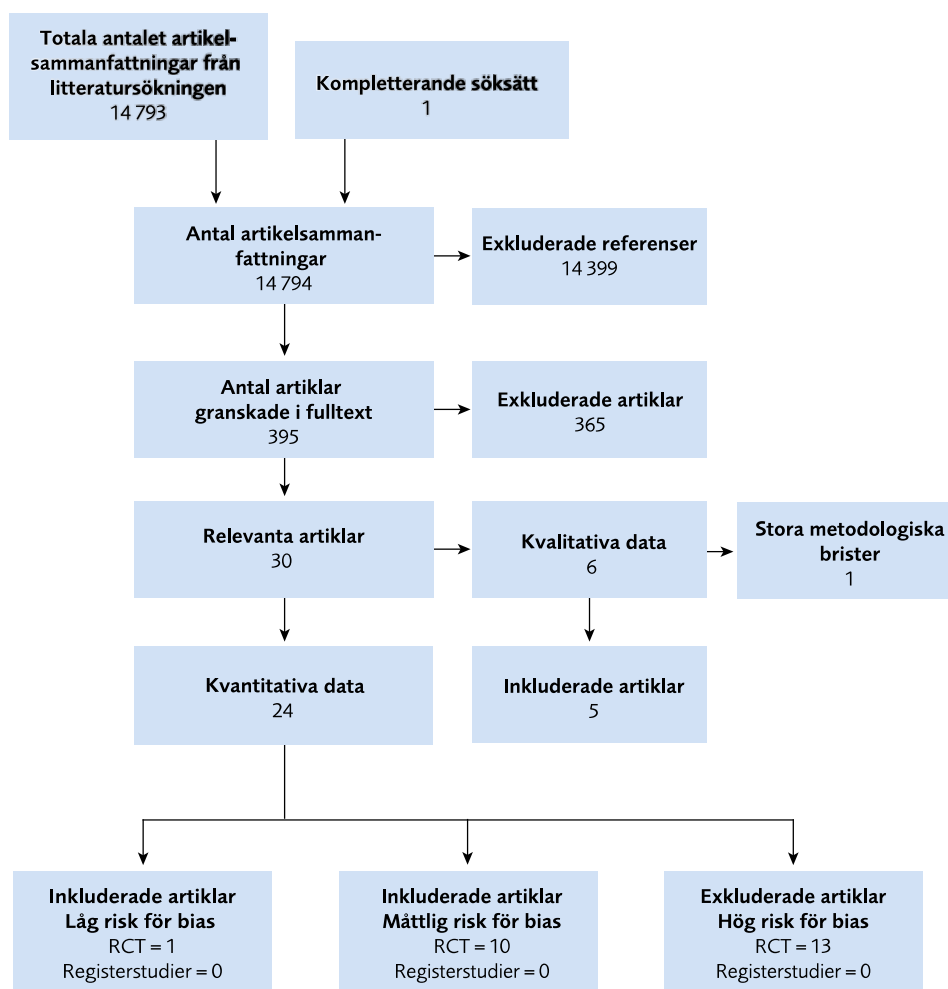
sammanfattningar märktes artiklar upp som möjligt intressanta ur ett etiskt perspektiv. De artiklar som det finns hänvisningar till i etikkapitlet är således en delmängd av den litteratur som identifierades i projektets huvudsökning. De studier som ingår i resultaten har granskats av projektets sakkunniga i etik. Den sakkunniga har också tagit del av samtliga resultat, det vill säga om effekterna, ekonomiska utvärderingar och kvalitativa data. De kvalitativa studierna uppmärksammar och adresserar oftare etiska aspekter och därför refereras oftare till dem i etikdiskussionen.

Det huvudsakliga syftet med den etiska diskussionen har varit att identifiera och reflektera kring etiska aspekter på insatserna och de potentiella etik- och värdekonflikter som finns, inte att ge en systematisk beskrivning av de etiska frågor och diskussioner som finns representerade i den vetenskapliga litteraturen. Den etiska diskussionen avser inte heller att ge en fördjupad etisk analys där man föreslår en lösning baserad på etisk teori, eller något motiverat ställningstagande för eller emot en insats där det finns potentiella etik- och värdekonflikter.

4. Urval av studier

Flödesschemat i Figur 4.1 visar antalet utvalda artiklar i olika steg där slutligen samtliga inkluderade relevanta kvantitativa studier var randomiserade och kontrollerade, RCT.

Figur 4.1 Flödesschema över urval av studier.



5. Resultat – Effekt på arbete och hälsorelaterade skattningar

Resultatet baseras på studier som gäller insatser med en gemensam nämnare, det vill säga att en arbetsplats på något sätt är involverad för att få den sjukskrivne tillbaka i arbete eller till utbildning. Trots det skiljer sig insatserna åt i de olika studierna och innefattar även rehabiliterande insatser av olika slag. Studierna har därför grupperats i tre huvudsakliga kategorier; beteendeterapi med involverad arbetsplats, teambaserat stöd med involverad arbetsplats samt IPS-anpassade insatser (Faktaruta 5.1). Inga arbetsmarknadsinsatser som olika typer av utbildning eller praktik identifierades. Samtliga inkluderade studier är RCT-studier.

Faktaruta 5.1 Insatser för långvarigt sjukskrivna med CMD (Common Mental Disorders)

Beteendeterapi med involverad arbetsplats

I dessa insatser har olika former av beteendeterapi inkluderats, exempelvis kognitiv beteendeterapi (KBT) eller Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Dessa terapiformer är utvecklade för att behandla symtom vid fysisk och psykisk ohälsa och öka allmän livskvalitet. I senare former har arbetsfokus lagts till i någon form för att möta upp behov relaterade till arbetsåtergång och arbetsplatsen, det vill säga de terapeutiska verktygen har kombinerats med fokus på arbetsförmåga och återgång i arbete. I de inkluderade insatserna ges beteendeterapeutiska behandlingar i kombination med att ha kontakt med den sjukskrivnes arbetsplats, exempelvis genom att behandlare och klient/patient tillsammans träffar närmaste chef för planering av arbetsåtergång i ett så kallat trepartssamtal. Insatserna kan även inkludera en arbetsgivarintervju inför trepartssamtalet med syfte att få arbetsledarens bild av hur den anställda fungerar på arbetsplatsen, vilka arbetsanpassningar som har prövats eller planeras.

Teambaserat stöd med involverad arbetsplats

Insatserna ges av ett team med olika yrkesgrupper med det gemensamma syftet att kartlägga den sjukskrivnes resurser och hinder för återgång i arbete och vara ett stöd i processen att återgå i arbete. I teamet kan olika yrkesgrupper ingå, och det är vanligt förekommande med företrädare från hälso- och sjukvård (t.ex. läkare, socionom, psykolog) samt koordinators med fokus på rehabilitering och arbetsåtergång. Ibland ingår även arbetsmarknadsspecialister. Involvering av arbetsplats kan ske på olika sätt beroende på graden av nedsatt arbetsförmåga eller om den sjukskrivne har en anställning eller inte. Studier har prövat exempelvis att team, den sjukskrivne och chef eller annan arbetsgivarföreträdare har ett så kallat trepartssamtal. Involvering av arbetsplatsen kan även ske genom att man vid arbetsplatsen får stöd från annan aktör att anpassa arbetsuppgifter.

Individanpassat stöd till arbete (Individual Placement and Support)

Individual Placement and Support (IPS) är arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser för personer med funktionsnedsättning. Arbetssättet växte fram i USA under 1980-talet för personer med allvarliga och långvariga psykiska sjukdomar. I början av 1990-talet väcktes intresset för metoden i Sverige och den används nu inom flera verksamheter.

Grundtanken är att alla människor med funktionsnedsättning kan arbeta på den öppna arbetsmarknaden om de bara hittar rätt arbete och rätt arbetsplats. Tanken är inte att hjälpa en person genom omfattande arbetsträning och successiv utslussning, utan att söka efter en arbetsplats som tar vara på personens motivation och intressen. Insatsen behöver därför inte föregås av bedömning av arbetsförmåga eller arbetsträning. Man betonar istället vikten av att snabbt komma ut i förvärvslivet. Att kunna få och behålla ett arbete är något som i sin tur antas leda till stärkt självbild och självkänsla. En särskild stödperson, IPS-coach, med specifik utbildning i metoden stödjer och vägleder klienten i att hitta och behålla ett arbete. IPS-coachen samordnar också arbetet med arbetsförmedling, försäkringskassa, psykiatri och socialtjänst.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderas IPS för personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd [36]. Metoden IPS har varit utgångspunkt för insatser som vidareutvecklats och anpassats för andra grupper av personer, som personer med bland annat ångest och depression, till exempel IPS Modified for People with Mood and Anxiety Disorders (IPS-MA) och Individual Enabling and Support (IES).

5.1 Sammanfattning av resultaten

Totalt identifierades åtta studier, publicerade i elva separata artiklar under åren 2015 till 2021. Tre studier var genomförda i Sverige, tre i Danmark, en i Norge och en i Nederländerna. Antalet deltagare varierade mellan 61 och 1 193 personer som var sjukskrivna i olika omfattning. Det totala antalet deltagare uppgick till 2 902 personer (totalt 70 % kvinnor). Andelen kvinnor varierade mellan 40 till 78 procent och medelåldern varierade mellan 34 och 46 år i de åtta studierna. Inga icke önskvärda bieffekter av insatserna har rapporterats i dessa studier om arbete, sjukskrivning, inkomst och självrapporterade hälsorelaterade tillstånd.

De huvudsakliga resultaten sammanfattas nedan per insatstyp i punktform som effekter på återgång i arbete, sjukskrivning, inkomst och självrapporterade upplevelser av olika hälsorelaterade tillstånd. Med uppföljningstid på kort sikt avses tid upp till tolv månader, med lång sikt avses tid upp till 24 månader och med längre sikt avses uppföljning under mer än 24 månader.

GRADE har använts för att bedöma det sammanvägda resultatets tillförlitlighet. Enligt GRADE bedöms och graderas tillförlitligheten i fyra nivåer: hög, måttlig, låg och mycket låg tillförlitlighet. Låg tillförlitlighet betyder att det finns en osäkerhet i resultaten och att det är möjligt att om nya studier tillkommer så kan det sammanvägda resultatet visa på andra resultat. Mycket låg tillförlitlighet innebär att det inte går att bedöma om resultatet stämmer (vad gäller GRADE, Faktaruta 3.1).

IPS-anpassade insatser

- Det går inte att bedöma effekten av IPS-anpassade insatser på *återgång i arbete*, eller upplevda symtom på *depression*, *ångest* eller *livskvalitet*, jämfört med sedvanliga insatser (mycket låg tillförlitlighet).

Beteendeterapi med involverad arbetsplats

- Kognitiv beteendeterapi med involverad arbetsplats leder möjligen till ökad *återgång i arbete* på kort sikt (6,2 procentenheter fler personer i arbete), jämfört med sedvanliga insatser eller ingen insats. För personer som varit sjukskrivna i ett år eller längre var effekten mer uttalad (17,5 procentenheter fler personer i arbete) (låg tillförlitlighet).
- Beteendeterapi med involverad arbetsplats minskar möjligen symtom på *depression* på kort sikt, jämfört med sedvanliga insatser (låg tillförlitlighet).
- Det går inte att bedöma effekten av beteendeterapi med involverad arbetsplats på *sjukskrivningstid* eller upplevd *livskvalitet*, jämfört med enbart KBT eller sedvanliga insatser (mycket låg tillförlitlighet).
- Beteendeterapi på upplevd *ångest* (mycket låg tillförlitlighet).

- KBT med involverad arbetsplats på *inkomst*, jämfört med sedvanliga insatser (mycket låg tillförlitlighet).
- KBT på *stress, utmattning eller sömnbesvär* (mycket låg tillförlitlighet).
- ACT på upplevd *arbetsförmåga*, jämfört med sedvanliga insatser (mycket låg tillförlitlighet).

Teambaserat stöd med involverad arbetsplats

- Teambaserat stöd leder möjligen till återgång i *arbete* på kort sikt (11,2 procentenheter fler personer i arbete), jämfört med sedvanlig insats (låg tillförlitlighet).
- Teambaserat stöd minskar möjligen symtom på *depression* på kort sikt, jämfört med sedvanlig insats (låg tillförlitlighet).
- Teambaserat stöd har ingen signifikant effekt på symtom på *ångest* eller upplevd *livskvalitet* på kort sikt, jämfört med sedvanliga insatser (låg tillförlitlighet).
- Det går inte att bedöma effekten av teambaserat stöd på symtom på *ångest, stress* eller *utmattning* samt upplevd *livskvalitet* eller *arbetsförmåga* på kort sikt (mycket låg tillförlitlighet).

5.2 IPS-anpassade insatser

Individanpassat stöd till arbete (Individual Placement and Support, IPS) är en insats som har utvecklats för personer med svår psykisk sjukdom, men som vidareutvecklats och anpassats för personer med ångest och depression. Två studier hade undersökt IPS.

Nedan beskrivs först studierna om IPS-anpassade insatser kortfattat (Avsnitt 5.2.1), då mer detaljerade beskrivningar finns i [Bilaga 3](#). Därefter följer texter om resultaten, det vill säga effekter per utfall. Dessa avsnitt innefattar även överväganden om hur resultaten bedömts (Avsnitt 5.2.2 och 5.2.3). Avslutningsvis finns en sammanfattande tabell med dels redovisningar av statistiska uppgifter om effekter av insatser per utfall, dels bedömningar av resultatens tillförlitlighet (Avsnitt 5.2.4).

5.2.1 Beskrivning av ingående studier

I två nordiska studier studerades IPS-anpassade insatser där arbetsplatsen involverats.

I en dansk studie (Hellstrom och medarbetare 2017) jämfördes metoden *Individual Placement and Support Modified for People with Mood and Anxiety Disorders* (IPS-MA) med sedvanliga insatser från så kallade ”job centers” (som motsvarar den svenska Arbetsförmedlingen, och erbjöd t.ex. kurser, rådgivning eller praktik). IPS-MA bestod av möten under 1 och 1,5 timme/vecka, där stöd gavs av en mentor. Stödet baserades på IPS-principer och innebar bland annat samordning av vårdkontakter, rådgivning om att söka arbete och kontakter med

arbetsgivare. Antalet och längden på mötena anpassades efter individens behov. Totalt deltog 326 personer som rekryterats via psykiatriska kliniker. Flertalet hade diagnosen depression, var sjukskrivna eller uppbar andra ekonomiska ersättningar. Uppföljningstiden var 12 och 24 månader för utfallen antal personer i arbete eller utbildning, skattad depression, ångest och livskvalitet [37].

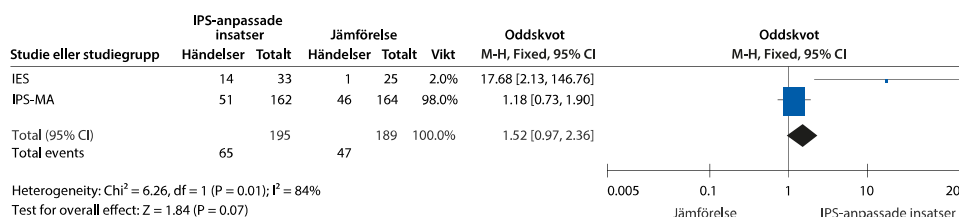
I en svensk studie (Beijerholm och medarbetare 2017) jämfördes metoden Individual Enabling Support (IES) som följde principerna i IPS med sedvanliga insatser från till exempel Arbetsförmedlingen eller Försäkringskassan. IES bestod av möten under en timme per vecka fram till personen kommit i arbete och därefter var mötena 20 minuter långa per vecka. Personerna deltog upp till ett år. Stöd gavs av en person som samordnade kontakter med primärvård, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Stödet gavs stegvis i form av motiverande samtal, yrkesplanering, information om hur arbete söks och avslutningsvis stöd när personen kommit i arbete. De sedvanliga insatserna var mindre individanpassade och gavs vanligen i flera steg. Först var fokus på att minska symtom och öka arbetsförmågan följt av bedömning av arbetsförmåga, kommunal arbetsträning (5–20 timmar/vecka) samt/eller kommunal praktik (20–40 timmar/vecka). Totalt deltog 58 personer som rekryterats från primärvården i Skåne. Flertalet hade diagnosen depressiva episoder och uppbar någon form av sjukersättning. Uppföljningstiden var tolv månader för utfallen antal personer i anställning, skattad depression och livskvalitet [38].

5.2.2 Effekt på arbete

När det gäller IES fanns en positiv effekt på återgång i arbete [38], men inte för IPS-MA på kort sikt (12 månader) [37]. Sammantaget visar resultaten inte någon signifikant skillnad jämfört med sedvanliga insatser (Figur 5.1). Inte heller på längre sikt kunde någon effekt påvisas på återgång i arbete eller till utbildning av IPS-MA (24 månader).

De två studierna av något olika anpassade varianter av IPS bedöms ändå vara tillräckligt lika, liksom övriga förhållanden även om det finns skillnader i socialförsäkringsvillkoren i Sverige och Danmark. Det breda konfidensintervallet för IES kan bero på få deltagare som innebär att precisionen blir mycket låg. Det sammantagna resultatet visar ingen signifikant effekt av IPS-anpassade insatser på återgång i arbete efter 12 månader jämfört med sedvanligt stöd, trots att bägge studierna indikerar en positiv riktning. Det går därmed inte att bedöma effekten på arbete efter IPS-anpassade insatser.

Figur 5.1 Effekt på antal personer som återgått i arbete eller till studier, jämförelse mellan IPS-anpassad insats och sedvanliga insatser efter 12 månader, oddskvot (IES Bejerholm och medarbetare 2017 [38]); IPS-MA, Hellström och medarbetare 2017 [37]).



5.2.3 Effekt på upplevd hälsa

Upplevd hälsa undersöktes med hjälp av olika skattningsskalor.

För skattningar av ångest (Hamilton Anxiety 6-Item Scale [39]), depression (Hamilton Depression 6-Item Scale [39, 40], Montgomery-Åsberg Depression Self Rating Scale, MADRS-S [41]), både ångest och depression (Four-Dimensional Symptom Questionnaire [42], Hospital Anxiety Depression Scale [43]), stress (Perceived Stress scale [44]), sömn (Basic Nordic Sleep Questionnaire, BNSQ) [45]) och utmattning (Shirom-Melamed Burnout Questionnaire, SMBQ-22 [46]) innebär ett högre värde en svårare upplevd grad av besvär.

För livskvalitet innebär ett högre värde en bättre upplevd livskvalitet i instrumenten Manchester Short Assessment of Quality of Life, MANSA [47], The EuroQOL five dimensions questionnaire, EQ-5D [48], Short Form Health Survey, SF-36 [49] och Satisfaction With Life Scale SWLS [50]. Även för arbetsförmåga det vill säga innebär ett högre värde bättre upplevd arbetsförmåga (The Work Ability Index, WAI [51] och Work and Social Adjustment Scale, WSAS [52]).

5.2.3.1 Skattad depression

I de båda studierna redovisades självskattningar av depression utifrån olika skalor. Ingen signifikant effekt av insatsen IPS-MA kunde visas varken efter 12 eller 24 månader (Hamilton Depression 6-Item Scale, HDIS) jämfört med sedvanligt stöd [37]. Däremot minskade depressiva symtom efter insatsen IES för interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen efter 12 månader (Montgomery-Åsberg Depression Self Rating Scale, MADRS-S) [38].

Flera brister har noterats i studierna såsom låg svarsfrekvens, att skillnaden mellan gruppen som fått respektive inte fått insatsen inte analyserats utan det redovisas bara vad som hänt inom respektive grupp samt bristande samstämmighet mellan studiernas resultat. Det går därmed inte att bedöma effekten av IPS-anpassade insatser på symtom på depression, varken efter 12 eller 24 månader.

5.2.3.2 Skattad ångest

För insatsen IPS-MA redovisades även självskattningar av ångest [39] (Hamilton Anxiety 6-Item Scale, HAIS) där ingen signifikant effekt av interventionen kunde visas varken efter 12 eller 24 månader, jämfört med sedvanliga insatser [37].

Det är bara en studie där antalet deltagare var under 300 på grund av bortfall vilket kan göra att precisionen inte blir så god. Det går därmed inte att bedöma effekten av IPS-MA på symtom på ångest upp till 24 månader.

5.2.3.3 Skattad livskvalitet

För insatsen IES redovisades självskattningar av livskvalitet (Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) där förbättrad livskvalitet rapporterades för interventionsgruppen men inte för jämförelsegruppen efter 12 månader. Ingen jämförelse är gjord mellan undersökningsgrupperna [38]. Därtill är det en liten studie med få deltagare, 56 personer. Det osäkra resultatet gör att det inte går att bedöma effekten av IES på livskvalitet efter 12 månader.

5.2.4 Sammanvägda resultat och bedömning av tillförlitlighet

De sammanvägda resultaten för IPS-anpassade insatser och deras tillförlitlighet sammanfattas nedan i Tabell 5.1.

Tabell 5.1 IPS-anpassade insatser: sammanfattning av resultat och deras tillförlitlighet för återgång i arbete och hälsomåttén depression, ångest och livskvalitet.

Utfallsmått	Antal deltagare (Antal studier)	Effekt (oddskvot, konfidensintervall, procent, medelvärdeskillnad, standardfel, inom grupp-skillnad)	Resultatets tillförlitlighet	Avdrag	Kommentar
Arbete	N= 384 (2 RCT) [37] [38]	Oddskvot (95% KI) 1,52 (0,97–2,36) Andel i anställning, %: IPS-MA Interventionsgrupp = 44,2 Kontrollgrupp = 38,7 IES Interventionsgrupp = 42,2 Kontrollgrupp = 4,0	Mycket låg	Precision –2 ^a Överförbarhet –1 ^f	Det går inte att bedöma effekten på arbete efter IPS-anpassad insatser efter 12 månader, jämfört med sedvanliga insatser
Skattad depression	N= 285 (2 RCT) [37] [38]	Medelvärdeskillnad = 0,27, SE= 0,45, p=0,23 (HDIS, range 0–26) Inomgruppsskillnad = z=2,14, p=0,03 (MADRS-S, range 0–54)	Mycket låg	Bias –2 ^{b, c} Precision –1 ^a	Det går inte att bedöma effekten av IPS-anpassad insatser på symtom på depression efter 12 månader
Skattad ångest	N= 229 (1 RCT) [37]	Medelvärdeskillnad = 0,66, SE= 0,48, p=0,13 (HAIS, range 0–26)	Mycket låg	Bias –1 ^{b, c} Överförbarhet –1 ^e	Det går inte att bedöma effekten av IPS-MA på symtom på ångest upp till 24 månader, jämfört med sedvanliga insatser
Skattad livskvalitet	N= 56 (1 RCT) [38]	Inomgruppsskillnad interventionsgrupp: z= –3,19, p=0,001 Kontrollgrupp: z= –1,05, p=0,239 (MANSA, range 12–84)	Mycket låg	Bias –2 ^{c, d} Överförbarhet –1 ^e	Det går inte att bedöma om IES påverkar livskvalitet efter 12 månader

HAIS= Hamilton Anxiety 6-item scale; **HDIS** = Hamilton Depression 6-Item Scale; **HADS** = Hospital Anxiety Depression Scale; **IES** = Individual Enabling Support; **IPS-MA**= Individual Placement and Support for people with Mood and Anxiety disorders; **KI**= konfidensintervall; **MADRS-S** = Montgomery Åsberg Depression Self Rate Scale; **MANSA** = Manchester Short Assessment of quality of life; **N**= antal deltagare ;**RCT**= randomised controlled study (trial);

^a Stort konfidensintervall
^b Låg svarsfrekvens
^c Bristande rapportering, inomgruppsanalys i Bejerholm
^d Få deltagare
^e Bara en studie
^f Ingen signifikant effekt

5.3 Beteendeterapi med involverad arbetsplats

Olika former av beteendeterapi har kombinerats med involvering av arbetsplats, Kognitiv beteendeterapi (KBT) och Acceptance and commitment therapy (ACT). Fyra studier hade undersökt den här typen av insats.

Nedan beskrivs först kortfattat studierna om olika former av beteendeterapi med involvering av arbetsplats (Avsnitt 5.3.1). Mer detaljerade beskrivningar finns i [Bilaga 3](#). Därefter följer texter om resultaten, det vill säga effekter per utfall. Dessa avsnitt innefattar även överväganden om hur resultaten bedömts (Avsnitt 5.3.2 till 5.3.5). Avslutningsvis finns en sammanfattande tabell där statistiska uppgifter om effekter av insatser redovisas per utfall samt bedömningar av resultatens tillförlitlighet (Avsnitt 5.3.6).

5.3.1 Beskrivning av ingående studier

I sju artiklar baserade på fyra skandinaviska studier studerades två former av beteendeterapi i kombination med involvering från arbetsplatsen. Tre studier undersökte effekter av kognitiv beteendeterapi (KBT) [53-58] och en studie undersökte effekter av Acceptance and Commitment Therapy (ACT) [59].

I en norsk studie (Overland och medarbetare 2018, Reme och medarbetare 2018) jämfördes arbetsfokuserad KBT (upp till 15 sessioner), samt stöd från ett team, med sedvanligt stöd från antingen Norwegian Labor and Welfare Administration (NAV) eller andra aktörer inom hälso- och sjukvård. Insatsen (At Work and Coping) som gavs individuellt följde principerna för IPS där fokus var på arbetssituationer och deltagande i arbete var en del av den terapeutiska processen. Totalt deltog 1 193 personer med självrapporterade besvär av ångest eller depression där cirka 40 procent var helt sjukskrivna, cirka 15 procent var deltidssjukskrivna, drygt 20 procent fick ersättning för mer långvarig sjukdom (>1 år), cirka 15 procent var i arbete och knappt 10 procent var arbetslösa. Uppföljningstiden var tolv månader för utfallen ökad eller bibehållen arbetad tid, inkomst, ångest, depression och livskvalitet [55] [56].

I en svensk studie (Salomonsson och medarbetare 2020, Salomonsson och medarbetare 2017) jämfördes en kombinerad insats med både KBT och arbetsinriktad insats (tre sessioner med fokus på tidig och gradvis återgång i arbete, resterande sessioner enligt diagnos, totalt 10 till 25 sessioner) med enbart KBT (8 till 20 diagnosanpassade sessioner). Totalt deltog 211 personer där flertalet hade symtom på utmattning, varit sjukskrivna mellan en till sex månader (på halv- eller heltid) och som rekryterats från primärvård. Uppföljningstiden var 12 månader för utfallen antal sjukrivningsdagar och utmattning [57] [58].

I en dansk studie (Dalgaard och medarbetare 2017a, Dalgaard och medarbetare 2017b) jämfördes arbetsinriktad KBT (sex sessioner med gradvis kontakt med arbetsplats) under 16 veckor med en grupp som fick en klinisk undersökning men ingen annan insats. Insatsen inkluderade också möten på arbetsplatsen för att diskutera anpassning av arbetet, till exempel om nivån på arbetsbelastningen

eller oklara yrkesroller. Totalt deltog 163 personer som var sjukskrivna (flertalet på heltid) för arbetsrelaterad stress. Uppföljningstiden var tio månader för utfallen antal sjukskrivningsveckor, stress och sömnbesvär [53] [54].

I en svensk studie (Finnes och medarbetare 2019) jämfördes bland annat ACT, inklusive dialog med arbetsplatsen vid nio möten, med sedvanlig rehabilitering från hälso- och sjukvården eller socialtjänst. Dialogen med arbetsplatsen skedde stegvis med syfte att komma överens om både kort- och långsiktiga lösningar för att främja återgång i arbete. Totalt deltog 352 personer som var sjukskrivna i olika omfattning (flertalet på halv- eller heltid) för främst anpassningsstörning eller depression. Uppföljningstiden var nio månader för utfallen antal sjukskrivningsdagar, ångest, depression, stress, livskvalitet och arbetsförmåga [59].

5.3.2 Effekt på arbete

KBT ökade andelen personer som ökat eller bibehållit sin arbetade tid. Efter 12 månader var det 6,2 procentenheter fler som kom i arbete (eller ökade sin arbetstid) i interventionsgruppen jämfört med de som fick sedvanligt stöd.¹⁴ Motsvarande skillnad efter 18 månader är 7 procentenheter. Effekten av insatsen var mer uttalad för personer som varit sjukskrivna minst 12 månader, både efter 12 och 18 månaders uppföljningsperiod. Efter 12 månader var det 7,4 procentenheter fler som kom i arbete i interventionsgruppen och efter 18 månader var 17,8 procentenheter fler i arbete [56]. Resultaten var statistiskt signifikanta.

¹⁴ Skillnaden är justerad för individegenskaper. Andelen i arbete för kontrollgruppen är 37,2 procent, vilket innebär att andelen i arbete för interventionsgruppen är drygt 16 procent högre jämfört med kontrollgruppen (den ojusterade skillnaden är 6,9 procentenheter). Baserat på skillnaden på 6,2 procentenheter är NNT-måttet 16 vilket innebär att 16 personer behöver få insatsen för att ytterligare en person ska komma i arbete.

En arbetsinriktad KBT under 16 veckor ökade sannolikheten att återgå i arbete med 44 procent, i jämförelse med enbart klinisk undersökning vid 10 månaders uppföljning (44 veckor) men effekten är inte statistiskt signifikant [53].

Insatserna kan förekomma i Sverige och bedöms vara tillräckligt lika för att göra en syntes utan metaanalys av dessa studier. I studien av Dalgaard har skillnaden i sannolikheter i arbete mellan behandling och kontrollgrupp beräknats med hjälp av så kallade hasardkvoter [53]. Det innebär att beräkningarna görs endast för de deltagare som efter 10 månader inte lämnat studien för arbete. På så sätt finns det risk att behandlingsgruppen och kontrollgruppen inte längre är statistiskt jämförbara. En annan svaghet är de stora konfidensintervallen. Båda studiernas resultat pekade i positiv riktning jämfört med sedvanliga insatser, men effekten var signifikant enbart för den större studien. Det är möjligt att KBT med arbetsplatsanknytning har en positiv effekt, det vill säga kan leda till återgång i arbete upp till 12 månader. För personer sjukskrivna längre än ett år är effekten större.

5.3.3 Effekt på sjukskrivning

Vid en uppföljning efter tolv månader av en kombinerad insats med både KBT och arbetsinriktad insats hade det genomsnittliga antalet sjukskrivningsdagar minskat med nio dagar jämfört med enbart KBT [58].

För ACT med tillägg av dialog med arbetsplatsen rapporterades ytterligare två sjukskrivningsdagar efter nio månader vid jämförelse med sedvanlig rehabilitering [59].

Insatserna bedöms vara tillräckligt lika för att göra en syntes utan metaanalys av dessa två svenska studier (Salomonsson och medarbetare 2017; Finnes och medarbetare). Men jämförelsegrupperna skiljer sig åt, konfidensintervallen är stora och resultaten pekar i olika riktning. Det medför att det inte går att bedöma effekten av beteendeterapi med arbetsplatsanknytning på sjukskrivning.

5.3.4 Effekt på inkomst

I den norska studien om effekter av KBT (Overland och medarbetare) redovisades också årlig inkomst i norska kronor. Resultaten visade att interventionsgruppen hade en något högre genomsnittlig årsinkomst tre år efter insatsen jämfört med kontrollgruppen som fick sedvanliga insatser. Motsvarande resultat visades för en subgrupp med särskilt långvarig sjukskrivning [55].

Skillnaderna var dock inte statistiskt signifikanta för någon av grupperna och standardfelet är stort. Det går därmed inte att bedöma effekten på inkomsten av KBT med arbetsplatsanknytning tre år efter insatsen jämfört med sedvanlig insats.

5.3.5 Effekt på upplevd hälsa

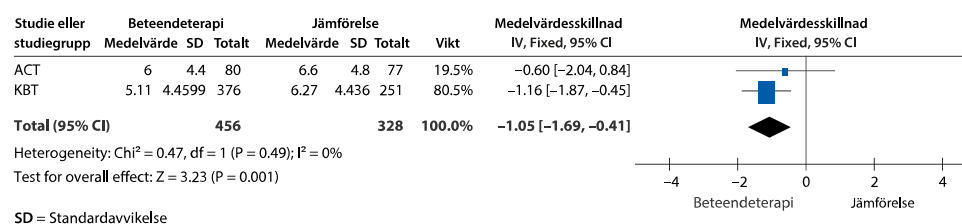
5.3.5.1 Skattad depression

I två studier (Reme och medarbetare, Finnes och medarbetare) redovisades skattningar av depression med skattningsskalan Hospital Anxiety Depression Scale (HADS). Minskade symtom rapporterades både för arbetsinriktad KBT efter ett år [56] och för insatsen ACT kombinerat med arbetsinriktad insats efter nio månader [59] (Figur 5.2). Skillnaden mellan undersökningsgrupperna var statistiskt signifikant. Gränsvärden för HADS anger att värden mellan 0 och 7 motsvarar ingen depression, medan värden över 20 innebär måttlig eller svår depression. Effekten här bör ses mot bakgrund av att de genomsnittliga skattningarna för båda undersökningsgrupperna ligger inom spannet för ingen depression. Dessa publikationer innehåller ingen information om eventuell läkemedelsbehandling.

Interventionerna skiljer sig något åt, men har ändå bedömts vara tillräckligt lika för att resultaten ska kunna ingå i en metaanalys. Det relativt stora konfidensintervallet och ett visst bortfall är svagheter. Bedömningen är att

beteendeterapi med arbetsplatsanknytning möjligen kan minska symtom på depression upp till tolv månader, jämfört med sedvanlig insats.

Figur 5.2 Medelvärdesskillnader i skattade depressionssymtom (HADS) för ACT efter 9 månader (Finnes [59]) respektive för KBT efter 12 månader (Reme [56]). Här har rapporterat medelfel räknats om till standardavvikelse).

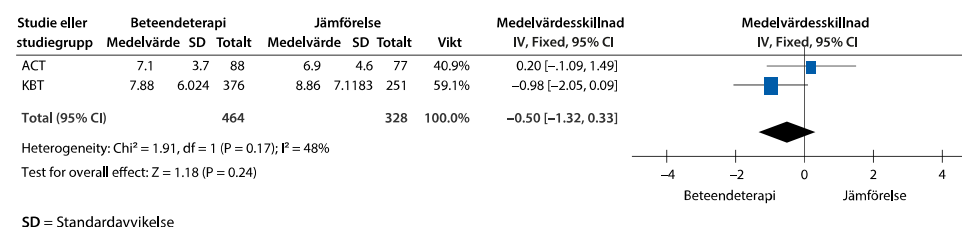


5.3.5.2 Skattad ångest

I samma studier redovisades skattningar av ångest med Hospital Anxiety Depression Scale (HADS). En viss minskning i symtom rapporterades för arbetsinriktad KBT efter ett år [56], men inte för insatsen ACT kombinerat med arbetsinriktad insats. Uppföljningstiden var i det sista fallet nio månader [59] (Figur 5.3).

Interventionerna skiljer sig något åt, men har ändå bedömts vara tillräckligt lika för att resultaten ska kunna ingå i en metaanalys. Resultaten pekar i något olika riktning vilket ger heterogenitet. Effekten är inte statistiskt signifikant och konfidensintervallet är relativt stort vilket är en svaghet. Det innebär att det inte går att bedöma om beteendeterapi med arbetsplatsanknytning kan minska symtom på ångest upp till tolv månader jämfört med sedvanlig insats.

Figur 5.3 Medelvärdesskillnader i skattade ångestsymtom (HADS) för ACT efter 9 månader (Finnes) respektive för KBT efter 12 månader (Reme) (här har rapporterat medelfel räknats om till standardavvikelse).

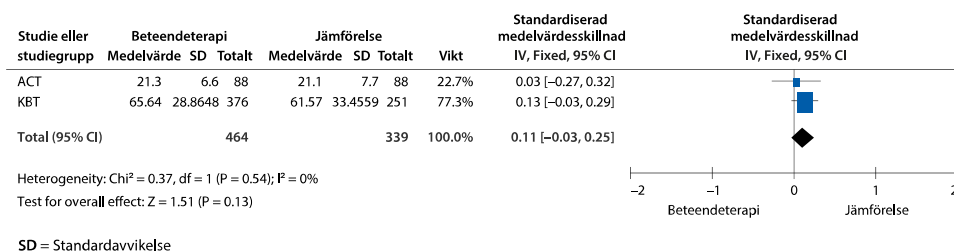


5.3.5.3 Skattad livskvalitet

Samma studier redovisade även skattningar av livskvalitet med två olika skalor. Resultatet visar inte på någon tydlig effekt på upplevd livskvalitet, varken för arbetsinriktad KBT efter ett år (The EuroQOL Five Dimensions Questionnaire, EQ-5D) [56], eller för insatsen ACT kombinerat med arbetsinriktad insats efter nio månader (Satisfaction With Life Scale, SLS) (Figur 5.4) [59].

Interventionerna skiljer sig något åt, men har ändå bedömts vara tillräckligt lika för att resultaten ska kunna ingå i en metaanalys. Den indikerade positiva effekten är liten, men inte statistiskt signifikant. Det medför att det inte går att bedöma effekten av beteendeterapi med arbetsplatsanknytning på livskvalitet jämfört med sedvanliga insatser, efter upp till tolv månader.

Figur 5.4 Standardiserade medelvärdesskillnader i skattad livskvalitet (EQ-5D och SLS) för ACT efter 9 månader (Finnes [59]) respektive KBT efter 12 mån (Reme) [56].



5.3.5.4 Skattad stress

En studie (Dalgaard och medarbetare 2017a) redovisade upplevd stress (Perceived Stress Scale, PSS-10) för arbetsinriktad KBT, men ingen skillnad kunde visas mellan undersökningsgrupperna efter 10 månader [54].

Det är bara en studie med få deltagare och konfidensintervallet är relativt stort. Det innebär att det inte går att bedöma effekten av arbetsinriktad KBT på stress jämfört med ingen insats.

5.3.5.5 Skattad sömn

Samma studie redovisade upplevd sömnkvalitet (Basic Nordic Sleep Questionnaire, BNSQ) för arbetsinriktad KBT, men ingen skillnad kunde visas mellan undersökningsgrupperna efter 10 månader [54].

Det är bara en studie med få deltagare och konfidensintervallet är relativt stort. Det innebär att det inte går att bedöma effekten av arbetsinriktad KBT på sömnkvalitet.

5.3.5.6 Skattad utmattning

Upplevelser av utmattning (Shirom-Melamed Burnout Questionnaire, SMBQ-22) har undersökts för en subgrupp av personer som var sjukskrivna för stressrelaterade besvär och utmattningssyndrom (Salomonsson och medarbetare). En kombinerad insats med både KBT och arbetsinriktad insats med fyra komponenter jämförs här med enbart KBT. Ingen tydlig effekt av insatsen kunde visas efter ett år [57].

Detta är bara en studie, om än svensk, med ett lågt antal deltagare till följd av bortfall. Det innebär att det inte går att bedöma effekten på utmattning av en kombination av KBT och arbetsinriktad insats efter tolv månader jämfört med enbart KBT.

5.3.5.7 Skattad arbetsförmåga

En studie (Finnes och medarbetare) redovisade skattad arbetsförmåga (The Work Ability Index, WAI) efter insatsen ACT kombinerat med arbetsinriktad insats jämfört med sedvanlig insats. Uppföljningstiden var nio månader. Ingen effekt av insatsen kunde visas [59]. Det är bara en studie, om än svensk. Dessutom finns bortfall och standardavvikelsen är relativt stor. Det innebär att det inte går att bedöma effekten av ACT på arbetsförmåga.

5.3.6 Sammanvägda resultat och bedömning av tillförlitlighet

De sammanvägda resultaten för insatser med någon form av beteendeterapi och deras tillförlitlighet sammanfattas nedan i Tabell 5.2.

Tabell 5.2 Beteendeterapi med arbetsplatsanknytning: sammanfattning av resultaten och deras tillförlitlighet för utfallsmått åtgång i arbete, skattningar av depression, ångest, livskvalitet, stress, sömn, utmattning och arbetsförmåga.

Utfallsmått	Antal deltagare (Antal studier)	Effekt (regressionskoefficient, konfidensintervall, hasardkvot, medelvärde, standardavvikelse, medelvärdeskillnad, standardiserad medelvärdeskillnad, standardfel)	Resultatets tillförlitlighet	Avdrag	Kommentar
Arbete	N=1 356 (2 studier, RCT) [53] [56]	6.2 procentenheters ökning av andel i arbete eller ökad arbetstid ($r=0,062$, $KI=0,005-0,118$) För sjukskrivna minst 1 år: 7,4 procentenheters ökning ($r=0,074$, $KI=0,011-0,370$) Hasardkvot =1,44, $KI=0,92-2,21$	Låg	Precision $-2^{a,b,c}$	Det är möjligt att KBT med arbetsplatsanknytning leder till ökad åtgång i arbete upp till 12 månader, jämfört med sedvanlig eller ingen insats. För sjukskrivna längre än 1 år är effekten större.
Sjukskrivning	N=563 (2 studier) RCT [58] [59]	Antal sjukskrivningsdagar Kombinerad KBT: medelvärdeskillnad=18, $KI=15,8-52$ KBT: medelvärdeskillnad=27, $KI=8,7-62,8$ ACT:	Mycket låg	Samstämmighet $-2^{d,h}$ Precision -1^b	Det går inte att bedöma effekten av beteendeterapi med arbetsplatsanknytning på sjukskrivning upp till 12 månader.

medelvärde=19,4,
SD=27,7

Sedvanlig vård:
medelvärde=17,4,
SD=27,7

Inkomst	N=1 193 (1 studie) RCT [55]	Estimerad medel- värdesskillnad= 12 148 NOK, standardfel= 12 780 För sjukskrivna minst 12 mån: estimerad medel- värdesskillnad= 37 859 NOK, standardfel= 19 132	Mycket låg	Precision -2 ^e Överförbarhet -1 ^f	Det går inte at bedöma effekten av KBT på inkomst, upp till 36 månade jämfört med sedvanliga insatser
Depression	N=936 (2 studier) [56] [59]	Medelvärdes- skillnad= -1,05, KI= -1,69 till -0,41 (HADS range 0-21)	Låg	Bias -1 ^{g, h} Precision -1 ^b	Beteendetera; med arbets- platsan- knytning minskar möjligen symtom på depression upp till 12 månader, jämfört med sedvanliga insatser
Ångest	N=936 (2 studier) RCT [56] [59]	Medelvärdes- skillnad= -0,50, KI= -1,32 till 0,33 (HADS range 0-21)	Mycket låg	Bias -1 ^{g, h} Samstämmighet -1 ^d Precision -1 ^b	Det går inte at bedöma effekten av beteendetera; med arbets- platsanknyt- ning på ånges upp till 12 månader
Livskvalitet	N= 925 (2 studier) RCT [56] [59]	Standardiserad medelvärdesskill- nad= 0,11, KI= -0,03 till 0,25 (EQ-5D range 0- 100, SWLS range 5-35)	Mycket låg	Bias -1 ^{g, h} Precision -2 ^{b, i}	Det går inte at bedöma effekten av beteendetera; med arbets- platsanknyt- ning på livskvalitet up till 12 månader, jämfört med sedvanlig insats
Stress	N= 136 (1 studie) RCT [54]	Medelvärdesskill- nad= -1,47, KI= -3,91 till 0,97 (PSS-10 range 0- 40)	Mycket låg	Precision -2 ^{b, c} Överförbarhet -1 ^f	Det går inte at bedöma effekten av KBT med arbetsplats- anknytning på stress
Sömn	N= 136 (1 studie) RCT [54]	Medelvärdesskill- nad= -0,54, KI= -2,24 till 1,15 (BNSQ range	Mycket låg	Precision -2 ^{b, c} Överförbarhet -1 ^f	Det går inte at bedöma effekten av KBT med

Utmattning	N= 100 (1 studie) RCT [57]	d= -0,31, KI= -0,78 till 0,17 (SMBQ-22, range 1–6)	Mycket låg	Precision -2 ^{b,c} Överförbarhet -1 ^f	Det går inte at bedöma effekten av KBT med arbetsplats- anknytning på utmattning
Arbetsförmåga	N= 219 (1 studie) RCT [59]	ACT: m=32,4, sd=8,3 Sedvanlig vård; m =32,4, sd=8,6 (WAI, range 7–49)	Mycket låg	Precision -2 ^{b,c} Överförbarhet -1 ^f	Det går inte at bedöma effekten av ACT på upplevd arbetsförmåga

ACT= Acceptance and Commitment Therapy; **BNSQ** = Basic Nordic Sleep Questionnaire; **EQ-5D** = The EuroQOL five dimension: questionnaire; **HADS** = Hospital Anxiety Depression Scale; **KBT**= kognitiv beteendeterapi; **KI**= konfidensintervall; **d**=Cohens D ;**m**= medelvärde ; **N**= antal; **NOK**=norska kronor; **PSS-10** = Perceived Stress scale; **r**= regressionskoefficient; **s d**= standard deviation; **SMBQ-22** = Shirom-Melamed Burnout Questionnaire; **SWLS** = Satisfaction with Life Scale; **WAI**= The Work Ability Index

^a Hasardkvot

^b Stort konfidensintervall

^c Få deltagare

^d Resultaten går i olika riktning

^e Stort standardfel

^f En studie

^g Bortfall

^h Interventionerna är något olika

ⁱ Ingen signifikant effekt

5.4 Teambaserat stöd med involverad arbetsplats

Olika former av stöd som getts av ett team av olika yrkesgrupper har kombinerats med arbete som en del av insatsen. Två studier, från Nederländerna respektive Danmark, undersökte effekten av teambaserat stöd.

Nedan beskrivs först studierna gällande teambaserat stöd kortfattat (Avsnitt 5.4.1) då mer detaljerade beskrivningar finns i Bilaga 3. Därefter följer texter om resultaten, det vill säga effekter per utfall. Dessa avsnitt innefattar även överväganden om hur resultaten bedömts (Avsnitt 5.4.2 och 5.4.3). Avslutningsvis finns en sammanfattande tabell där statistiska uppgifter om effekter av insatser redovisas per utfall samt bedömningar av resultatens tillförlitlighet (Avsnitt 5.4.4).

5.4.1 Beskrivning av ingående studier

I den nederländska studien (Lammerts och medarbetare 2016) jämfördes ett program med standardiserat stöd från företagshälsovårdsteam tidigt i sjukskrivningsprocessen inklusive direkt placering i arbete med sedvanlig insats från företagshälsovård med främst rådgivning. Båda grupperna erhöll insats från ett team bestående av koordinator med fokus på återgång i arbete, försäkringsläkare och arbetsmarknadsspecialist. Den standardiserade insatsen startade tidigt vid sjukskrivning och började med en medicinsk bedömning. Därefter identifierades hinder för återgång i arbete följt av förslag på lösningar som formulerades i en handlingsplan. Inom fyra veckor erbjöds ett tillfälligt arbete i linje med handlingsplanen. Fortsatt stöd kunde ges vid behov. Totalt deltog 186 personer som var sjukskrivna, men utan fast anställning, och flertalet hade stressbesvär. Uppföljningstiden var tolv månader och utfallen följande: tid till inträde eller återgång i arbete, depression, ångest och livskvalitet [60].

I den danska studien (Hoff och medarbetare 2022) jämfördes en integrerad insats med yrkesinriktad rehabilitering och psykiatrisk vård med bland annat sedvanliga insatser. Sedvanliga insatser var stöd från team i kommunala jobbcenter och psykiatrisk vård via allmänläkare. Den integrerade insatsen (INT) bestod av sedvanliga insatser, men med nära stöd från både en arbetskonsulent och en så kallad "care manager", vanligtvis en sjuksköterska med specifik utbildning för att ge insatsen. Tillsammans med deltagaren utformades först en handlingsplan och därefter gavs stödet både via fysiska möten och digitala kontakter. Stödet handlade om problemlösning, jobbintervjuer och hur både arbete och sjukdom kan hanteras vid återgång till arbete. Totalt deltog 639 personer, varav flertalet var sjukskrivna på grund av depression, och drygt 20 procent var arbetslösa. Uppföljningstiden var tolv månader för följande utfall: tid till återgång i arbete, andel personer i arbete, depression, ångest, stress, utmattning, livskvalitet och arbets- och funktionsförmåga [61].

5.4.2 Effekt på arbete

Det teambaserade programmet i Nederländerna visade inte på någon statistiskt signifikant effekt på sannolikheten för återgång i reguljärt arbete vid 12 månaders uppföljning [60].

Inte heller den teambaserade insatsen i Danmark visade någon effekt efter tolv månader när det gäller antalet veckor till återgång i arbete. Däremot visades en signifikant effekt av insatsen på andel personer som återgått i arbete efter tolv månader, jämfört med sedvanliga insatser (56,2 % i interventionsgruppen jämfört med 45 % i kontrollgruppen, det vill säga 11,2 procentenheter fler personer hade återgått i arbete efter insatsen) [61]¹⁵. Den rapporterade andelen har här räknats om till antal personer för att kunna beräkna en oddskvot.

¹⁵ Skillnaden är inte justerad för individegenskaper. Andelen i arbete för kontrollgruppen är 37,2 procent, vilket innebär att andelen i arbete för interventionsgruppen är nästan 25 procent högre jämfört med kontrollgruppen. Detta ger ett NNT-mått på 9.

Insatserna liksom kontexterna bedöms vara tillräckligt lika för en syntes utan

metaanalys av de två studiernas resultat. Skillnaden mellan behandlings- och kontrollgrupp i den mindre nederländska studien har beräknats med hjälp av så kallade hasardkvoter. Det innebär att beräkningarna görs endast för de deltagare som efter tolv månader inte återgått i arbete. På så sätt finns det risk att behandlingsgruppen och kontrollgruppen inte längre är statistiskt jämförbara. Ett relativt stort konfidensintervall är en annan svaghet. Resultatet från den större danska studien visar en effekt på andelen personer som återgått i arbete. Den sammantagna bedömningen är därför att teambaserat stöd med arbetsplatsanknytning möjligen leder till återgång i arbete jämfört med sedvanliga insatser, efter tolv månader.

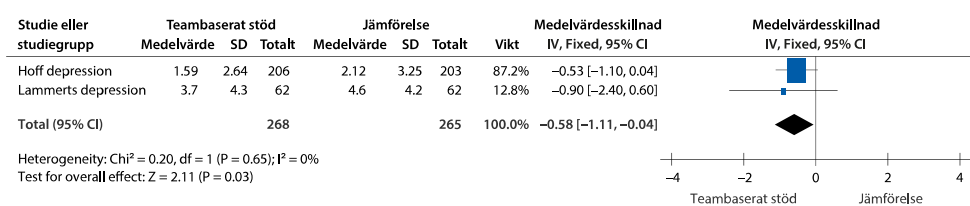
5.4.3 Effekt på upplevd hälsa

5.4.3.1 Skattad depression

I båda studierna redovisades skattningar av depression (Four-Dimensional Symptom Questionnaire, FDQ), där insatserna jämfördes med sedvanligt stöd vid en uppföljning som gjordes efter tolv månader [60] [61].

Insatserna liksom kontexterna bedöms vara tillräckligt lika för att slå samman studiernas resultat i en metaanalys. Resultatet visade sammantaget på signifikant minskade symtom på depression efter den teambaserade insatsen (Figur 5.5). En svaghet är bortfallet av deltagare i studien av Lammerts och det relativt stora konfidensintervallet [60]. Gränsvärden för FDQ anger att värden mellan 0 och 2 motsvarar ingen depression, medan värden mellan 3 och 5 innebär möjlig depression. Effekten här bör ses mot bakgrund av att de genomsnittliga skattningarna i den större studien ligger inom spannet för ingen depression, men i den mindre studien inom spannet för möjlig depression. Dessa publikationer innehåller ingen information om eventuell läkemedelsbehandling. Bedömningen är att teambaserat stöd med arbetsplatsanknytning möjligen minskar depression efter tolv månader, jämfört med sedvanliga insatser.

Figur 5.5 Figur 5.5 Skillnad i medelvärde av skattningar av depression (FDQ) där teambaserat stöd (Danmark Hoff [61], Nederländerna Lammerts [60]) jämfördes mot sedvanligt stöd efter ett år.

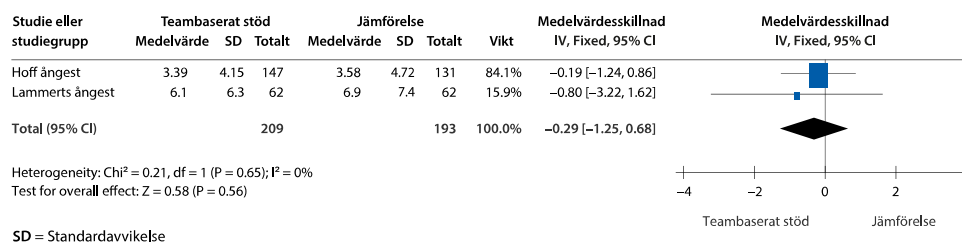


5.4.3.2 Skattad ångest

I de båda studierna (Lammerts och medarbetare, Hoff och medarbetare), från Nederländerna [60] och Danmark [61], redovisades även skattningar av ångest (Four-Dimensional Symptom Questionnaire, FDQ) där insatserna jämfördes med sedvanligt stöd vid en uppföljning efter tolv månader.

Insatserna liksom kontexterna bedöms vara tillräckligt lika för att slå samman studiernas resultat i en metaanalys. Resultaten i båda studierna går i positiv riktning, men det sammanvägda resultatet visade inte någon signifikant effekt av den team-baserade insatsen på symtom på ångest (Figur 5.6). En svaghet är bortfallet av deltagare i båda studierna liksom det relativt stora konfidensintervallet. Det innebär att det inte går att bedöma effekten av teambaserat stöd med arbetsplatsanknytning på symtom på ångest jämfört med sedvanliga insatser efter tolv månader.

Figur 5.6 Figur 5.6 Skillnad i medelvärde i skattningar av ångest (FDQ) där teambaserad stöd (Danmark Hoff [61], Nederländerna Lammerts [60]) jämfördes mot sedvanligt stöd efter ett år.



5.4.3.3 Skattad stress

I den danska studien redovisades skattningar av stress (Perceived Stress Scale, PSS) där insatserna jämfördes med sedvanligt stöd vid tolv månaders uppföljning. Resultaten visade inte på någon signifikant effekt av den teambaserade insatsen på symtom på stress [61].

Det är bara en studie där konfidensintervallet är brett vilket är en svaghet. Det innebär att det inte går att bedöma effekten av teambaserat stöd med arbetsplatsanknytning på stress efter tolv månader jämfört med sedvanliga insatser.

5.4.3.4 Skattad livskvalitet

I den nederländska studien redovisades skattningar av livskvalitet i två dimensioner, fysisk respektive mental (SF-36 = Short Form Health Survey). Standardiserat stöd jämfördes med sedvanligt stöd vid tolv månaders uppföljning [60]. Resultaten visar inte någon signifikant effekt av insatsen på fysisk eller mental livskvalitet och skattningarna går i något olika riktning beroende på dimension.

I den danska studien redovisades skattningar av ett samlat mått på livskvalitet (Health-Related Quality of Life, EQ5DL) där insatserna jämfördes med sedvanligt stöd vid tolv månaders uppföljning. Resultaten visade inte någon signifikant effekt av den teambaserade insatsen på symtom på livskvalitet [61].

Insatserna liksom kontexterna bedöms vara tillräckligt lika för en syntes utan metaanalys av de två studiernas resultat. Bortfall i båda studierna liksom breda konfidensintervall är svagheter. Det innebär att det inte går att bedöma effekten

av teambaserat stöd med arbetsplatsanknytning på livskvalitet jämfört med sedvanliga insatser efter tolv månader.

5.4.3.5 Skattad utmattning

I den danska studien redovisades skattningar av utmattning (Karolinska Exhaustion Disorder Scale, KEDS) där insatserna jämfördes med sedvanligt stöd vid tolv månaders uppföljning. Resultatet visade inte någon signifikant effekt av den teambaserade insatsen på upplevd utmattning [61].

Det är bara en enda studie och med ett stort konfidensintervall vilket är svagheter. Det går därmed inte att bedöma effekten av teambaserat stöd med arbetsplatsanknytning på utmattning jämfört med sedvanliga insatser efter tolv månader.

5.4.3.6 Skattad arbetsförmåga

I den danska studien redovisades skattningar av förmågan till arbete och sociala aktiviteter (Work and Social Adjustment Scale, WSAS) där insatserna jämfördes med sedvanligt stöd vid tolv månaders uppföljning. Resultaten visade inte på någon signifikant effekt av den teambaserade insatsen på upplevd arbetsförmåga [61].

Det är bara en studie där konfidensintervallet är relativt stort vilket försvagar tilltron till resultatet. Det går därmed inte att bedöma effekten av teambaserat stöd med arbetsplatsanknytning på arbetsförmåga efter tolv månader jämfört med sedvanliga insatser.

5.4.4 Sammanvägda resultat och bedömning av tillförlitlighet

Det sammanvägda resultatet och dess tillförlitlighet för insatser från team sammanfattas nedan i Tabell 5.3.

Tabell 5.3 Teambaserat stöd med arbetsplatsanknytning: sammanfattning av resultaten och deras tillförlitlighet för återgång i arbete och skattad depression, ångest och livskvalitet.

Utfallsmått	Antal deltagare (Antal studier)	Effekt (Hasardkvot, konfidensintervall, oddskvot, medelvärdeskillnad)	Resultatets tillförlitlighet	Avdrag	Kommentar
Återgång i arbete	N= 595 (2 studier) [60] [61]	Inträde eller återgång i arbete <i>Nederländerna:</i> hasardkvot = 1,15, KI=0,61–2,16 <i>Danmark:</i> hasardkvot = 0,96, KI=0,71–1,29 oddkvot = 0,64, KI=0,39 till	Låg	Bias, -1 ^a Precision, -1 ^b	Teambaserat stöd med arbetsplatsanknytning leder möjligen till återgång i arbete efter 12 månader, jämfört med sedvanliga insatser

Depression	N= 402 (2 studier) [60] [61]	Medelvärdes- skillnad = -0,58, KI= -1,11 till - 0,04 (FDQ: range 0- 12)	Låg	Bias -1 ^c Precision -1 ^b	Teambaserat stöd med arbetsplats- anknytning minskar möj- ligen symtom på depression upp till 12 månader, jämfört med sedvanliga in- satser
Ångest	N= 402 (2 studier) [60] [61]	Medelvärdes- skillnad = -0,29, KI= -1,25 till 0,68 (FDQ: range 0- 12)	Mycket låg	Bias -1 ^c Precision - 2 ^{b,e}	Det går inte att bedöma effekten av teambaserat stöd med arbetsplats- anknytning på symtom på ångest efter 12 månader, jämfört med sedvanliga insatser
Stress	N=278 (1 studie) [61]	Medelvärdes- skillnad = 0,58, 98,3 KI= -0,62 to 1,77 (PSS range 0- 40)	Mycket låg	Precision -2 ^b Överförbarhet -1 ^d	Det går inte att bedöma effekten av teambaserat stöd med arbetsplats- anknytning på stress
Livskvalitet	N=402 (2 studier) [60] [61]	<i>Nederländerna:</i> Fysisk: medel- värdeskillnad= -2,20, KI= -5,90 till 1,50 Mental: medelvärdes- skillnad= 2,50, KI= -2,15 till 7,15 (SF 36, range 0- 100) <i>Danmark</i> Medelvärdes- skillnad= 0,01, KI= -0,05 till 0,03 (EQ5-D, range 0-100)	Mycket låg	Bias -1 ^c Precision -2 ^{b,e}	Det går inte att bedöma effekten av teambaserat stöd med arbetsplats- anknytning på livskvalitet efter 12 månader, jämfört med sedvanliga insatser
Utmattning	N= 278 (1 studie) [61]	Medelvärdes- skillnad= 2,07, 98,3% KI= -2,09 till 6,24 (KEDS, range 0- 47)	Mycket låg	Precision -2 ^b Överförbarhet -1 ^d	Det går inte att bedöma effekten av teambaserat stöd med arbetsplats- anknytning på utmattning efter 12 månader

Arbetsförmåga	N= 278 (1 studie) [61]	Medelvärdes- skillnad= 0,18, 98,3% KI= -1,46 till 1,82 (WSAS, range 0–40)	Mycket låg	Precision –2 ^b Överförbarhet –1 ^d	Det går inte att bedöma effekten av teambaserat stöd med arbetsplats- anknytning på arbetsförmåga efter 12 månader
----------------------	------------------------------	---	------------	---	---

EQ-5D = The EuroQOL five dimensions questionnaire; **FDQ** = Four Dimensional symptom Questionnaire; **KEDS** = Karolinska Exhaustion Disorder Scale; **KI** = konfidensintervall; **N** = Antal deltagare; **PSS** = Perceived Stress Scale; **SF-36** = Short Form Health Survey; **WSAS** = Work and Social Adjustment Scale

^a Hasardkvot

^b Stort konfidensintervall

^c Bortfall

^d En studie

^e Ingen signifikant effekt

6. Resultat – Den sjukskrivnes röst

6.1 Sammanfattning av resultaten

Som komplement till de kvantitativa resultaten om effekter i form av återgång i arbete vill vi ge utrymme för de sjukskrivnas egen röst. I detta kapitel återges och sammanfattas personernas erfarenheter och upplevelser av arbetsmarknadsinsatsen. Vilken tilltro vi har till dessa resultat, det vill säga graden av vetenskapligt stöd, har dock inte bedömts. En av de kvalitativa studierna, Johanson och medarbetare [62], har deltagare från den svenska studien av Bejerholm och medarbetare som ingår i de kvantitativa resultaten [38]. Övriga studier är fristående studier om erfarenheter och upplevelser av de insatser de deltagit i.

De huvudsakliga upplevelser som redovisats i studierna sammanfattas nedan i punktform.

- Symtombörda, känslor av skam och skuld över att ha blivit sjuk, samt ändrade rutiner under sjukskrivningsperioden kunde försvåra återgång i arbete.
- Insatsen bidrog till att skapa nya rutiner, få verktyg och riktning i processen att återgå i arbete men kunde uppfattas som alltför omfattande.
- Individuellt stöd gav förutsättningar för självanalys och reflektion.
- Gruppsessioner kunde minska en känsla av att vara ensam och normalisera tillstånd.
- Professionellas förhållningssätt behövde avspeglas i individanpassat stöd och expertkunskap.
- Efter avslutad insats: Bra insatser, men processen mot återgång i arbete skedde med bristfälligt stöd.

6.2 Beskrivning av ingående studier

Samtliga fem inkluderade studier är publicerade från år 2013 och framåt där tre är genomförda i Sverige. Totalt ingår 65 personer varav 44 var kvinnor. I studien av Johanson och medarbetare [62] utvärderas samma IPS-anpassade intervention som i effektstudien av Bejerholm och medarbetare [38]. Övriga interventioner som inkluderats i den här delen innehåller liknande interventioner som i den kvantitativa översikten, det vill säga inklusive involvering av arbetsplats och andra relevanta aktörer, till exempel hälso- och sjukvård, Arbetsförmedlingen eller Försäkringskassan. Se Tabell 6.1 för en översiktlig beskrivning av inkluderade artiklar med kvalitativ ansats.

Tabell 6.1 Översiktlig beskrivning av inkluderade artiklar med kvalitativ ansats. Land, intervention, deltagare, metod för datainsamling och effektstudie inkluderade i utvärderingen.

Artikel Land Referens	Intervention	Deltagare (antal, kön, ålder (m, spridning), diagnos, sjukskrivningslängd)	Metod för datainsamling och analys
Andersen och medarbetare 2014 Danmark [64]	Teambaserad insats med arbetsplatsanknytning Multidisciplinär insats med koordinatorsinsats, multidisciplinärt team utarbetar plan för återgång i arbete inkl. relevanta aktiviteter, samt möte mellan koordinator, den sjukskrivne och representant från arbetsplats.	17 (13 K, 4 M) 44 år (23–61) 9 stress 8 depression Samtliga deltagare sjukskrivna vid inklusion, sjukskrivningslängd ej rapporterad.	Individuell intervju vid tre tillfällen 1: direkt efter randomisering, 2: 3 mån 3: 6–7 mån Tolkande fenomenologisk analys
Johanson och medarbetare 2017 Sverige Deltagare från Bejerholm och medarbetare [62]	IPS-anpassad insats Individual enabling and support Samma intervention som i studien av Bejerholm och medarbetare	5 (3 K, 2 M) 37 år (25–52) 3 depression 2 bipolär sjukdom Sjukskrivningslängd, år (antal deltagare): 1 (2), 4 (1), 6 (1), 8 (1)	Individuell intervju, dokument Analys baserad på principer för kvalitativa fallstudier
Strömbäck och medarbetare 2020 Sverige [63]	Teambaserad insats med arbetsplatsanknytning Multimodal rehabilitering med arbetsplatsdialog och konvergensmöte, ledd av rehabiliteringskoordinator	15 (13 K, 2 M) 33–56 år Utmattningssyndrom (F43.8, ICD-10) Samtliga deltagare sjukskrivna $\geq 50\%$ vid inklusion, sjukskrivningslängd ej rapporterad.	Grupptervju Modifierad grounded theory analys
Wisenthal och medarbetare 2019 Kanada [66]	Teambaserad insats med arbetsplatsanknytning Work hardening (ung. Simulerade arbetsuppgifter och arbetsplats) Arbetssträning med gradvis ökning av arbetsuppgifter, utveckla coping strategier, dialog med arbetsplats	21 (13 K, 8 M) 28–57 år Depression Sjukskrivningslängd, månader (antal deltagare): <12 (7), 12–23 (9), ≥ 24 (5)	Fritextsvar (enkät) vid avslutad intervention samt individuell intervju 3 mån senare Kvalitativ innehållsanalys
Wästberg och medarbetare 2013 Sverige [65]	Teambaserad insats med arbetsplatsanknytning Redesigning daily occupations Individuellt stöd för att öka medvetenhet om faktorer som påverkar dagligt liv, utveckla copingstrategier, och balans mellan återhämtning och arbete, gruppssessioner, seminarium för närstående, samt arbetssträning	7, (7 K) 40 år (35–57) Depression Anpassningsstörning Sjukskrivningslängd, månader (antal deltagare): 1.5 (1), 4 (1), 5 (1), 6 (2), 8.5 (1), 18 (1)	Individuell intervju vid två tillfällen Manifest och latent innehållsanalys

ICD-10= International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; K= kvinnor; M= män

6.3 Teman över processen

Nedan följer beskrivningar av de huvudsakliga upplevelser som redovisats i studierna om processen före en insats, under och efter deltagande.

6.3.1 Deltagarnas reflektioner före påbörjad insats

Symtombörda

Genomgående i artiklarna rapporterades deltagarna ha symtom som trötthet, nedstämdhet, oro och ängslan. I avsaknad av objektiva symtom ställdes krav på att kunna beskriva och berätta om symtomen men deltagarna uppgav även svårigheter att verbalisera symtom. Symtomen kunde förvärras av till exempel stress och fluktuerade över tid. Deltagarna var sjukskrivna före interventionsstart och de rapporterade symtombörda som så att säga hör till sjukdomsbilden. Förutom att ha med sig en trolig påverkan på exekutiva funktioner (det vill säga förmåga att planera, organisera, problemlösa osv.) så rapporterades även oro för att symtomen skulle öka vid till exempel stress i samband med återgång i arbete eller krav på att delta i insatser som ingick i interventionerna. I artikeln av Johanson och medarbetare rapporterades deltagarna dessutom att långvariga sjukskrivningsperioder hade bidragit till att skapa inaktivitet och en negativ inställning till att kunna söka ett annat arbete [62].

Känslor av skam och skuld över att ha blivit sjuk

I artiklarna rapporterades att deltagarna inför partner och familj samt chef och kollegor bar på skam- och skuldkänslor över att ha blivit sjuka och därtill sjukskrivna på grund av en psykiatrisk diagnos. Deltagarna uppgav att de exempelvis tiden före sjukskrivningen hade försökt sätta ”stopp” i ett tidigare skede, men inte lyckats. Skam- och skuldkänslor rapporterades även i relation till att orsaka merarbete och problem för chef och kollegor. Den anställde oroade sig också över att inte orka hålla samma arbetstakt som före sjukskrivningen.

Ändrade rutiner under sjukskrivningsperioden kunde försvåra återgång i arbete

I artiklarna av Johanson och medarbetare [62] och Strömbäck och medarbetare [63] rapporterades att deltagarna, som hade varit sjukskrivna mer än ett år, hade skaffat sig nya rutiner under sjukskrivningsperioden. Dessa rutiner innebar till exempel att deltagarna fanns tillgängliga hemma och tog ett större ansvar för hemarbete. Deltagarna rapporterade att planerna på att återgå i arbete kunde försvåras av att till exempel arbetsfördelningen hemma hade förändrats och att deras återgång i arbete därmed innebar en förändring för partner eller familj, eller för båda. Ytterligare en försvårande omständighet fanns när sjukskrivningsorsaken inte hade med arbetsplatsen att göra, utan främst relaterades till orsaker i privatlivet, exempelvis ansvar för barn med extra behov. Det innebar svårigheter när deltagaren skulle samarbeta med arbetsgivaren i insatsen.

6.3.2 Deltagarnas reflektioner kring sin medverkan under insatsen

Insatsen bidrog till att skapa rutiner samt att få verktyg och riktning i processen att återgå i arbete, men kunde uppfattas som alltför omfattande

Interventionerna innehöll moment som syftade till att förbereda sjukskrivna deltagare inför återgång i arbete genom att till exempel kartlägga behov av stöd, arbetsförmåga eller egen motivation. Interventionerna innehöll även – i varierande omfattning – arbetsträning, samt simulerade arbetssituationer med gradvis ökad kravnivå. Innehåll i respektive intervention med fokus på både praktiska övningar och teoretiska kunskaper uppfattades som relevant och genomförbart. I några studier hänvisade deltagarna till att kartläggning av behov var till hjälp när de skulle visualisera kravnivåer i olika arbetssituationer. I en av studierna lyftes värdet av en handlingsplan som ett hjälpmedel för att tydliggöra roller och ansvarsområden bland olika aktörer, till exempel chef eller sjukskrivande läkare.

Överlag rapporterades en positiv bild av att delta i respektive intervention. Andersen och medarbetare rapporterade dock kritik mot att interventionen var alltför omfattande [64]. Interventionen gavs i tillägg till sedvanlig vård och innehöll multidisciplinär insats med bland annat bedömning av arbetsförmåga och psykiskt mående med såväl individuellt samtalsstöd som gruppessioner. Deltagarna uppfattade dessutom att syftet med delar av insatsen var oklart, och att konsulterna (som genomförde insatserna) inte hade erforderlig kompetens.

Individuellt stöd gav förutsättningar för självanalys och reflektion

Samtliga insatser innehöll individuellt stöd i form av samtalsstöd och inslag av beteendeförändring, till exempel att utveckla så kallade ”coping-strategier” och att träna dessa. I artiklarna rapporteras positiva attityder till individuellt stöd som ansågs skapa förutsättning för självanalys och reflektion kring vad som har lett fram till den psykiska ohälsan och påföljande sjukskrivning. Deltagarna rapporterade även att självanalys och reflektion hjälpte till att identifiera situationer som innebar ökad belastning och att träna nya strategier för till exempel gränssättning för att förbereda arbetsåtergång. Deltagarna kunde också få hjälp med att identifiera situationer i vardags- eller arbetslivet som skapar stress, dels individens resurser för att möta dessa situationer. I detta arbete uppfattades hemuppgifter som ett användbart verktyg för att träna nya beteenden, samt utveckla och anpassa nya rutiner.

I studien av Johanson och medarbetare gällande insatsen IES [62] betonade deltagarna att samtal om förändring och resurser upplevdes som inspirerande och motiverande i arbetssökandet. Samtalsstödet gavs av en handläggare som hade personliga möten med deltagarna, och deltagarna fick stöd i att finna sin motivation vilket tycktes ha betydelse för att stärka självförtroende och underlätta målsättningen att komma i arbete. Handläggaren hade även en viktig funktion i att motivera deltagarna vid bakslag.

Även kritik mot utformningen av individuellt stöd rapporterades [63, 64]. Deltagarna hade vid interventionsstart pågående vård och behandling med till exempel läkare eller psykolog, medan interventionen (i form av samtalsstöd eller koordineringsinsats) gavs av andra professionella. Kritiken riktades mot att samtalsstödet gavs av en ny vårdkontakt. De pågående behandlingskontaktarna var betydelsefulla eftersom deltagarna hade etablerade relationer till behandlare inom vården och tillit till de professionellas kompetens. Att utöver dessa vårdkontakter behöva upprepa sin berättelse, ofta under en konsultation med begränsat med tid och ibland oklart syfte med en för deltagaren ny vårdkontakt, innebar att deltagaren ställde sig frågande till nyttan med interventionen. Att inte känna sig trygg med den professionelles kompetens försvårade för deltagarna att till exempel berätta om sina symtom och besvara frågor.

Gruppsessioner kunde minska känsla av att vara ensam och normalisera tillstånd

Deltagarna rapporterade att gruppsessioner innebar att få dela erfarenheter med andra i liknande situationer, vilket bidrog till att de kände sig mindre ensamma i sin situation och att deras tillstånd "normaliserades". Dessutom behövde gruppledare vara erfarna i att leda grupper och ha kompetens inom området.

Professionellas förhållningssätt behövde avspeglas i individanpassat stöd och expertkunskap

De professionella som gav insatserna behövde ha ett förhållningssätt som präglades av individanpassning – det vill säga ta hänsyn till individens erfarenheter och specifika situation, baserat på expertkunskaper. Sådana kunskaper kunde vara att ge råd och stöd, och att ställa frågor som hjälpte deltagare att identifiera egna problem och lösningar. Det individanpassade stödet lyftes fram som betydelsefullt för att kunna etablera en tillitsfull relation mellan den professionelle och deltagaren, och en förutsättning för att deltagaren skulle uppleva trygghet i att berätta om sin situation.

6.3.3 Deltagarnas reflektioner efter avslutad insats

Bra insatser men processen mot återgång i arbete skedde med bristfälligt stöd

I artiklarna rapporterades att deltagarna generellt var nöjda med insatserna. Insatserna hade i fyra av fem studier avslutats innan deltagarna hade återgått i arbete [63] [64] [65] [66]. I dessa studier rapporterades att deltagarna, utifrån sina erfarenheter, rekommenderade att övergången från att ha deltagit i en intervention till att återgå i arbete skulle behövt vara "sömlös" och innehållit någon form av slussning eller stödinsats. Deltagarna efterfrågade praktiskt stöd och stöd i att hantera ökad oro och stress i samband med arbetsåtergång. Deltagarna oroade sig dels över att involverade chefer inte skulle kunna göra överenskomna arbetsanpassningar, dels allmänt inför arbetsmiljöproblem.

7. Resultat – Kostnadseffektivitet

7.1 Sammanfattning av resultaten

- Eftersom kostnadseffektivitet hör samman med insatsernas effekt är det framför allt av intresse att undersöka kostnadseffektiviteten av kognitiv beteendeterapi med arbetsplatsanknytning och teambaserat stöd med arbetsplatsanknytning. För dessa insatser pekar resultaten i denna rapport på en möjlig effekt på återgång i arbete, om än på kort sikt.
- För kategorin teambaserat stöd med arbetsplatsanknytning identifierades en studie rörande kostnadseffektivitet. Studien, som var genomförd i en nederländsk kontext, hade kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs) respektive dagar till hållbar arbetsgång som utfallsmått och baserades på uppgifter från en randomiserad kontrollerad studie som inkluderats i denna rapport utvärdering av effekter. Resultaten visade inte på några signifikanta skillnader i vare sig QALYs eller hållbar arbetsgång mellan personer som fick det stödjande programmet och personer som fick sedvanliga insatser under de tolv månader som studien pågick. Däremot var de genomsnittliga kostnaderna högre för personer som fick det stödjande programmet. Författarna drar därmed slutsatsen att programmet inte var kostnadseffektivt.
- För beteendeterapi med arbetsplatsanknytning identifierades ingen studie gällande kostnadseffektivitet av tillräcklig kvalitet.
- För IPS-anpassade insatser identifierades en studie rörande kostnadseffektivitet. Frågan om kostnadseffektivitet är dock underordnad med tanke på att det enligt utvärderingen av effekter som genomförts i denna SBU-rapport inte varit möjligt att bedöma effekten av denna typ av insatser.

7.2 Precisering av frågeställning

Samhället har begränsat med resurser att lägga på arbetsmarknadsinsatser, och vid beslut om vilka insatser som ska tas i bruk kan en ekonomisk utvärdering utgöra en viktig del i ett beslutsunderlag. En ekonomisk utvärdering är en analysmetod där kostnader och effekter av två eller fler insatser jämförs. För att göra en ekonomisk utvärdering måste all resursförbrukning förknippad med respektive alternativ identifieras, kvantifieras och värderas och därefter sättas i relation till den effekt som alternativen genererar. Analysen bidrar med ett beslutsunderlag i frågan om den utvärderade insatsens kostnadseffektivitet. Det finns olika typer av ekonomiska utvärderingar som använder olika utfallsmått (Faktaruta 3.2).

Den övergripande ekonomiska utvärderingsfrågan i detta projekt är hur kostnaderna för de utvärderade insatserna förhåller sig till effekterna, det vill säga frågan om insatsernas kostnadseffektivitet eller samhällsekonomiska lönsamhet. Eftersom kostnadseffektivitet hör samman med insatsernas effekt är det framför allt av intresse att undersöka kostnadseffektiviteten av de insatser som utifrån den systematiska översikten bedömts ha effekt på återgång i arbete, som är det

primära utfallsmåttet för utvärderingen. I detta projekt handlar det om insatser i kategorierna beteendeterapi med arbetsplatsanknytning respektive teambaserat stöd med arbetsplatsanknytning, som bedömts möjligen kunna främja återgång i arbete på kort sikt.

I detta projekt har inga egna analyser av kostnadseffektivitet genomförts, utan underlaget för att besvara frågan om kostnadseffektivitet bestod av de publicerade ekonomiska utvärderingar som identifierades i litteraturöversikten.

7.3 Resultat av översikt av ekonomiska utvärderingar

Vid granskningen av de referenser som identifierades i projektets huvudsökningar märktes totalt nio primärstudier upp eftersom de potentiellt kunde innehålla en ekonomisk utvärdering eller mer allmänna uppgifter om hälsoekonomiska aspekter av de undersökta insatserna. Dessa studier granskades i fulltext av projektets hälsoekonom och relevansbedömdes i samråd med projektledare eller sakkunnig. Därtill märktes en systematisk översikt av hälsoekonomiska studier upp [67]. För denna relevansbedömdes de sex ingående primärstudierna som fokuserade på arbetsåtergång.

Totalt fyra studier bedömdes uppfylla de uppsatta urvalskriterierna [59] [60] [68] [69]. Studier som exkluderades efter fulltextgranskning på grund av att de inte uppfyllde relevanskriteriet redovisas i Bilaga 2. De fyra ekonomiska utvärderingar som uppfyllde urvalskriterierna studerade insatser inom kategorierna IPS-anpassade insatser (en studie genomförd i en dansk kontext [68]), beteendeterapi med involverad arbetsplats (två studier genomförda i en svensk kontext [69] [70] samt team med involverad arbetsplats (en studie genomförd i en nederländsk kontext [71]).

De två studierna i kategorin beteendeterapi med involverad arbetsplats bedömdes ha låg kvalitet, och de uteslöts därmed från resultatredovisningen. Bedömningen om låg kvalitet berodde främst på att studierna baserat de hälsoekonomiska analyserna på uppgifter om erhållen sjukpenning, som är en transferering och inte en kostnad. Att använda uppgifter om sjukpenning leder till en underskattning av de indirekta kostnaderna. Den etablerade metoden för att beräkna indirekta kostnader är att skatta kostnaden för produktionsbortfall baserat på humankapitalmetoden. Den ena studien jämförde vidare insatsernas kostnader och effekter med ett alternativ utan kostnad (av författarna benämnt ”null comparator”), istället för sedvanlig vård som det fanns uppgifter om, och som är det relevanta jämförelsealternativet för en hälsoekonomisk analys [70]. Den andra studien hade sjukdagar som utfallsmått (nämnaren i kostnadseffektkvoten) samtidigt som sjukpenning var med bland kostnaderna (täljaren i kostnadseffektkvoten), vilket leder till dubbelräkning och gör kostnadseffektkvoten svårtolkad [69].

De två återstående studierna bedömdes båda ha medelhög kvalitet avseende hälsoekonomisk metod, och medelhög överförbarhet till den svenska kontexten, och inkluderades därmed. Studierna beskrivs i huvuddrag nedan. Detaljerade

uppgifter återfinns i Bilaga 5. Båda studier var analyser av kostnadseffektivitet med QALYs som utfallsmått. Båda baserades på uppgifter om kostnader och effekter som samlats in inom ramen för randomiserade studier som inkluderats i denna rapports utvärdering av effekter.

7.3.1 IPS-anpassade insatser

7.3.1.1 IPS-MA

Kostnadseffektiviteten av IPS-MA studerades av Hellström baserat på uppgifter om kostnader och effekter från en dansk RCT-studie som jämförde IPS-MA med sedvanliga insatser från arbetsförmedlingen för personer som rekryterats från psykiatriska kliniker [68]. Den randomiserade kontrollerade prövningen finns beskriven i [avsnitt 5.2.1](#).

Den hälsoekonomiska analysen genomfördes utifrån ett samhällsperspektiv och med QALYs som utfallsmått. Tidshorisonten för analysen var 24 månader, vilket motsvarade uppföljningstiden i den randomiserade kontrollerade studien. Resultaten visade inte på några signifikanta skillnader i vare sig QALYs eller totala kostnader mellan personer som fick IPS-MA jämfört med personer som fick sedvanliga insatser. Tvärtemot vad man kunde vänta sig arbetade personerna i gruppen som fick IPS-MA färre timmar och hade lägre inkomst vid ett-årsuppföljningen jämfört med personer i kontrollgruppen. Frågan om kostnadseffektiviteten av IPS-anpassade insatser är dock underordnad med tanke på att effekten av denna typ av insats inte kunde bedömas enligt den utvärdering som genomförts i denna rapport.

7.3.2 Team med involverad arbetsplats

7.3.2.1 Stödjande och standardiserat program för återgång i arbete

Kostnadseffektiviteten av ett stödjande och standardiserat program för återgång i arbete studerades av Lammerts baserat på uppgifter om kostnader och effekter från en nederländsk RCT-studie [60] [71]. I denna studie jämfördes ett program med stöd från ett team motsvarande företagshälsovård inklusive direkt placering i arbete med sedvanliga insatser, främst rådgivning.

Den hälsoekonomiska analysen genomfördes utifrån ett samhällsperspektiv och med QALYs respektive dagar till hållbar arbetsgång som utfallsmått. Hållbar arbetsåtergång definierades som arbetsåtergång i minst 28 dagar i en vanlig arbetskontext med marknadsmässig lön. Tidshorisonten för analysen var 12 månader, vilket motsvarade uppföljningstiden i den randomiserade kontrollerade studien. I tillägg genomfördes en lönsamhetskalkyl för programmet utifrån ett socialförsäkringsperspektiv. I denna kalkyl jämfördes interventionskostnaden mellan det stödjande programmet och sedvanliga insatser och ställdes i relation till skillnaden i kostnader för sjukfrånvaro. Den randomiserade kontrollerade studien finns beskriven i [avsnitt 5.4.1](#).

Resultaten visade inte på några signifikanta skillnader i vare sig QALYs eller hållbar arbetsåtergång mellan personer som fick det stödjande programmet och personer som fick sedvanliga insatser. Däremot var de genomsnittliga kostnaderna högre för personer som fick det stödjande programmet. Därmed bedömdes det inte vara kostnadseffektivt. Lönsamhetskalkylen visade på en sannolikhet på 18 procent att kostnaderna för programmet betalade igen sig utifrån ett socialförsäkringsperspektiv.

8. Praxis – myndighets- och individperspektiv

Dialogmötena med de två referensgrupperna gav information om vilka insatser som förekommer i Sverige idag och som syftar till att främja återgång i arbete för dels personer som är sjukskrivna för vanliga psykiatriska diagnoser, dels personer som har varaktigt försörjningsstöd. Referensgrupperna gav också sin syn på insatserna.

De fyra övergripande typer av arbetsmarknadsinsatser som initialt definierats i den här utvärderingen bedömdes av båda referensgrupperna vara en rimlig kategorisering av de insatser som förekommer i Sverige. Båda grupperna uppgav även att de båda populationer som studeras i det här projektet alltmer överlappar, det vill säga att det blir allt vanligare att personer med försörjningsstöd också har psykiatriska besvär.

Gruppen med ett myndighets- och professionsperspektiv betonade bland annat att typen av insatser som ges varierar över tid, att det kan vara skillnad på insatser beroende på vilken huvudman som är ansvarig och att samverkan mellan olika aktörer är central. En avgörande aspekt för inträde eller återgång i arbete ansågs vara att arbetet eller arbetsuppgifterna behöver anpassas efter individens förmåga. Individers arbetsförmåga kan förändras över tid och behöver bedömas i relation till vilket arbete som ska utföras.

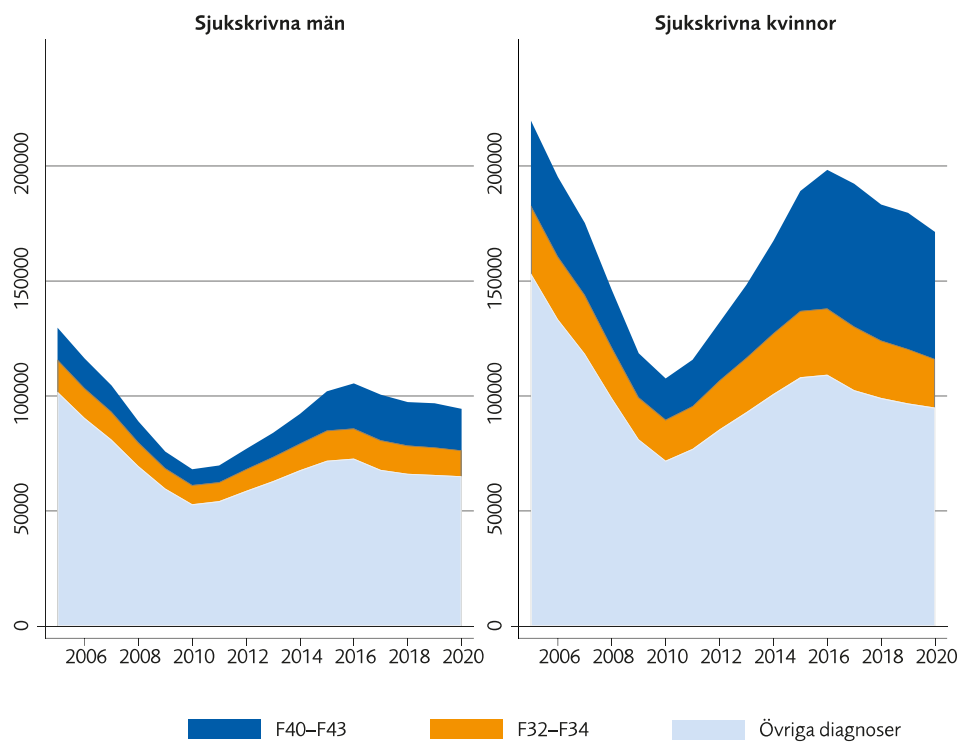
Gruppen med individperspektiv lyfte några exempel på vad de sett som negativa och positiva effekter av arbetsmarknadsinsatser. De tog som ett exempel på negativa effekter upp att en insats som lönebidrag till arbetsgivare kan vara skenbart positiv. Det gällde de fall där en anställning upphör på grund av att lönebidraget upphör. Rehabilitering i primärvård och det tidigare så kallade etableringsbidraget togs upp som exempel på väl fungerande insatser, enligt deras erfarenheter. Gruppen lyfte även fram att särskilt utsatta grupper på arbetsmarknaden är kvinnor med språksvårigheter och hemlösa personer.

Försäkringskassan har bistått SBU med uppgifter om förekomst av långvarig sjukskrivning över tid (år 2005 – 2020) på grund av ångest, reaktioner på svår stress eller depression, jämfört med långvarigt sjukskrivna på grund av andra psykiatriska diagnoser. Det bör noteras att bland övriga psykiatriska diagnoser ingår även demenssjukdomar. Resultatet visar sammantaget en variation i antalet långvarigt sjukskrivna över tid, att det är fler kvinnor än män som varit långvarigt sjukskrivna för psykiatriska diagnoser samt att ångest och depression varit vanliga psykiatriska diagnoser som lett till sjukskrivning (Figur 8.1).

I figurerna särredovisas inte diagnoserna F40-F43 men det kan antas att stressrelaterad psykisk ohälsa (F43) och, mer specifikt, utmattningssyndrom (F43.8A) står för merparten av sjukskrivningsfallen, vilket är i linje med Försäkringskassans analyser av sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser [11]. Av Försäkringskassans rapport framkom att stressreaktioner var den dominerande

diagnoskategorin bland både kvinnor och män, med akuta stressreaktioner och utmattningssyndrom som de vanligaste diagnoserna.

Figur 8.1 Totalt antal unika individer (över 18 år) i Sverige med ett pågående sjukfall under minst 90 dagar på grund av ångest och reaktioner på svår stress (ICD-10 = F40-F43) eller depression (ICD-10 = F32-F34), samt övriga psykiatriska diagnoser (ICD-10 = F00 – F99), per kön och år.



9. Etiska aspekter

Inom ramen för denna rapport har de insatser som studerats delats in i följande huvudsakliga kategorier: IPS-anpassade insatser, beteendeterapi (KBT och ACT) med involverad arbetsplats samt team med involverad arbetsplats. Ur ett etiskt perspektiv är dessa olika typer av insatser i många avseenden tillräckligt lika för att diskuteras tillsammans och kommer därför att behandlas gemensamt i etikavsnittet. Om det finns anledning att peka på potentiella etiska problem eller fördelar som bara eller i huvudsak berör någon av dessa kategorier av insatser kommer detta att klargöras.

9.1 Arbetsmarknadsinsatsernas mål

När man beaktar frågan huruvida de insatser som här studerats är förenliga med eller lever upp till målet för insatsen blir det tydligt att målbilden är komplex. Delvis beror denna komplexitet på att arbetsmarknadsinsatser inte utförs inom en specifik verksamhet med fastställda eller lagstadgade mål av den typ som avses i SBU:s vägledningar [34, 35]. Om man till exempel jämför med en hälso- och sjukvårdsinsats där det relevanta målet är patientens hälsa eller livskvalitet, eller en insats inom socialtjänsten där olika mål med etisk betydelse finns beskrivna i socialtjänstlagen, så omfattas de aktörer som arbetar tillsammans i en arbetsmarknadsinsats (till exempel Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och hälso- och sjukvården) ofta av olika lagstiftningar och etiska ramverk. Dessa samverkande aktörer kan dessutom styras av olika mål och idéer kring vad insatsen till syvende och sist ska leda till.

Syftet med de arbetsmarknadsinsatser som belyses i föreliggande rapport är att individer som på grund av sjukdom inte kunnat arbeta under en längre tid ska kunna återgå i arbete. Ur ett etiskt perspektiv är det emellertid tydligt att detta syfte är ett instrumentellt mål. Med detta menas att det är ett mål vars uppfyllelse bara är av värde om det i sin tur leder till andra tillstånd som har finalt värde. Det finns två olika perspektiv på vad som skulle kunna utgöra detta finala värde. Det ena perspektivet är strikt samhällsekonomiskt och det andra är ett perspektiv som utgår från individens behov.

9.1.1 Samhällsekonomiskt perspektiv

Utifrån det samhällsekonomiska perspektivet kan kanske målet med en arbetsmarknadsinsats beskrivas som en för samhället ökad produktivitet och minskade kostnader för sjukskrivning¹⁶. Återgång i arbete är alltså av värde bara om och när detta leder till just ökad produktivitet och minskade kostnader för samhället.

¹⁶. Naturligtvis är även ökad produktion och minskade kostnader instrumentella värden för samhället eftersom dessa vinster måste realiseras i termer av andra nyttigheter för samhället, men i detta sammanhang kan nog dessa mål i alla fall betraktas som mindre instrumentella än målet att individer ska komma i arbete.

Denna distinktion gör det tydligt att vissa typer av arbetsmarknadsinsatser kan uppfylla det instrumentella målet (återgång i arbete), utan att därmed uppfylla det finala målet. Ett sådant exempel kan vara så kallad sjuknärvaro som innebär att människor trots besvär och ohälsa, som borde föranleda vila och sjukfrånvaro, ändå går till sitt arbete. Sjuknärvaro gör visserligen att sjukfrånvaron minskar, men kan leda till sämre hälsa på lång sikt samt till minskad produktivitet (Aronsson och Gustafsson, 2002), se också [72]. Ett annat exempel kan vara att man skapar ”konstruerade” anställningar som inte leder till ökad produktivitet och där kanske lönen helt eller delvis finansieras av offentliga medel. Ur det samhällsekonomiska perspektivet är denna typ av arbetsmarknadsinsatser (trots att de uppfyller det instrumentella målet) sådana att de inte är förenliga eller lever upp till det finala målet (i det här fallet samhällsekonomiska) för insatsen.

9.1.2 Individperspektiv

Utifrån ett individperspektiv kan det emellertid finnas andra mål som är viktigare än de strikt samhällsekonomiska. Denna typ av finala mål kan formuleras i termer av till exempel livskvalitet, och hit skulle man till exempel kunna räkna värdet av upplevd arbetsgemenskap. Ytterligare mål skulle kunna vara egenmakt (empowerment), det vill säga ett tillstånd där individen utövar kontroll över sitt liv och sina livsvillkor [73] eller self-efficacy, ett tillstånd där individen har en stark tro till sin egen förmåga [74]. Även enligt detta individperspektiv verkar det rimligt att se anställning eller återgång i arbete som ett instrumentellt mål. Återgång i arbete är eftersträvarsvårt, men bara i den mån som detta leder till att andra, för individen viktigare mål realiserar. En arbetsmarknadsinsats som visserligen leder till återgång i arbete, men som inte också leder till att individen åtnjuter en ökad grad av livskvalitet och/eller egenmakt – till exempel genom en bättre privatekonomi – uppfyller således inte målen för insatsen ur ett individperspektiv. Ytterligare ett tänkbart individcentrerat mål är hälsa. I många arbetsmarknadspolitiska sammanhang menar man att arbete leder till hälsa, och hänvisar således till ett mer individcentrerat mål bredvid de samhällsekonomiska [75]. Som exempel kan man nämna det biopsykosociala perspektivet där målet med insatsen är hälsa, och där återgång i arbete snarare ses som ett medel för detta mål [4]. Hälsa kan emellertid också ses som en förutsättning eller ett medel för att komma i anställning.

Att målen för insatserna kan vara olika beroende på om man intar ett samhällsekonomiskt perspektiv eller ett individperspektiv kan också leda till olika typer av målkonflikter. Till exempel kan man tänka sig att en typ av insats utifrån ett ekonomiskt perspektiv är effektiv i bemärkelsen att individen snabbt återgår i arbete vilket leder till ökad produktivitet och minskade kostnader för samhället, men att samma insats har mindre god effekt om målet är att individen på lång sikt ska få ökad hälsa, livskvalitet eller känsla av egenmakt.

Man kan också tänka sig insatser som förbättrar individens hälsa, men inte tillräckligt mycket för att påverka arbetsåtergång. Studierna som inkluderats i denna rapport har undersökt såväl effekter på arbetsåtergång som effekter på hälsorelaterade utfall. De hälsoekonomiska studierna har därtill undersökt effekter på QALYs, ett utfallsmått som kombinerar effekter på hälsorelaterad livskvalitet och överlevnad. Frågan om vilka utfallsmått som kan betraktas som relevanta, och hur effekter på de olika utfallsmåtten kan vägas mot varandra beror på hur man ser på insatsernas syfte.

9.1.3 Om orsak och verkan

Ytterligare en fråga är hur de kausala sambanden mellan dessa olika mål ser ut. Om vi med säkerhet kunde säga att återgång i arbete leder till ökad produktivitet och minskade kostnader för samhället, och dessutom kunde säga att återgång i arbete för individen leder till både ökad hälsa, bättre privatekonomi och ökad egenmakt så vore det ju av praktiska skäl förnuftigt att nöja sig med detta instrumentella mål när vi frågar oss om insatsen realiserar de olika målen. Här finns dock skäl att vara försiktig, både ur ett samhällsekonomiskt perspektiv men kanske främst ur ett individperspektiv. Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv kan man göra följande reflektioner. Att återgång i arbete alltid leder till full produktivitet kan som tidigare nämnts ifrågasättas eftersom produktivetsproblem till följd av sjuknärvaro kan uppstå. Att individer kommer tillbaka i arbete betyder således inte per automatik att produktionen ökar till full nivå. Däremot kanske det finns skäl att tro att det finns ett mer direkt samband mellan att en individ kommer i arbete och minskade kostnader för till exempel sjukskrivning eller försörjningsstöd. Här bör man dock ha i åtanke att det kan finnas betydande skillnader på lång och kort sikt. En individ som återgår i arbete så fort som möjligt ger på kort sikt minskade kostnader för sjukskrivning, men om samma individ inte kan hantera sin arbetsåtergång och återfaller i ohälsa kan kostnaderna – både för samhälle och individ – på lång sikt bli större. Vår genomgång har visat att det finns få vetenskapliga artiklar som undersökt insatsernas kostnadseffektivitet.

När det gäller individperspektivet är frågan om effekterna av anställning för hälsa, livskvalitet och egenmakt kanske än mer komplicerade. Låt oss för diskussionens skull utgå från tanken om att det finns förhållandevis okomplicerade orsakssamband mellan de olika målen: Anställning leder till bättre hälsa, bättre privatekonomi och större känsla av egenmakt. Detta kan naturligtvis ibland vara fallet, men orsakssambandet är inte så enkelt och det verkar inte gälla för alla typer av anställningar eller alla typer av arbete. Det finns tvärt om ganska tydliga tecken på att allt fler människor blir sjuka av sitt arbete. Beroende på hur försäkringssystemet ser ut kan det naturligtvis också vara så att det finns personer som genom att de får en anställning får en sämre privatekonomi eller en försämrad levnadssituation, och det finns idag många typer av arbeten och arbetsplatser som inte erbjuder den anställda anställningstrygghet, kontroll i arbetet eller balans mellan arbete och fritid (så kallade friskfaktorer), och därför kanske snarare kan leda till minskad känsla av egenmakt.

Hur man relaterar dessa olika mål till varandra, och vilken vikt man fäster vid dem kan också ha praktiska konsekvenser för utformandet av en insats. Utifrån ett individ- och egenmaktsperspektiv, är det viktigt att den sjukskrivnes kontroll över processen är så stor som möjligt, och att den professionelles roll är att främja processen snarare än att på förhand definiera problemet för att kunna erbjuda en färdig lösning [73]. Om målet med en insats i första hand är hälsa, kan det ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv vara problematiskt att så snabbt som möjligt få individen att gå tillbaka till sin arbetsplats eftersom man anser att individen behöver vila och bli frisk innan denna återgång sker, även om man därmed får ökade kostnader för sjukskrivning. För individen kan dessa olika mål också leda till konflikt om insatserna tydligt fokuserar på samhällsekonomiska mål (till exempel fler arbetade timmar), snarare än på de mål som ter sig viktiga för individen (till exempel god balans mellan arbete och familjeliv/fritid).

Hur ska man då besvara frågan huruvida de insatser vi här har studerat är förenliga med eller lever upp till målet för insatsen? Vi har hittills föreslagit att det finns två huvudsakliga perspektiv som föreslår olika mål för en arbetsmarknadsinsats; dels ett samhällsekonomiskt perspektiv, dels ett individperspektiv. Man kan konstatera att båda dessa perspektiv finns representerade i de kvantitativa studier vi har inkluderat. Det finns dock en tydlig tonvikt på det instrumentella målet (återgång i arbete, sjukskrivning och/eller inkomst), och det individ-centrerade målet hälsa (upplevd ångest, depression, stress och/eller livskvalitet etc.). Även de studier som undersökte insatsernas kostnadseffektivitet undersökte den i förhållande till individens hälsa (QALY). Det vetenskapliga stödet för att insatserna har effekt på de valda måtten är dock förhållandevis lågt. För IPS kan inga positiva effekter fastställas, varken på utfall som återgång i arbete eller på sekundära utfall så som upplevda symtom på ångest eller livskvalitet. För beteendeterapi och teambaserat stöd finns påvisade effekter till exempel på återgång i arbete och minskade symtom på depression, men ingen studie kan uppvisa effekt med avseende på upplevd och/eller förbättrad livskvalitet. De kvalitativa studierna ger dock för handen att deltagare kunde uppleva insatsen som positiv genom att till exempel skapa goda rutiner, en känsla av normalitet och minskad ensamhet.

9.2 Övriga effekter och konsekvenser av insatsen för individen

De effektstudier som diskuterats ovan belyser bestämda utfall och vilket utfall de olika insatserna har i relation till dessa. De kvalitativa resultaten belyser emellertid andra aspekter som också ter sig viktiga ur ett etiskt perspektiv, nämligen hur arbetsmarknadsinsatserna upplevs av individen. Även om en insats uppfyller målen (eller har en viss positiv effekt) kan det naturligtvis finnas andra – och ibland etiska – skäl till att en viss insats är olämplig, till exempel att den strider mot individens rättigheter eller att den har en otillbörlig påverkan på tredje part. De insatser som är föremålet för vår studie reser vad vi erfar inga generella etiska problem av det här slaget. Denna del av den etiska analysen kommer därför snarare att lyfta och problematisera några av de möjliga effekter av insatserna som delvis framkommer i de kvantitativa studierna. Syftet med denna del är således inte att ifrågasätta insatserna som sådana, utan att väcka vissa frågor som kan vara relevanta att ta hänsyn till om man står i begrepp att införa eller utforma någon av dessa arbetsmarknadsinsatser.

9.2.1 Skuld och skam

Som vi redan beskrivit i denna rapport har sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa och psykisk sjukdom ökat de senare åren varför den typ av insatser som vi belyser i den här rapporten också möts med ett ökat intresse från samhällets sida. I Sverige är depression, ångest och stressreaktioner de vanligaste sjukskrivningsdiagnoserna. En rimlig delförklaring till denna ökning är en hög arbetsbelastning inom vissa sektorer och yrken, framför allt så kallade kontaktyrken. Enligt en rapport från Arbetsmiljöverket som syftar till att kartlägga hälsoproblem på den svenska arbetsmarknaden, är en för hög arbetsbelastning en möjlig förklaring till besvär till följd av arbete. Särskilt utsatta är kvinnor som arbetar inom kommun och region, och en stor del av de besvär som här rapporteras är oro, ångest, symtom på depression eller utmattningssyndrom [76]. Det är dock viktigt att notera att denna könsskillnad inte verkar bero varken på kön eller genus, utan snarare på vilken belastning man utsätts för i sitt arbete (se till exempel SBU:s rapport Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom. En systematisk litteraturoversikt) [77].

Om man antar denna förklaringsmodell för de ökande sjukskrivningstalen – det vill säga att dessa delvis kan förklaras av brister i arbetsmiljön – kan man kanske tycka att de insatser som här studerats i viss mån riskerar att lägga ett för stort fokus på den enskilde individen. För att ha rätt till sjukförsäkring från Försäkringskassan måste individen först få en psykiatrisk diagnos, och sedan tycks insatserna till stor utsträckning utgå från denna, eller i alla fall utgå från att problemet i huvudsak ligger hos individen. IPS är en metod som utvecklats för personer med funktionsnedsättning men som nu anpassats till lättare psykiatriska besvär. Beteendeterapi, som KBT och ACT, handlar om att stödja beteendeförändringar hos individen. I teambaserade insatser finns ofta företrädare från hälso- och sjukvården även om det också finns koordinatörer med fokus på

rehabilitering och arbetsåtergång. Det kan således finnas en risk för att ett problem som till stor del beror på ett alltför krävande yrkesliv definieras som ett individuellt och, i huvudsak, medicinskt problem. Denna tendens kan vara olycklig av flera skäl. Denna tendens kan vara olycklig av flera skäl. Förutom att den skulle kunna bidra till en mer generell trend av ökande medikalisering, det vill säga att människors åkommor och problem i allt högre utsträckning klassificeras som medicinska problem och blir föremål för diagnoser och medicinsk behandling, har vi redan rapporterat att individen ofta upplever skam och skuld över sin sjukdom och psykiatriska diagnos. Men det finns också en misstanke om att uppfattningen att individen har ett psykiatriskt problem kan försvåra återgång i arbete, eller, om man så vill, att den leder till minskad tilltro till den egna förmågan. En psykiatrisk diagnos och alltför stort fokus på denna under rehabiliteringsarbetet skulle kunna utgöra en högre tröskel tillbaka in i arbetslivet än om problemet formulerades som till exempel ett arbetsmiljöproblem. Av dessa skäl ter det sig angeläget att rätt insats/behandling ges och att denna kombineras med hantering av eventuella arbetsmiljöproblem.

9.2.2 Autonomi

Vi har redan föreslagit att egenmakt kan ses som ett av flera finala mål med arbetsmarknadsinsatser. Egenmakt har vi vidare förstått som ett tillstånd där individen utövar kontroll över sitt liv och sina livsvillkor. Detta mål är tydligt kopplat till autonomi. Inom den etiska litteraturen är det emellertid vanligt att skilja på autonomi som en rätt till självbestämmande och autonomi som värde. Skillnaden mellan dessa synsätt kan beskrivas som att autonomi som rättighet skyddar en individ från otillbörliga inskränkningar av dennes friheter, medan autonomi som värde innebär att utövandet av autonomi är något som bör främjas. Dessa olika synsätt föranleder olika frågeställningar i förhållande till de arbetsmarknadsinsatser som här studerats. I förhållande till autonomi som rättighet kan det vara relevant att fråga huruvida de arbetsmarknadsinsatser som här studeras på något otillbörligt sätt inskränker individens frihet. I förhållande till autonomi som värde kan det istället vara relevant att fråga i vilken utsträckning insatserna främjar (eller hindrar) individens möjligheter att leva autonomt (självstyrande), med andra ord i vilken utsträckning de lever upp till det individ-centrerade målet egenmakt.

När det gäller den första frågan kan man notera att negativa ekonomiska incitament – så som till exempel sänkt eller utebliven sjukpenning om man inte deltar i arbetsmarknadsinsatser – kan betraktas som en inskränkning av individens reella frihet, även om man inte är tvingad att delta i strikt bemärkelse. Huruvida de insatser som undersökts i föreliggande rapport har varit eller uppfattats som tvingande eller inte av de som deltagit är inte helt tydligt. Bara ibland nämns i bakgrunden att det funnits vissa mer eller mindre tvingande incitament (se till exempel Hellström 2017 [37]). Ur ett samhällsperspektiv är det dock tveksamt om denna typ av inskränkningar av individens frihet är ett problem eftersom samhället ofta ställer krav på sina medborgare som inskränker deras frihet. Autonomi kan dock främjas på olika sätt. Även om man som individ måste delta i arbetsmarknadsinsatser för att få behålla sin sjukpenning

(vilket kan ses som en viss form av tvång), kan det ju samtidigt finnas goda möjligheter för individen att själv besluta om vilka insatser som kan vara av värde och kanske även hur dessa ska utformas. Att deltagare ibland uppfattade insatserna som alltför omfattande kan ju till exempel föreslå att de i för hög omfattning inskränker på individens liv i övrigt. Enligt projektets referensgrupp framkom att de arbetsmarknadsinsatser som finns på kommunal nivå oftare kunde utformas efter den enskilda individens behov medan de statligt finansierade insatserna mer sällan kunde individanpassas. Vidare kan man konstatera att det med avseende på autonomi kan finnas vissa skillnader mellan de olika insatserna vi här har studerat. I IPS (Individual Placement Support) är det till exempel en uttalad del av metoden att deltagarens önskemål om typ av jobb och typ av stöd ska respekteras. Något som ur ett etiskt perspektiv kan tala till denna insats fördel.

I en intervjustudie lyfter man att det också kan finnas svårigheter för en person med CMD-symtom att fullt ut kunna utöva sin autonomi [78]. Detta eftersom man i ett redan utsatt tillstånd kan ha svårt att sätta sig in i och förstå den komplexa processen samt vilka rättigheter och skyldigheter man själv (och andra) har inom ramen för den.

I de kvalitativa artiklarna beskrivs ofta positiva upplevelser av insatserna, till exempel en känsla av ökad autonomi. När koordinatörer anlätades uppskattades deras roll som medlare mellan den sjukskrivna och dennes chef och kollegor eftersom de gav röst åt brukare när de hade svårt att själva göra sin röst hörd [63]. I Wisenthal och medarbetare [66] beskrivs deltagarnas positiva upplevelser just som en ökad känsla av agentskap, egenmakt och självförmåga.

Flera av de insatser som vi här studerat innehåller delar som på många sätt kan likställas med hälso- och sjukvårdsinsatser. Detta gäller i synnerhet insatserna beteendeterapi (KBT och ACT) med involverad arbetsplats samt team med involverad arbetsplats. Inom den medicinska etiken och inom lagstiftning på detta område finns emellertid starka krav på att alla hälso- och sjukvårdsinsatser ska syfta till att gagna patienten, att de ska vara frivilliga och bara användas under förutsättningen att det från patienten finns ett informerat samtycke. Här kan man möjligen se ett problem med de insatser som här studerats och hur de används inom ett arbetsmarknadspolitiskt ramverk. Det är oklart hur man ska förhålla sig till kravet om informerat samtycke där starka negativa ekonomiska incitament i realiteten "tvingar" en individ att genomgå en viss insats som har tydliga hälso- och sjukvårdsinslag. Ur ett vidare perspektiv kan man tänka sig att de hälso- och sjukvårdsinsatser som finns inom ett arbetsmarknadspolitiskt ramverk riskerar att hamna i en gråzon där det inte längre är helt tydligt att de lyder under de generella etiska principer och den hälso- och sjukvårdslagstiftning som finns. Ytterligare ett exempel på vilka problem en sådan gråzon kan orsaka kommer att beskrivas nedan.

9.2.3 Personlig integritet

Många arbetsmarknadsinsatser som beaktats inom ramen för denna rapport involverar flera aktörer. IPS-anpassade insatser består till exempel av ett tvärvetenskapligt team som förutom en IPS-anställningsspecialist innefattar såväl en psykiater, en sjuksköterska och en socialarbetare. För vissa av insatserna på området beteendeterapi formulerades planer för återgång i arbete även gemensamt av en psykolog specialiserad på KBT, patientens läkare och en representant från Försäkringskassan [57] [58]. Förutom det team som utförde interventionerna var arbetsgivaren alltid involverad i processen.

En viktig integritetsfråga är hur man ska se på individens möjlighet att kontrollera och styra flödet av personlig information i denna process. Det är oklart huruvida den information som till exempel psykiatern fick del av i den terapi som utfördes delgavs representanter för myndigheter eller arbetsgivaren. Samtidigt som det verkar viktigt för att lyckas med de insatser som här studerats att man har en öppen dialog med arbetsgivaren [37], kan det uppfattas som känsligt att dela information med arbetsgivaren om hälsotillstånd eller hemförhållanden. Detta eftersom det finns ett stigma kring psykisk ohälsa. I diskussionen kring sina resultat nämner Finnes och medarbetare (2019) [59] att det hade funnits tveksamheter bland vissa av deltagarna när det gällde att dela personliga problem med arbetsgivaren. Denna potentiella konflikt mellan deltagarens integritet och önskan att ha en öppen dialog med arbetsgivaren får också stöd i intervjuerna som utfördes av Holmlund och medarbetare (2022) [78].

10. Diskussion

10.1 Resultatdiskussion

Den systematiska översikt vi genomfört gäller studier som undersökt vilka arbetsmarknadsinsatser som kan få personer som är långtidssjukskrivna på grund av depression, ångest eller stress att återgå i arbete. Totalt identifierades åtta studier, publicerade i elva artiklar, om effekter på återgång i arbete. Studierna kan grupperas i tre kategorier baserat på insatserna: IPS-anpassade insatser (två studier), beteendeterapi med involverad arbetsplats (fyra studier) samt teambaserat stöd med involverad arbetsplats (två studier). I samtliga studier jämfördes dessa insatser med sedvanliga insatser. Vanligtvis studerades effekter på kort sikt vilket innebär upp till ett år efter behandling.

Våra huvudresultat kan sammanfattas på följande sätt:

- De sammanvägda bedömningarna av studierna med beteendeterapi resulterade i låg eller mycket låg tillförlitlighet. Slutsatsen är att beteendeterapi i form av KBT med involverad arbetsplats möjligen kan leda till ökad återgång i arbete och att både KBT och ACT möjligen kan leda till minskade symtom på depression.
- Även studierna med teambaserat stöd hade en låg eller mycket låg tillförlitlighet enligt de sammanvägda bedömningarna. Teambaserat stöd med involverad arbetsplats kan möjligen leda till återgång i arbete på kort sikt och till minskade symtom på depression.
- De sammanvägda bedömningarna av de IPS-anpassade studierna resulterade i mycket låg tillförlitlighet. Vår slutsats är det inte går att bedöma effekten av IPS-anpassade insatser på återgång i arbete eller på de hälsorelaterade utfallen.

Våra resultat är i stort sett i linje med tidigare systematiska kunskapsöversikter med samma målgrupp. Inte heller dessa har gett några entydiga resultat kring vilka insatser som fungerar. Flera av de tidigare kunskapsöversikterna har alltså inte heller gett ett entydigt stöd för att insatser som involverar arbetsplatsen leder till ökad återgång i arbete [79-82]. Samma slutsats gäller även för de mer specifika insatserna kognitiv beteendeterapi med involverad arbetsplats och arbetsplatsanpassad IPS. Inte heller Arends och medarbetare(2012) [83] och Salomonsson och medarbetare (2018) [84] hittar stöd för att kognitiv beteendeterapi leder till ökad återgång i arbete. Däremot finner Fadyl och medarbetare (2020) [85] ett svagt stöd för att IPS fungerar, men att det inte går att dra några slutsatser vad gäller kognitiv beteendeterapi. En översikt som drar en annan slutsats vad gäller kognitiv beteendeterapi är Nigatu och medarbetare (2016) [81] som finner positiva effekter på återgång i arbete.

En kunskapsöversikt vars resultat avviker något från övriga är Mikkelsen och Rosholm (2018) [86]. De finner tydligt stöd för att när man involverar arbetsplatsen på olika sätt så leder det till ökad återgång till arbete. De betonar

alltså behovet av att fokusera på att integrera kontakten med arbetsplatsen.

Ett genomgående resultat från tidigare kunskapsöversikter är att mer forskning behövs och framför allt fler studier med högre vetenskaplig kvalitet jämfört med tidigare studier. En betydande andel av de studier som ingått i kunskapsöversikterna har bedömts ha hög risk för snedvridning av resultaten. Det gäller även denna utvärdering, då 13 av 21 (62 %) relevanta studier exkluderats på grund av hög risk för bias.

Inga studier identifierades om effekter av arbetsmarknadsinsatser som utbildning, praktik, validering och lönebidrag för personer som är långtidssjukskrivna på grund av depression, ångest eller stress.

10.1.1 Resultaten för svensk kontext

Alla studier utom en är gjorda i nordiska länder. När det gäller studierna om IPS-anpassade insatser är en studie svensk och en dansk. För kognitiv beteendeterapi är två studier svenska, en norsk och en dansk. När det gäller teambaserat stöd är en studie dansk och en från Nederländerna. Att en majoritet av studierna vad gäller IPS och beteendeterapi är genomförda i nordiska länder talar för att resultaten är någorlunda överförbara till en svensk kontext. Detta eftersom stora delar av socialförsäkringssystemen är lika mellan de nordiska länderna. Samma slutsats blir svårare att dra när det gäller teambaserat stöd eftersom studierna utgår från en dansk och en nederländsk kontext.

Även om de nordiska länderna kan tänkas vara jämförbara i flera avseenden är det viktigt att poängtera att även betydande skillnader kan föreligga, skillnader som i sin tur kan påverka möjligheten till återgång till arbete. Det kan exempelvis gälla skillnader i arbetsmarknadens funktionssätt, hur arbetslivsinriktad rehabilitering organiseras, regler för anställningstrygghet, arbetsmarknadspolitik och möjlighet till subventionerade anställningar.

Av de uppgifter som Försäkringskassan särskilt tagit fram för denna utvärdering framgår att det varit en variation i antalet långvarigt sjukskrivna under den senaste 15-årsperioden (se avsnitt om Praxis), men också att andelen sjukskrivna för ångest eller reaktioner på svår stress har ökat jämfört med depression och andra psykiatriska diagnoser. Det talar för att insatser för att främja återgång i arbete för dessa personer är fortsatt av stor vikt.

Måttet NNT, numbers needed to treat, ger en tämligen konkret bild av hur många personer som behöver få insatsen för att en ytterligare person kommer i arbete jämfört med den grupp som inte får insatsen. Endast ett fåtal sådana beräkningar har kunnat göras, men de visar en variation mellan 9 och 16 personer.

10.1.2 Hälsoekonomiska resultat

Med tanke på att samhället har begränsat med resurser är det relevant med ekonomiska utvärderingar av hur kostnaderna för de aktuella insatserna förhåller sig till effekterna. Ekonomiska utvärderingar har sin teoretiska grund i välfärdsteori. Den välfärdsekonomiska ansatsen innebär att analysen genomförs ur ett samhällsperspektiv. Samhällsperspektivet innebär i den hälsoekonomiska begreppsvärlden i sin tur att alla kostnader och effekter av en insats, inklusive effekter på hälsa och välfärd, och indirekta kostnader för exempelvis produktionsförluster, inkluderas i analysen. En ekonomisk utvärdering som genomförs enligt det välfärdsteoretiska ramverket omfattar därmed såväl det samhällsekonomiska som individperspektivet som tas upp i etikavsnittet ([Kapitel 9](#)).

Ekonomiska utvärderingar kan emellertid också genomföras med ett snävare perspektiv. Om arbetsåtergång skulle vara det enda målet med de aktuella arbetsmarknadsinsatserna och man vill att insatsen ska betala igen sig i termer av ökad produktivitet kan det räcka med att ställa kostnaderna för insatserna i relation till effekterna på produktion. Om målet med insatsen är bredare krävs också en bredare ansats för den ekonomiska utvärderingen. Valet av perspektiv och vilka kostnader och effekter som inkluderats är viktigt för tolkningen av resultatet av en ekonomisk utvärdering.

I denna rapport inkluderades två studier gällande kostnadseffektivitet. Båda ställde kostnaderna för insatserna i relation till effekter i termer av QALYs, ett utfallsmått som kombinerar effekter på hälsorelaterad livskvalitet och överlevnad. Studierna beaktade därmed individcentrerade mål, men också samhällsekonomiska mål, i och med att de inkluderade kostnader för produktionsbortfall. Signifikanta skillnader i QALYs mellan personer som fick den utvärderade arbetsmarknadsinsatsen och personer som fick sedvanliga insatser saknades i båda studier. Man kan fråga sig hur relevant överlevnadskomponenten i QALYs är för denna typ av insats, som inte kan förväntas ha någon effekt på dödlighet.

Att de ekonomiska utvärderingarna som identifierades i denna rapport beaktade individcentrerade mål är en intressant kontrast till de ekonomiska utvärderingar som identifierades i rapporten för personer med försörjningsstöd. Dessa hade ett mycket snävare perspektiv med fokus på frågan om deltagarnas inkomstökningar översteg kostnaderna för insatsen. Denna skillnad i perspektiv och val av utfallsmått förklaras sannolikt av att föreliggande rapport tar upp insatser som omfattar behandlingar (exempelvis kognitiv beteendeterapi), medan rapporten för personer med försörjningsstöd tar upp mer renodlade arbetsmarknadsinsatser.

10.2 Metoddiskussion

10.2.1 Avgränsningar

Ett antal avgränsningar har gjorts vilket har betydelse för resultaten. När det gäller population har personer med allvarlig psykisk sjukdom exkluderats liksom personer med funktionsnedsättning. Det gjordes eftersom syftet med utvärderingen var att studera effekten av insatser för arbetsföra personer som var sjukskrivna på grund av mild eller måttlig depression, ångest eller stress, vilket är de vanligaste diagnoserna vid långvarig sjukskrivning i Sverige. Studier där en minoritet (<50 %) av undersökningsdeltagarna var sjukskrivna på grund av dessa diagnoser exkluderades. En viss heterogenitet i populationerna förekom därmed eftersom vissa undersökningsdeltagare hade andra psykiatriska diagnoser än CMD. Majoriteten av deltagarna i de inkluderade studierna var dock sjukskrivna på grund av depression, ångest eller stress.

En annan viktig avgränsning gäller att studier av insatser där arbetsgivaren eller arbetsplatsen inte varit involverad har exkluderats. Skälet är att det i tidigare studier visats att arbetsplatsen bör vara involverad för att en person ska komma tillbaka i arbete på ett bra sätt. I övrigt har det vetenskapliga underlaget för vilken åtgärd som är mest effektiv vid återgång till arbete efter en sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa varit svagt [87]. Denna avgränsning har inneburit att ett stort antal artiklar exkluderats. Bland annat av det skälet har slutligen endast åtta studier (om än i elva artiklar) inkluderats i denna översikt.

De primära utfallen var inträde eller återgång i arbete alternativt utbildning samt inkomst där resultaten baseras på kvantitativa data. Syftet med att redovisa kvalitativa data var att komplettera de primära resultaten med den enskilda patientens röst om sina erfarenheter av olika typer av insatser, men utan ambition på evidensgradering. Resultaten från studier med kvalitativa data har därför inte sammanvägts eller bedömts avseende tillförlitlighet.

10.2.2 Studiedesign

För att fånga så relevant litteratur som möjligt kunde både randomiserade och icke-randomiserade kontrollerade studier, kvasiexperimentella studier baserade på registerdata för kvantitativa data samt intervju- och observationsstudier för kvalitativa data inkluderas.

Ingen avgränsning gjordes för så kallad grå litteratur vilket innebar att en relativt stor mängd artiklar identifierades initialt. Inte heller gjordes någon avgränsning med avseende på studiedesign eftersom ett flertal metoder används inom arbetslivsområdet. Slutligen inkluderades dock enbart RCT-studier och intervjustudier.

10.2.3 Begränsningar

Vissa resultat har sammanfattats i synteser utan metaanalys. Det beror på de inkluderade artiklarnas olika sätt att redovisa resultaten per utfallsmått och på avsaknad av rådata i form av centralmått (t.ex. medelvärden) samt spridningsmått (t.ex. standardavvikelse). I dessa fall kunde ingen sammanvägd effekt beräknas i en metaanalys.

För att övergripande kunna beskriva insatserna har en kategorisering gjorts i tre insatstyper. De ingående insatserna per insatstyp har liknande innehåll samt en gemensam nämnare i och med att de har en anknytning till en arbetsplats. Men en heterogenitet finns troligen i hur insatserna genomförts och vad insatserna konkret inneburit för den enskilde individen.

De insatser som studerats var ibland sammansatta av flera olika åtgärder som kunde kombineras allt efter individens behov. Framför allt styrdes insatsernas omfattning av den enskilde individens behov, vilket innebar att det kunde finnas variationer vad gäller både det konkreta innehållet i de insatser som gavs, och omfattningen i tid. Denna metodmässiga begränsning kan dock betraktas som en styrka för den enskilde individen, eftersom insatsen då anpassades efter individens eget behov.

För några utfall har det vetenskapliga underlaget varit otillräckligt för att en eventuell effekt skulle kunna bedömas. Det ska inte tolkas som att det är säkerställt att insatserna saknar effekt på de studerade utfallen, utan det understryker istället behovet av att metoderna studeras ytterligare i välgjorda studier

På grund av den pågående pandemin med covid-19 kunde ingen praxisundersökning genomföras på SBU:s sedvanliga sätt, det vill säga med en enkätundersökning via SKR till kommuner och regioner. Det innebär att informationen om arbetsmarknadsinsatser regionalt och lokalt är något bristfällig. Däremot har de båda referensgrupperna bidragit med övergripande information om insatser på både en nationell och lokal nivå liksom med ett individperspektiv. Den lokala nivån utgjordes av representanter från två kommuner, Köping som representerade små kommuner och Stockholm som representerade storstäder.

10.2.4 Styrkor

Den breda litteratursökningen med flera databaser, inklusive citeringssökning, innefattade olika publikationstyper inklusive så kallad grå litteratur. Det gör att risken för att ha missat några väsentliga studier bedöms vara liten.

Såvitt vi vet finns ingen motsvarande översikt sedan tidigare där de undersökta insatserna har en tydlig arbetsplatsanknytning och där både etiska och ekonomiska aspekter har beaktats.

En annan styrka är att de kvantitativa resultatens tillförlitlighet har bedömts

genom att tillämpa det internationella GRADE-systemet, som innebär att en strukturerad bedömning görs av fem domäner. Där bedöms bland annat hur stor risken är för systematiska fel i studierna, hur mycket studierna motsäger varandra, hur väl de överensstämmer med den fråga som ska besvaras, hur stor den statistiska osäkerheten är samt hur sannolikt det är att själva publiceringen av studier och resultat har snedvridits.

Studierna med kvalitativa data ger en kompletterande bild av den enskilde individens erfarenheter och upplevelser av insatserna, både före, under och vid insatsens avslut.

11. Överväganden för forskning

Vi har i föreliggande rapport identifierat ett bristande vetenskapligt underlag avseende arbetsmarknadsinsatsers effekt på att öka återgång i arbete bland personer sjukskrivna på grund av depression, ångest eller stressreaktion. Samtliga tre insatser (IPS, beteendeterapi med involverad arbetsplats, teambaserat stöd med involverad arbetsplats) som har undersökts kan betraktas som komplexa interventioner som ges av flera involverade aktörer (hälso- och sjukvård, arbetsgivare, representanter från Försäkringskassa eller Arbetsförmedling) till den berörda populationen. Ett bristande vetenskapligt underlag är dock inte detsamma som att arbetsmarknadsinsatser saknar effekt. Det innebär endast att det finns en vetenskaplig osäkerhet om insatsernas effekt och att ytterligare studier behövs för att kunna säkerställa dem. En majoritet (62 %) av de identifierade relevanta primärstudierna har inte analyserats i denna rapport på grund av hög risk för bias, exempelvis brister i urvalsstorlek, randomiseringsförfarande, blindning och högt bortfall under uppföljningstiden. På så sätt drar vi en liknade slutsats som ofta förekommer i de tidigare kunskapsöversikterna, nämligen att det behövs fler studier med högre vetenskaplig kvalitet.

Kända svårigheter med att genomföra randomiserade undersökningar av komplexa interventioner har tidigare påtalats [72, 80]. Detta gäller i synnerhet när interventionsstudier – i likhet med de inkluderade studierna – genomförs parallellt med kliniskt arbete inom till exempel hälso- och sjukvård, på arbetsplatser eller inom en myndighet till exempel Arbetsförmedlingen [88]. Svårigheterna ska dock inte tolkas som att effektutvärderingar av liknande insatser inte ska genomföras – snarare pekar vårt resultat och genomgång av forskningsfältet mot ett fortsatt behov av välgjorda, systematiska undersökningar. Att involverade aktörer, till exempel hälso- och sjukvård, arbetsgivare och Arbetsförmedlingen, tillämpar insatser vars effekter inte är undersökta är problematiskt ur flera perspektiv; ur den berörda populationens/patientgruppens perspektiv, liksom ur de kostnadseffektivitetsmässiga och etiska perspektiven. Framför allt bör man beakta att insatser som saknar tillräckligt vetenskapligt underlag kan innebära att den berörda populationen utsätts för potentiella risker. Likväl finns en risk att otillräckligt utvärderade insatser kan innebära att den berörda populationen undanhålls den potentiella nytta som kan följa av en evidensbaserad insats.

De interventionsstudier som har inkluderats i vår analys visar i några fall på lovande resultat, vilket tyder på att de skulle kunna göras om under förutsättning att studiedesign och kvalitet förbättras.

I likhet med tidigare systematiska översikter [79, 80] har vi i föreliggande rapport identifierat metodbrister gällande exempelvis avgränsningar i population, detaljerade beskrivningar av innehåll i interventionen och innehåll i sedvanlig vård/innehåll i vad som ges till kontrollgrupp. Utifrån en sammantagen bedömning av inkluderade studier ges nedanstående överväganden inför

planering av framtida forskning.

11.1 Rapportering av interventioner

Överlag saknas detaljerade beskrivningar av innehållet i interventionerna, vad jämförelsegruppen erhåller samt förekomst av så kallade ”co-interventions”. Avsaknad av sådan information försvårar tolkning av studiernas resultat och begränsar möjligheterna att replikera studierna. Avseende innehållet i vad jämförelsegrupperna erhåller är informationen om ”sedvanlig insats” och ”sedvanlig vård” bristfällig. För att stärka framtida studier behövs beskrivningar av vad den sedvanliga insatsen innehåller, tillgången till sedvanlig insats, vad studiedeltagaren faktiskt mottar.

Oavsett randomisering kan studiedeltagarna bestämma sig för att söka behandling för sina besvär (t.ex. samtalsstöd eller annan behandling) vilket kan påverka utfallet. I denna utvärdering, där vi har studerat effekter av arbetsmarknadsinsatser bland personer som är långvarigt sjukskrivna, har vi noterat att enbart två studier [53, 58] av de åtta inkluderade rapporterar förekomst av läkemedelsbehandling (vilket bör kunna bidra till ett positivt utfall på återgång i arbete). Därför kan så kallade ”co-interventions”, det vill säga flera åtgärder samtidigt, behöva mätas under uppföljningsperioden.

11.2 Teoribaserade interventioner

Förutom att interventioner bör baseras på systematiska översikter, och i någon mån primärstudier, ser vi även behov av teoribaserade insatser. Teoretiska antaganden för insatsen och hur en interventions komponenter antas påverka utfallet kan med fördel klargöras i en så kallad programteori. Vidare ses behov av att genomföra processutvärdering parallellt med utvärdering av en insats effekter. Med en processutvärdering blir det möjligt att få kunskap om varför en intervention fungerar eller inte. Genom att studera olika faktorer kan dessas eventuella effekter på studiens utfall analyseras. Det gäller bland annat i vilken utsträckning den berörda populationen nås av interventionen, kompetens hos den som ger insatsen, betydelsen av följsamhet till insatsens kärnkomponenter, hur mycket av insatsen som har givits respektive mottagits (dose delivered, dose received), kontextuella faktorer som till exempel vårdnivå, samt hindrande och möjliggörande faktorer för att ge respektive delta i insatsen.

11.3 Samsyn om utfallsmått genom Core Outcome Set

Vidare behövs utveckling av gemensamma utfallsmått för den studerade populationen. Det skulle vara värdefullt med samsyn bland berörda genom att en överenskommen uppsättning av vad som är viktigast att mäta och hur det kan mätas, ett så kallat Core Outcome Set (COS), togs fram. Enligt COMET (Core Outcome Measures in Effectiveness Trials) , pågår arbete med ett COS för ”work participation”, men för närvarande finns inget sådant publicerat. En samsyn kring vilka utfall som är prioriterade skulle även vara betydelsefull för framtida hälsoekonomiska utvärderingar. I nuläget är frågan om insatsernas kostnadseffektivitet svår att besvara med tanke på att det inte är klart vilka effekter beräkningen av kostnadseffektivitet ska grunda sig på, det vill säga om insatsen ska betala sig i termer av ökad produktivitet eller om kostnaden ska relateras till förbättring av hälsa och livskvalitet.

11.4 Uppmärksamma stegvis förflyttning

En annan aspekt är att ringa in en stegförflyttning mot målet att komma åter i reguljärt lönearbete. Ett beteende eller situation som formats under lång tid tar sannolikt lång tid att förändra. Risker är då att effekter på återgång i arbete kommer långt senare och därför inte har kunnat uppmätas under den relativt sett korta uppföljningstiden. En ytterligare aspekt är att det i flera studier är oklart om det i lönearbete ingår en lönesubventionerad anställning eller inte. Därav är det väsentligt att i kommande studier undersöka faktorer och intermediära utfall som troligtvis kan ge en positiv påverkan på återgång i arbete på lång sikt. Exempelvis inom studier som undersöker effekter av samtalsstöd kan insatsen antas stärka klientens generella tilltro till sin egen förmåga att hantera sin situation, och att stärkt tilltro till den egna förmågan kan ha betydelse för om individen återgår i arbete. I kommande studier behövs även mer kunskap om utvecklingen under uppföljningsperioden går i rätt riktning. Detta för att kunna skilja på om insatsen åtminstone leder till förändring i rätt riktning eller om den faktiskt saknar effekt över huvud taget. Framtida forskning behöver också beakta de olika förutsättningarna för olika grupper, som förkvinnor och män, olika åldrar och personer med olika utbildningsnivå.

11.5 Systematiska fel och val av analys

Vi har även identifierat ett antal risker för bias i flertalet studier. Det handlar om att många studier är baserade på få deltagare, att bortfall av studiedeltagare gör att behandling och kontrollgrupp inte är nödvändigtvis jämförbara trots initial randomisering. Det sistnämnda gäller när hasardkvoter används. Dessa är inte självklart enkla att tolka. I bedömningen av sådana resultat bör hänsyn tas till att de individer som har lämnat ”tillståndet” sannolikt har ett bättre hälsoläge än de som är kvar, alternativt har ett sådant yrke och en sådan arbetsplats att arbetsuppgifter kan anpassas till individens arbetsförmåga och funktion.

11.6 Rekrytering av studiedeltagare

Interventionsstudier är tids- och resurskrävande. Därför vill vi även diskutera problemet med att flertalet studier som har ingått i vår granskning rapporterar rekryteringssvårigheter. Dessa innebär att den på förhand uppskattade gruppstorleken inte kan uppnås vilket i sin tur ökar risken för systematiskt snedvridna resultat. Utifrån svensk forskningsetisk lagstiftning (SFS 2003:460) ställs krav på informerat samtycke under vissa omständigheter. Eftersom interventionsstudier syftar till någon form av påverkan är således huvudregeln att deltagaren ska lämna ha informerat samtycke. Samtidigt kan den detaljerade informationen om forskningspersonerna med bland annat fokus på insatsens risker respektive möjliga nytta skapa en skenbar bild av att insatser som ges inom ramen för hälso- och sjukvård – som inte är forskning – är harmlösa eller oskadliga. Möjligen skulle ekonomisk ersättning till hälso- och sjukvården för medverkande studiedeltagare i forskning kunna underlätta rekrytering av deltagare till forskningsstudier, samtidigt som effekter av att erhålla sådan ersättning måste vägas mot eventuella undanträngningseffekter på ordinarie hälso- och sjukvård.

12. Medverkande

12.1 Projektgrupp

12.1.1 Sakkunniga

- Elisabeth Björk Brämberg, docent, Karolinska institutet
- Peter Skogman Thoursie, professor, Stockholms universitet
- Elisabeth Furberg, universitetslektor, Linköpings universitet
- Per Johansson, professor, Uppsala universitet
- Tapio Salonen, professor, Malmö universitet

12.1.2 Kansli

- Elizabeth Åhsberg, projektledare
- Gunilla Fahlström, bitr. projektledare
- Carl Gornitzki, informationsspecialist (till 2111030)
- Ann Kristine Jonsson, informationsspecialist (från 211201)
- Anna Ringborg, hälsoekonom
- Emma Wernersson, projektadministratör
- Elin Malmer, projektadministratör
- Rebecca Silverstein, bitr. projektledare
- Marit Eskel, bitr. projektledare
- Sofia Tranæus, avdelningschef

12.1.3 Externa granskare

SBU anlitar externa granskare av sina rapporter. De har kommit med värdefulla kommentarer som förbättrat rapporten. SBU har dock inte alltid möjlighet att tillgodose alla ändringsförslag och de externa granskarna står därför inte med nödvändighet bakom samtliga slutsatser och texter i rapporten.

- Eva Vingård, professor, Uppsala universitet
- Gunnel Hensing, professor, Göteborgs universitet

12.1.4 Bindningar och jäv

Sakkunniga och externa granskare har i enlighet med SBU:s krav lämnat deklarationer om bindningar och jäv. SBU har bedömt att de förhållanden som redovisats där är förenliga med myndighetens krav på saklighet och opartiskhet.

12.1.5 SBU:s vetenskapliga råd

- Svante Twetman, Köpenhamns universitet, ordförande (tandvård)
- Christel Bahtsevani, Malmö universitet, vice ordförande (omvårdnad)
- Magnus Svartengren, Uppsala universitet (arbetsmiljö)
- Ulrik Kihlbom, Uppsala universitet (etik)
- Lars Sandman, Linköpings universitet (etik)
- Magnus Tideman, Högskolan Halmstad (funktionshinderområdet)
- Pernilla Åsenlöf, Uppsala universitet (fysioterapi)
- Martin Henriksson, Linköpings universitet (hälsoekonomi)
- Katarina Steen Carlsson, Lunds universitet (hälsoekonomi)
- Jan Holst, Malmö och Lunds universitet (medicin)
- Mussie Msghina, Örebro universitet (medicin)
- Britt-Marie Stålnacke, Umeå universitet (medicin)
- Sverker Svensjö, Falun och Uppsala universitet (medicin)
- Anna Ehrenberg, Falun, Högskolan Dalarna (omvårdnad)
- Ata Ghaderi, Uppsala, Karolinska institutet (psykologi)
- Martin Bergström, Lunds universitet (socialt arbete)
- Lena Dahlberg, Falun, Högskolan Dalarna (socialt arbete)
- Christina Nehlin-Gordh, Uppsala universitet (socialt arbete)
- Sten-Åke Stenberg, Stockholms universitet (socialt arbete)

12.1.6 SBU:s nämnd

- Kerstin Nilsson (ordförande SBU:s nämnd) seniorprofessor, obstetrik och gynekologi, Institutionen för medicinska vetenskaper, Örebro universitet
- Susanna Axelsson, generaldirektör, SBU
- Jonas Claesson, hälso- och sjukvårdsdirektör, Region Örebro län
- Heike Erkers, ordförande, Akademikerförbundet SSR
- Björn Halleröd, huvudsekreterare, Vetenskapsrådet, forskningens infrastrukturer
- Fredrik Lennartsson, chef för avdelningen vård och omsorg, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
- Thomas Lindén, chef för avdelningen kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen
- Olle Lundberg, huvudsekreterare, Forte
- Ulf Näslund, prefekt vid Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet
- Monica Persson, socialdirektör, Karlstads kommun
- Jenny Rehnman, chef för avdelningen kunskapsstyrning för socialtjänsten, Socialstyrelsen
- Sineva Ribeiro, ordförande, Vårdförbundet
- Sofia Rydgren Stale, ordförande, Sveriges läkarförbund
- Johan Sanmartin Berglund, professor, institutionen för hälsa, Blekinge Tekniska Högskola
- Elisabeth Wallenius, ordförande, Funktionsrätt Sverige

13. Ordförklaringar och förkortningar

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)	En form av beteendeterapi utvecklad för att behandla symtom vid fysisk och psykisk ohälsa och öka allmän livskvalitet.
Blindning	Åtgärder för att hemlighålla vissa centrala omständigheter i en undersökning tills den är avslutad och resultaten ska bearbetas. Exempelvis att deltagaren inte vet vilken insats han/hon har fått.
Bias	Systematiskt fel. Ett resultatfel i forskningsprocessen som uppstår i en studies uppläggning, genomförande, effektbedömning, publikation eller annan hantering av resultaten och som inte beror på slumpen.
Binära utfall	Utfall som bara kan ha två värden, till exempel "framgång" eller "misslyckande".
Cohens <i>d</i>	Mått på effektstorlek, baserat på den standardiserade skillnaden i utfall mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp.
Co-interventions	Flera åtgärder samtidigt.
Common Mental Disorders (CMD)	I internationell forskning kategoriseras ofta vanligt förekommande psykiatriska sjukdomstillstånd som Common Mental Disorders (CMD). Exempel på sådana sjukdomstillstånd är depression, ångestillstånd och stressrelaterade diagnoser. (Faktaruta 5.1).
Coping-strategi	Strategi för att hantera stressfyllda situationer.
Core Outcome Set (COS)	En överenskommen uppsättning av prioriterade utfall.
Design	Med en forskningsstudies design avses studiens upplägg och utformning.
Effektstorlek	Ett mått på effekten av en behandling eller insats, till exempel hur många personer som får arbete på grund av insatsen jämfört med kontrollgruppen.
Estimerad	Beräknad, uppskattad.
Fixed-effects model	En statistisk modell för metaanalys där antagandet är att alla studier som deltar i metaanalysen är stickprov från en och samma population samt att den underliggande sanna effektstorleken är samma för alla studier.
GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)	Ett internationellt utarbetat system för evidensgradering som SBU använder i syfte att bedöma det vetenskapliga underlagets styrka. (Faktaruta 3.1).
Grå litteratur	Forsningslitteratur som har publicerats utan att ha genomgått vetenskaplig publiceringsprocess, alternativt har publicerats utanför gängse vetenskapliga distributionskanaler eller som inte är lättillgängliga via strukturerade litteratursökningar. Exempel kan vara statliga utredningar och rapporter.
Hasardkvot	Ett mått på hur ofta en viss händelse inträffar i en grupp individer jämfört med hur ofta den inträffar i en annan över tid. En "hasard" mäter sannolikheten att en viss händelse inträffar vid en viss tidpunkt, givet att individen överlevt fram till denna tidpunkt. Hasardkvoten är alltså kvoten mellan två sannolikheter, en för interventionsgruppen och en för jämförelsegruppen.
Humankapitalmetoden	En metod för att skatta värdet av produktion som utgår ifrån att produktionen kan värderas till marknadspris.
Icke-randomiserad studie	En studie där deltagarna inte fördelats helt slumpmässigt till olika typer

(eng: Non-Randomised Studies of Intervention, NRSI)	av behandlingar.
International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)	Ett internationellt klassificeringssystem för sjukdom och hälsorelaterade problem.
Individual Enabling and Support (IES)	Individanpassat stöd, i samarbete med berörda aktörer. Utgår från principerna för IPS (Faktaruta 5.1).
Individual Placement and Support (IPS)	Individanpassat stöd till arbete. En arbetsrehabiliteringsmetod med inriktning mot tidig arbetsplatsplacering med stöd, och som explicit följer åtta steg. (Faktaruta 5.1)
Interventionsstudie	En studie där deltagarna utsätts för en intervention, det vill säga någon insats eller åtgärd som prövas.
IPS Modified for People with Mood and Anxiety Disorders (IPS-MA)	Individanpassat stöd till arbete. En vidareutveckling av IPS för individer med till exempel ångest eller depression. (Avsnitt 5.2.1)
Involverad arbetsplats	Med detta menas att en arbetsplats eller arbetsgivare är delaktig i att få den sjukskrivne tillbaka i arbete eller till utbildning. (Faktaruta 5.1)
Kognitiv beteendeterapi (KBT)	En form av beteendeterapi utvecklad för att behandla symtom vid fysisk och psykisk ohälsa och öka allmän livskvalitet.
Konfidensintervall	Osäkerhetsintervall för en statistisk mätning.
Kontinuerliga utfallsmått	Utfallsmått för fenomen som är kontinuerliga till sin natur, det vill säga att de i princip kan anta vilket värde som helst inom ett visst intervall.
Kostnadseffektivitetsanalys	En hälsoekonomisk analysmetod där kostnader och effekter av två eller flera insatser jämförs. (Faktaruta 3.2).
Kostnadsintäktanalys (eng: Cost-Benefit Analysis, CBA)	En analysmetod där värdet av effekterna av en insats ställs mot de kostnader den ger upphov till. Det som särskiljer CBA från kostnadseffektivitetsanalys är att effekterna värderas i monetära termer. (Faktaruta 3.2).
Kvalitativ studie	Studie som bygger på kvalitativa data (observationer eller ord som beskriver fenomen) och tolkar händelser och utvecklar begreppsmässiga strukturer.
Kvantitativ studie	Studie som bygger på kvantitativa data (mätvärden som uttrycks i siffror) och som vanligen utförs med statistiska metoder.
Kvasiexperimentell studie	En studie eller design där man har en teori eller stöd för att behandlingen till viss del gets slumpmässigt.
Medelvärdeskillnad (eng: Mean Difference, MD)	Ett medelvärde är summan av samtliga observationstal dividerat med antalet observationer. Begreppet medelvärdeskillnad står för skillnaden i medelvärde mellan två grupper.
Metaanalys	Statistisk analysmetod för att väga samman resultat från primärstudier av samma diagnosmetod, behandling eller intervention.
Multimodal rehabilitering	En samlingsbeteckning på behandlingsmetoder som kan inbegripa såväl fysiologiska och medicinska som psykologiska och sociala insatser.
Numbers Needed to Treat (NNT)	Antal personer som statistiskt sett behöver behandlas under en viss tidsperiod för att en person ska undgå en viss oönskad händelse (till exempel hjärtinfarkt).
Observationsstudie	En forskningsstudie där ingen aktiv åtgärd vidtas.
Oddsquot	En oddsquot är en quot mellan två odds. I regel en behandlad grupp mot en obehandlad. Ett odds är sannolikhet att ett utfall observeras (tex död eller arbete) delat med sannolikheten att det inte observeras (dvs

ej död och ej arbete).

PICO (Population, Intervention, Control, Outcome. Sv: population, insats, jämförelse / kontroll, utfall)	Ett format för en strukturerad frågeställning vid litteratursökning, som ger en precisering av vilken grupp av personer som avses, vilken insats eller behandling som ska jämföras med vilket alternativ, och på vilket sätt utfallet ska mätas.
Population	Den grupp i samhället man vill dra slutsatser om. Ibland studeras hela populationen, ibland baseras analysen på ett representativt urval av populationen.
Primärstudie	Studie där data först samlas in och analyseras. Kallas även originalstudie eller empirisk studie.
Procentenhet	Skillnad mellan två mått mätta i procent.
QALYs (Quality-adjusted life years. Sv: Kvalitetsjusterade levnadsår)	Ett mått på hälsa som väger samman livslängd och hälsorelaterad livskvalitet.
Randomisering	Slumpmässig fördelning av deltagarna i en studie.
RCT-studie (Randomiserad kontrollerad studie. Eng: Randomised Controlled Study)	En studie där deltagarna fördelats slumpmässigt mellan en grupp som får en insats och en jämförelsegrupp.
Random Effects Model	En statistisk modell för metaanalys där antagandet är att alla studier som ingår i metaanalysen är stickprov från olika bakomliggande populationer.
Registerdata	Data från offentlig statistik, medicinska databaser med mera.
Standardiserad medelvärdesskillnad (eng: Standardized Mean Difference, SMD)	Ett standardiserat mått på skillnaden i medelvärde mellan två grupper. En vanlig bedömning är att SMD 0,2 motsvarar en liten, 0,5 en måttlig och 0,8 en stor skillnad mellan grupperna.
Syntes	Sammanställning eller förening av olika enheter till en helhet.
Syntes utan metaanalys	Syntes av kvantitativa resultat som görs på andra sätt än genom en metaanalys. Används när data för metaanalys inte är tillgängliga.
Systematisk översikt	Sammanställning av resultat från vetenskapliga undersökningar som med systematiska och tydligt beskrivna metoder har identifierats, valts ut och bedömts kritiskt och som avser en specifikt formulerad forskningsfråga.
Utfall eller utfallsmått	Mått på effekten av viss behandling eller insats.
Validering	Innebär bedömning av personens kompetens och kunskaper oavsett om de erhållits genom studier, i arbetslivet eller i vardagen.

14. Referenser

1. SBU. Effekter av arbetsmarknadsinsatser för personer med varaktigt försörjningsstöd. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2022 351.
2. SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: en metodbok. . Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2020. Available from: <https://www.sbu.se/sv/metod/sbus-metodbok/>.
3. Regeringen. Regeringens strategi inom området psykisk hälsa 2016-2020 - Fem fokusområden fem år framåt. Stockholm; 2016 Kommittédirektiv 2015:138.
4. van der Noordt M IH, Droomers M, Proper K. Health effects of employment: a systematic review of prospective studies Occupational Environmental Health. . Occup Environ Med. 2014;71:730-6. Available from: <https://doi.org/10.1136/oemed-2013-101891>.
5. Vingård E. Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro. Uppdaterad version. Forte; 2020.
6. Janlert U. Arbete, arbetslöshet och jämlik hälsa - en kunskapsöversikt. Underlagsrapport nr 2 till kommissionen för jämlik hälsa; 2016 S2015:02.
7. Norström F, Waernerlund A, Lindholm L, Nygren R, Sahlén K, Brydsten A. Does unemployment contribute to poorer health-related quality of life among Swedish adults? BMC Public Health. 2019(19):457.
8. Paul K, Moser K. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. Journal of Vocational Behavior. 2009(74):264-82.
9. Hensing G, Holmgren K, Björk L, (red.). Psykisk hälsa i arbetslivet. Lund Studentlitteratur; 2021.
10. Socialstyrelsen. Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – Systematisk förteckning, svensk version (ICD-10-SE) Del 1 (3) A-G; 2022 2022-1-7717. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/klassifikationer-och-koder/2022-1-7717.pdf>.
11. Försäkringskassan. Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år. Stockholm; 2020 2020:8. Available from: <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/e12b777c-e98a-488d-998f-501e621f4714/sjukfranvaro-i-psykiatriska-diagnoser-socialforsakringsrapport-2020-8.pdf?MOD=AJPERES&CVID=#:~:text=Det%20g%C3%A4ller%20inte%20minst%20f%C3%B6r,diagnoser%20under%202018%20och%202019>.
12. OECD. Mental Health and Work: Sweden: OECD OECD; 2013. Available from: <https://www.oecd.org/els/mental-health-and-work-sweden-9789264188730-en.htm>.

13. OECD/EU. Health at a glance: Europe 2018 state of health in the EU cycle, OECD. Paris; 2018. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance_eur-2018-en.pdf?expires=1643119324&id=id&accname=guest&checksum=43631930B7FD7DE6F2589A54E5737E2B.
14. Lidwall U. Long-term sickness absence: Aspects of society, work, and family. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010. Available from: <https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/38927/thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
15. Försäkringskassan. Vad händer efter avslutad sjukpenning? Sysselsättning och försörjning för de som får avslag eller avslutar sjukpenning dag 180 - 365; 2018. Socialförsäkringsrapport 2018:8.
16. ESO. Sjukskrivningarnas anatomi – en ESO-rapport om drivkrafterna i sjukförsäkringssystemet ESO. Stockholm: ESO; 2016.
17. ISF. Tidsgränserna i sjukförsäkringen: Inspektionen för Socialförsäkringen; 2015 2015:5.
18. SOU. En begriplig och trygg sjukförsäkring; 2020 2020:6.
19. Waddell G, Burton, A. K., & Kendall, N. A. S. Vocational Rehabilitation: What works, for whom, and when? London: TSO; 2008. Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/209474/hwwb-vocational-rehabilitation.pdf.
20. OECD. Transforming Disability into Ability. Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People. Paris: OECD; 2003. Available from: <https://www.oecd.org/els/emp/transformingdisabilityintoability.htm>.
21. SOU. Mera försäkring och mera arbete; 2006 2006:86.
22. Socialstyrelsen. Individanpassat stöd till arbete enligt IPS-modellen - vägledning för arbetschoacher; 2012 2012-8-5.
23. Bond GR, Drake RE, Campbell K. Effectiveness of individual placement and support supported employment for young adults. Early intervention in psychiatry. 2014;10(4):300-7.
24. Drake RE, Becker DR. Introducing Individual Placement and Support (IPS) supported employment in Japan. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2019;73(2):47-9.
25. Modini M, Tan L, Brinchmann B, Wang MJ, Killackey E, Glozier N, et al. Supported employment for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis of the international evidence. The British journal of Psychiatry. 2018;209(1):14-22.
26. SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: en metodbok. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2020. [accessed Sep 20 2021]. Available from: <https://www.sbu.se/metodbok>.
27. Rayyan; 2016. Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews. Systematic Reviews
28. Sterne JAC SJ, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. BMJ open.

- 2019;366:l4898. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.l4898>
29. Manager R. Version 5.3. uppl: Copenhagen: The Nordic Cochrane Centre, The Cochrane Collaboration; 2014.
 30. Braun V, & Clarke, V. . Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*. 2006;3(2):77-101. Available from: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.
 31. Hultkrantz Vimefall. Samhällsekonomisk nyttokostnadsanalys: Lund: Studentlitteratur AB; 2020.
 32. CMT. Tröskelvärden och kostnadseffektivitet - innebörd och implikationer för ekonomiska utvärderingar och beslutsfattande i hälso- och sjukvården. Linköpings universitet: Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi; 2018. Available from: <https://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1267099/FULLTEXT01.pdf>.
 33. Persson. Hälsoekonomi - begrepp och tillämpningar; 2019.
 34. SBU. Etiska aspekter på insatser inom det sociala området. En vägledning för att identifiera relevanta etiska frågor. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2019. Available from: https://www.sbu.se/globalassets/ebm/etiska_aspekter_sociala_omradet.pdf.
 35. SBU. Etiska aspekter på insatser inom hälso- och sjukvården. En vägledning för att identifiera relevanta etiska aspekter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2021. Available from: https://www.sbu.se/globalassets/ebm/etiska_aspekter_halso_sjukvarden.pdf.
 36. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd; 2018 2018-9-6.
 37. Hellstrom L, Bech P, Hjorthoj C, Nordentoft M, Lindschou J, Eplov LF. Effect on return to work or education of Individual Placement and Support modified for people with mood and anxiety disorders: results of a randomised clinical trial. *Occupational and environmental medicine*. 2017;74(10):717-25.
 38. Bejerholm U, Larsson ME, Johanson S. Supported employment adapted for people with affective disorders—A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. 2017;207:212-20.
 39. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32(1):50-5. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>.
 40. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62. Available from: <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>.
 41. Montgomery Å. Depression Self Rating Scale, MADRS-S. 1979.
 42. Hermens M. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry*. 2006;22(6):34. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-34>.
 43. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*,. 1983;67:361-70.
 44. Cohen S, Kamarck, T., & Mermelstein, R. A global measure of perceived

- stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983;24:385-96. Available from: <https://doi.org/10.2307/2136404>.
45. Partinene MGT. Basic Nordic Sleep Questionnaire (BNSQ): a quantitated measure of subjective sleep complaints. *Journal of Sleep Research*. 1995;45(1):150-5. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.1995.tb00205.x>.
 46. Lundgren-Nilsson Å JHI, Pallant J. Internal construct validity of the Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ). *BMC Public Health* 2012;12(1). Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-1>
 47. Priebe S, Huxley, P, Knight, S, Evans, S. Application and results of the Manchester Short Assessment of quality of life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*. 1999;45(1):7-12. Available from: <https://doi.org/10.1177/002076409904500102>.
 48. Foundation ER. EQ-5D-5L User Guide, 2019. EuroQol Research Foundation; 2019. Available from: <https://euroqol.org/publications/user-guides/>.
 49. McHorney CA, Ware, J. E., & Raczek, A. E. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care*. 1993;31(3):247-63. Available from: <https://doi.org/10.1097/00005650-199303000-00006>.
 50. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*. 1985;49:71-5.
 51. Tuomi K, Ilmaren J, Martikainen R, Aalto L, Klockars M. Aging, work, life-style and work ability among Finnish municipal workers in 1981–1992. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 1997;23:58-65.
 52. Mundt J, Marks I, Shear M, Greist J. The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *BR J PSYCHIATRY*. 2002;180:461-4.
 53. Dalgaard VL, Andersen LPS, Andersen JH, Willert MV, Carstensen O, Glasscock DJ. Work-focused cognitive behavioral intervention for psychological complaints in patients on sick leave due to work-related stress: Results from a randomized controlled trial. *J Negat Results Biomed*. 2017a;16(1):13. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12952-017-0078-z>.
 54. Dalgaard VL, Aschbacher K, Andersen JH, Glasscock DJ, Willert MV, Carstensen O, et al. Return to work after work-related stress: a randomized controlled trial of a work-focused cognitive behavioral intervention. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2017b;43(5):436-46.
 55. Overland S, Grasdahl AL, Reme SE. Long-term effects on income and sickness benefits after work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support: a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Occupational and environmental medicine*. 2018;75(10):703-8.

56. Reme SE, Grasdal AL, Lovvik C, Lie SA, Overland S. Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial. *Occupational and environmental medicine*. 2015;72(10):745-52.
57. Salomonsson S, Santoft F, Lindsater E, Ejeby K, Ingvar M, Ljotsson B, et al. Effects of cognitive behavioural therapy and return-to-work intervention for patients on sick leave due to stress-related disorders: Results from a randomized trial. *Scandinavian journal of psychology*. 2020;61(2):281-9.
58. Salomonsson S, Santoft F, Lindsater E, Ejeby K, Ljotsson B, Ost LG, et al. Cognitive-behavioural therapy and return-to-work intervention for patients on sick leave due to common mental disorders: a randomised controlled trial. *Occupational and environmental medicine*. 2017;74(12):905-12.
59. Finnes A, Ghaderi A, Dahl J, Nager A, Enebrink P. Randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy and a workplace intervention for sickness absence due to mental disorders. *J Occup Health Psychol*. 2019;24(1):198-212. Available from: <https://doi.org/10.1037/ocp0000097>.
60. Lammerts L, Schaafsma FG, Bonefaas-Groenewoud K, van Mechelen W, Anema J. Effectiveness of a return-to-work program for workers without an employment contract, sick-listed due to common mental disorders. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2016;42(6):469-80.
61. Hoff A, Poulsen RM, Fisker J, Hjorthøj C, Rosenberg N, Nordentoft M, et al. Integrating vocational rehabilitation and mental healthcare to improve the return-to-work process for people on sick leave with depression or anxiety: results from a three-arm, parallel randomised trial. *Occupational and environmental medicine*. 2022;79(2):134-42.
62. Johanson S, Markström, U, Bejerholm, U. Enabling the return-to-work process among people with affective disorders: A multiple-case study. *Scand J Occup Ther*. 2019;26(3):205-18. Available from: <https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1396356>.
63. Stromback M, Fjellman-Wiklund A, Keisu S, Stureson M, Eskilsson T. Restoring confidence in return to work: A qualitative study of the experiences of persons with exhaustion disorder after a dialogue-based workplace intervention. *PloS one*. 2020;15(7):e0234897.
64. Andersen MF, Nielsen K, Brinkmann S. How do workers with common mental disorders experience a multidisciplinary return-to-work intervention? A qualitative study. *Journal of occupational rehabilitation*. 2014;24(4):709-24.
65. Wastberg BA, Erlandsson LK, Eklund M. Client perceptions of a work rehabilitation programme for women: the Redesigning Daily Occupations (ReDO) project. *Scand J Occup Ther*. 2013;20(2):118-26. Available from: <https://doi.org/10.3109/11038128.2012.737367>.
66. Wisenthal A, Krupa T, Kirsh B, Lysaght R. Insights into cognitive work hardening for return-to-work following depression: Qualitative findings from an intervention study. *Work (Reading, Mass)*. 2019;62(4):599-613.

67. Reenen HHH-v. Worksite mental health interventions: a systematic review of economic evaluations. *Occup Environ Med*. 2012;69. Available from: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1136/oemed-2012-100668>.
68. Hellström L, Kruse M, Christensen TN, Trap Wolf R, Eplov LF. Cost-effectiveness analysis of a supported employment intervention for people with mood and anxiety disorders in Denmark—the IPS-MA intervention. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2021;75(5):389-96.
69. Finnes A, Hoch JS, Enebrink P, Dahl J, Ghaderi A, Nager A, et al. Economic evaluation of return-to-work interventions for mental disorder-related sickness absence: two years follow-up of a randomized clinical trial. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2022.
70. Finnes A, Enebrink P, Sampaio F, Sorjonen K, Dahl J, Ghaderi A, et al. Cost-Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and a Workplace Intervention for Employees on Sickness Absence due to Mental Disorders. *Journal of occupational and environmental medicine*. 2017;59(12):1211-20.
71. Lammerts L, van Dongen JM, Schaafsma FG, van Mechelen W, Anema JR. A participatory supportive return to work program for workers without an employment contract, sick-listed due to a common mental disorder: an economic evaluation alongside a randomized controlled trial. *BMC public health*. 2017;17(1):162.
72. Arends I, van Zon Sander, KR., Bultmann, Ü. Supporting workers with mental health problems at work: challenges and avenues. *Scand J Work Environ Health*. 2022;48(5):323-6. Available from: <https://doi.org/10.5271/sjweh.4044>
73. Tengland P. The concept of work ability. *J Occup Rehabil*. 2011;21(2):275-85. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10926-010-9269-x>.
74. Bandura A. Self-efficacy. The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company. Emory University, Division of Educational Studies, Information on Self-Efficacy: A Community of Scholars. 1997.
75. van der Noordt M, Ijzelenberg H, Droomers M, Proper K. Health effects of employment: a systematic review of prospective studies *Occupational Environmental Health*. 2014(71):730-6. Available from: <https://doi.org/10.1136/oemed-2013-101891>.
76. Arbetsmiljöverket. Arbetsorsakade besvär 2020; 2021 2021:3.
77. SBU. Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2014 223.
78. Holmlund A. Ethical aspects of the coordination of return-to-work among employees on sick leave due to common mental disorders: a qualitative study. *Disability and rehabilitation*. 2022;8:1-10.
79. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Joosen MC. The effectiveness of return-to-work interventions that incorporate work-focused problem-solving skills for workers with sickness absences related to mental disorders: a systematic

- literature review. *BMJ Open*. 2015;5(6):e007122. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007122>.
80. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven AC, Bultmann U, Faber B. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020. Available from: <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/14651858.CD006237.pub4>.
 81. Nigatu YT, Liu Y, Uppal M, McKinney S, Rao S, Gillis K, et al. Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychol Med*. 2016;46(16):3263-74. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0033291716002269>.
 82. van Vilsteren M, van Oostrom SH, de Vet HC, Franche RL, Boot CR, Anema JR. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015(10):CD006955. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006955.pub3>.
 83. 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. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006389.pub2>.
 84. Salomonsson S, Hedman-Lagerlof E, Ost LG. Sickness absence: a systematic review and meta-analysis of psychological treatments for individuals on sick leave due to common mental disorders. *Psychol Med*. 2018;48(12):1954-65. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0033291718000065>.
 85. Fadyl JK, Anstiss D, Reed K, Khoronzhevyh M, Levack WMM. Effectiveness of vocational interventions for gaining paid work for people living with mild to moderate mental health conditions: systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2020;10(10):e039699. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039699>.
 86. Mikkelsen MB, Rosholm M. Systematic review and meta-analysis of interventions aimed at enhancing return to work for sick-listed workers with common mental disorders, stress-related disorders, somatoform disorders and personality disorders. *Occup Environ Med*. 2018;75(9):675-86. Available from: <https://doi.org/10.1136/oemed-2018-105073>.
 87. Vingård E. Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro: Forte; 2015.
 88. Skivington K, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2021;374(n2061). Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>.