



Folkhälsomyndigheten

# Insatser via företagshälsovården för att förebygga eller minska psykisk ohälsa

En kartläggande litteraturöversikt – uppdatering 2018



# Insatser via företagshälsovården för att förebygga eller minska psykisk ohälsa

En kartläggande litteraturöversikt – uppdatering 2018

## **Bindningar och jäv**

För Folkhälsomyndighetens egna experter och sakkunniga som medverkat i rapporter bedöms eventuella intressekonflikter och jäv inom ramen för anställningsförhållandet.

När det gäller externa experter och sakkunniga som deltar i Folkhälsomyndighetens arbete med rapporter kräver myndigheten att de lämnar skriftliga jävsdeklarationer för potentiella intressekonflikter eller jäv. Sådana omständigheter kan föreligga om en expert t.ex. fått eller får ekonomisk ersättning från en aktör med intressen i utgången av den fråga som myndigheten behandlar eller om det finns ett tidigare eller pågående ställningstagande eller engagemang i den aktuella frågan på ett sådant sätt att det uppkommer misstanke om att opartiskheten inte kan upprätthållas.

Folkhälsomyndigheten tar därefter ställning till om det finns några omständigheter som skulle försvåra en objektiv värdering av det framtagna materialet och därmed inverka på myndighetens möjligheter att agera sakligt och opartiskt. Bedömningen kan mynna ut i att experten kan anlitas för uppdraget alternativt att myndigheten föreslår vissa åtgärder beträffande expertens engagemang eller att experten inte bedöms kunna delta i det aktuella arbetet.

De externa experter som medverkat i framtagandet av denna rapport har inför arbetet i enlighet med Folkhälsomyndighetens krav lämnat en deklARATION av eventuella intressekonflikter och jäv. Folkhälsomyndigheten har därefter bedömt att det inte föreligger några omständigheter som skulle kunna äventyra myndighetens trovärdighet. Jävsdeklarationerna och eventuella kompletterande dokument utgör allmänna handlingar som normalt är offentliga. Handlingarna finns tillgängliga på Folkhälsomyndigheten.

---

Denna titel kan laddas ner från: [www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material](http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material)

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 2019.

Artikelnummer: 19057

## Om publikationen

Folkhälsomyndigheten har i uppdrag av regeringen att stödja kunskapsutveckling på regional och lokal nivå inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Uppdraget kan t.ex. omfatta att främja samverkan, stärka framtagande av ny kunskap samt stödja kunskapsspridning och uppföljning. Denna rapport ingår som en del av detta uppdrag.

Cirka 59 procent av alla anställda i Sverige har i dag tillgång till företagshälsovård genom sin arbetsgivare. Företagshälsovården (FHV) kan därför förväntas vara en viktig aktör för arbetshälsan och i förlängningen också för folkhälsan då den når en stor andel av alla anställda i Sverige. Den här rapporten, som bygger på resultaten från en kartläggande litteraturöversikt om insatser som getts av FHV för att förebygga eller minska psykisk ohälsa bland anställda, kan utgöra ett underlag för FHV:s arbete med insatser baserade på vetenskapligt grundade metoder. Rapporten kan också vara av intresse för berörda myndigheter, beslutsfattare och forskare inom området samt andra intresserade.

Rapporten i sin helhet är omfattande och lämpar sig för dem som är intresserade av fördjupande läsning och metodologiska aspekter. Resultaten kommer även att presenteras i kortfattade och översiktliga format för de som snabbt vill tillgodogöra sig de viktigaste resultaten och slutsatserna. Rapporten är en uppdatering av en tidigare litteraturöversikt inom området från 2015.

Rapporten har tagits fram av Gunnar Bergström, docent i medicinsk psykologi vid Karolinska Institutet och professor i arbetshälsovetenskap vid Högskolan i Gävle. Han var även verksam vid Centrum för arbets- och miljömedicin, Region Stockholm, i början av detta arbete. Medverkande har varit Elisabeth Björk Brämberg, Fil.dr, Iben Axén, docent och Carl Strömberg, ekonom, samtliga verksamma vid Karolinska Institutet. Ansvariga för projektet vid Folkhälsomyndigheten har varit Marjan Vaez och Regina Winzer vid enheten för Psykisk hälsa och uppväxtvillkor. Ansvarig enhetschef har varit Johanna Ahnquist.

Folkhälsomyndigheten

*Anna Bessö*

Avdelningschef

# Innehållsförteckning

Om publikationen.....	5
Förkortningar.....	8
Sammanfattning .....	9
Problemlösningsbaserade samtal och KBT kan minska sjukskrivning .....	9
Summary .....	10
Occupational Health Service interventions to prevent or reduce common mental disorders .....	10
Bakgrund .....	11
Psykisk ohälsa – ett folkhälsoproblem .....	11
Arbete och psykisk ohälsa .....	11
Insatser vid stress eller psykisk ohälsa i arbetslivet .....	12
Företagshälsovården som aktör för arbetshälsa .....	13
Uppdatering av en tidigare kartläggande litteraturöversikt.....	13
Målgrupp för denna rapport.....	14
Syfte, målsättning och delmål.....	15
Syfte.....	15
Målsättning .....	15
Delmål .....	15
Metod .....	16
Inklusionskriterier .....	16
Population.....	16
Intervention .....	17
Jämförelse .....	17
Utfall.....	17
Design .....	17
Publikationsspråk och publikationsår .....	17
Sökstrategier och identifiering av studier.....	17
Granskning.....	18
Urval av studier – relevansbedömning.....	18
Kvalitetsbedömning .....	18

Sammanställning .....	19
Resultat .....	20
Inkluderade studier i den uppdaterade kartläggningen .....	20
Utfallsmätningar .....	21
Sammanfattning av studierna .....	21
Förebyggande insatser .....	22
Interventioner för riskgrupper .....	23
Rehabiliterande insatser .....	25
Sammanställning av kunskapsunderlaget från båda kartläggningarna.....	29
Sammanfattande bedömning av kunskapsläget .....	30
Diskussion .....	31
Förebyggande insatser .....	31
Interventioner för riskgrupper.....	32
Rehabiliterande insatser .....	32
Psykiska symtom och arbetsåtergång.....	33
Generaliserbarhet till svenska förhållanden.....	33
Sammanfattande diskussion .....	34
Slutsatser.....	35
Referenser .....	37
Bilagor .....	42
Bilaga 1. Sökningar med söksträngar .....	42
Bilaga 2. Beskrivning av studierna.....	49
Förebyggande insatser .....	49
Interventioner för riskgrupper.....	51
Rehabiliterande insatser .....	54

## Förkortningar

ADA	ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång
BDI	Beck Depression Inventory
BNSQ	Basic Nordic Sleep Questionnaire
CFQ	Cognitive Failures Questionnaire
CMDs	Common mental disorders
DALY	Disability-Adjusted Life Year (Funktionsjusterade levnadsår)
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FHV	Företagshälsovård
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder 7-Item Scale
KBT	Kognitiv beteendeterapi
KOSS	Korean Occupational Stress Scale
K6	Kessler Psychological Distress Scale
MPSS	Modified PTSD (Post-traumatic Stress Disorder) Symptom Scale
PHQ	Patient Health Questionnaire
PLS	Problemlösningsbaserade samtal
RTW	Return To Work
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling)
SBU	Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
SOC	Sense of Coherence (Känsla av sammanhang)
SCID	Structured Clinical Interview for <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
SF-HLQ	Short Form- Health and Labor Questionnaire
WSRI	Worker's Stress Response Inventory



# Sammanfattning

Psykisk ohälsa är en vanlig orsak till lidande och försämrad arbetsförmåga, både i Sverige och internationellt. Effektiva insatser för att förebygga eller minska psykisk ohälsa har möjlighet att påverka folkhälsan. Den här litteraturöversikten sammanfattar nationell och internationell forskning om insatser som getts av företagshälsovården (FHV) för att förebygga eller minska psykisk ohälsa bland anställda. En sammanvägning av resultat för effekter av de identifierade insatserna har gjorts genom en narrativ analys. Rapporten är en uppdatering av en tidigare kartläggande litteraturöversikt inom området.

## Problemlösningsbaserade samtal och KBT kan minska sjukskrivning

För rehabiliterande insatser till anställda som är sjukskrivna för psykisk ohälsa indikerar det vetenskapliga underlaget att problemlösningsbaserade samtal (PLS) och kognitiv beteendeterapi (KBT) med arbetsplatsinriktning kan minska sjukskrivning och/eller påskynda återgången i arbete jämfört med sedvanlig insats. Effekten är oklar för övriga rehabiliterande insatser.

Kunskapsläget är oklart när det gäller effekter av förebyggande insatser och insatser till anställda som löper risk att utveckla psykisk ohälsa eller bli sjukskrivna. Några av studierna tyder på positiva effekter, exempelvis en insats byggd på screening, återkoppling och uppföljning hos FHV-läkare. Insatserna som utvärderats är dock av olika karaktär och det är därför viktigt att försöka replikera dessa resultat. Dessutom behövs utvärderingar av fler teoribaserade förebyggande insatser, med ett forskningsupplägg som gör det möjligt att dra säkrare slutsatser av insatsernas effekter. I detta sammanhang är det viktigt att kontrollgrupper används.

Flera studier indikerar också att det inte finns en tydlig relation mellan symtomens omfattning och tiden till återgång i arbete. I en studie gick insatsen bl.a. ut på att öka de sjukskrivnas tilltro till sin förmåga att återgå i arbete trots symtom, kombinerat med en problemlösningsbaserad metodik som var riktad mot arbetsplatsen. De anställda som fick denna insats återvände snabbare till sitt arbete jämfört med de som fick sedvanlig insats, medan de psykiska symtomen minskade i båda grupperna oavsett graden av arbetsåtergång. Det är alltså viktigt att tidigt i processen diskutera återgången till arbetet och att erbjuda metoder för samtidig symtomhantering och arbetsåtergång.

Sammantaget indikerar resultaten att arbetsplatsinriktade insatser med PLS och KBT som ges via FHV kan förkorta tiden till arbetsåtergång bland anställda som är sjukskrivna för psykisk ohälsa. Undersökningen visar också att förebyggande insatser inom FHV behöver utvecklas och utvärderas ytterligare.

# Summary

## Occupational Health Service interventions to prevent or reduce common mental disorders

Common mental disorders (CMDs) are a common cause of suffering and impaired work ability both in Sweden and worldwide. Effective interventions to prevent or reduce such disorders are important for public health. This scoping literature review summarizes national and international research on interventions administered through the occupational health service (OHS) targeted to prevent or reduce CMDs among employees. The effect of the identified interventions on workability and on CMDs symptoms were evaluated in a narrative analysis. This report is an update of a previous scoping review in the field.

For rehabilitation interventions targeting employees who were on sick leave with CMDs, the results indicated that the problem solving interventions and work-oriented Cognitive Behavioral Therapy (CBT) decreased time to first return-to-work among employees on sick-leave for CMDs in comparison with treatment-as-usual. The effect on sick leave or return to work for other rehabilitative interventions given at the OHS is unclear.

The state of knowledge is unclear regarding effectiveness of primary preventive interventions and interventions targeting employees who are at risk of developing mental ill health and impaired work ability. Some studies indicate positive effects, such as an intervention based on screening, feedback and follow up at OHS-physician. However, the interventions evaluated here are of different nature and it is therefore important to replicate these results. There is also a need for evaluating theory-based preventive strategies with scientifically robust methods, such as the vital use of groups for comparison, in order to understand the effectiveness of such interventions.

Several studies also indicate that there is no clear association between the extent of symptoms and the time to return to work. In one of the included studies in this update, the intervention aimed to improve the participants' self-efficacy beliefs regarding their ability to return to work despite symptoms of CMDs. Employees who were given this intervention had a faster return to work compared to treatment as usual, and both groups improved in symptoms. This emphasizes the need to address return to work early in the rehabilitation process and the need to offer symptom management and methods to facilitate return to work simultaneously.

In conclusion, the results of this review indicate that work-oriented interventions such as problem solving interventions and CBT administered through the OHS can shorten the time to first return to work among employees sick-listed for CMDs and those preventive interventions should be evaluated further.

# Bakgrund

## Psykisk ohälsa – ett folkhälsoproblem

Psykisk ohälsa är en vanlig orsak till lidande och försämrad arbetsförmåga, både i Sverige och internationellt. Med psykisk ohälsa avser författarna i denna rapport depressionssjukdomar, ångestsjukdomar och stressrelaterad psykisk ohälsa (anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress), på engelska ofta kallat common mental disorders (CMDs). Depression är i länder med medelhög till hög inkomst (per invånare) ett av de sjukdomstillstånd som orsakar störst sjukdomsburden mätt i funktionsjusterade levnadsår (DALY) vilket innebär både funktionsnedsättning och förlorade levnadsår pga. förtidig död (1). Den psykiska ohälsan för också med sig stora kostnader för individer, arbetsgivare och samhälle. Bara kostnaderna pga. depressionssjukdomar har uppskattats till 620 miljarder euro per år i EU-länderna (2).

Sedan 2014 har psykisk ohälsa blivit den främsta orsaken till längre sjukfrånvaro i Sverige. Detta gäller för såväl män som kvinnor även om sjukfrånvaron är högst och har ökat mest för kvinnor (3). Sjukskrivning för psykisk ohälsa innebär också att sjukskrivningstiderna i genomsnitt blir längre, och att återkommande sjukskrivningar är vanligare, jämfört med andra diagnosgrupper. Konsekvensen är att återgången i arbete går långsammare för personer som är sjukskrivna i psykiatriska diagnoser jämfört med andra diagnosgrupper.

I en rapport från Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD, 2013) beräknades kostnaderna för den psykiska ohälsan till cirka 70 miljarder kronor (8 miljarder euro) per år i Sverige, när utgifter för sjukvård, socialförsäkring och förlorad produktivitet för arbetsgivare lades samman (4). Ur individens synvinkel innebär psykisk ohälsa ett stort lidande och på sikt en ökad risk för social isolering och försämrad privatekonomi. Personer med psykisk ohälsa har dessutom en ökad risk för att dö i andra sjukdomar eller av självmord (5).

## Arbete och psykisk ohälsa

Risken att ha, eller drabbas av, psykisk ohälsa är lägre bland personer som har ett förvärvsarbete jämfört med personer som inte har en anställning (10). Trots detta finns flera riskfaktorer för ohälsa på arbetsplatsen och förekomsten av dessa riskfaktorer varierar mellan olika yrken och socioekonomiska grupper (11, 12).

I en systematisk litteraturöversikt från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) konstaterades att arbetsmiljöfaktorer, exempelvis höga krav i arbetet kombinerat med lågt inflytande över arbetssituationen, s.k. spänt arbete, ökade risken för depression (13). Andra arbetsmiljöfaktorer som ökade risken för depression och utmattningssyndrom var bl.a. lågt socialt stöd och obalans mellan arbetsinsatsen och den belöning eller det erkännande som arbetet gav. Resultaten visade även att risken för framtida psykisk ohälsa minskade bland anställda som upplevde sig rättvist behandlade på arbetsplatsen och som hade goda möjligheter

till inflytande över arbetet. En av slutsatserna i översikten var att det finns ett stort behov av interventionsforskning på området.

Under senare år har begreppet psykosocialt säkerhetsklimat introducerats inom arbetslivsforskningen (14). Det psykosociala säkerhetsklimatet avser medarbetarnas uppfattning om den högsta ledningens strategiska beslut som gäller hur arbetet organiseras och vilka policys och rutiner som ska motverka arbetsstress och skydda de anställdas psykiska hälsa. Ett bra psykosocialt säkerhetsklimat bidrar till ökat arbetsengagemang och bättre arbetsprestationer, medan ett sämre psykosocialt säkerhetsklimat ökar risken för arbetsrelaterad stress och psykisk ohälsa (15). Forskning har visat att det psykosociala säkerhetsklimatet bl.a. kan förutsäga framtida arbetskrav (14), resurser i arbetet (14), stress i arbete (16) och utmattning, mobbning och arbetstillfredsställelse (17). Insatser för att förbättra det psykosociala säkerhetsklimatet skulle därmed kunna vara ett fokus för tidig prevention av psykisk ohälsa i arbetslivet.

## Insatser vid stress eller psykisk ohälsa i arbetslivet

I Sverige var det ett stort antal personer med psykisk ohälsa som erbjöds insatser genom rehabiliteringsgarantin 2008–2015. Utvärderingar av garantin har visat att den psykologiska behandlingen primärt fokuserade på symtom och att kopplingen till arbetsplatsen och att minska sjukskrivning var sekundär (18, 19). Liknande fynd har gjorts även vid sammanställningar av internationell forskning.

I en systematisk litteraturöversikt från 2014 utvärderades effekten av interventioner för att förbättra arbetsförmågan och minska sjukskrivningarna bland individer med depression eller depressiva symtom (20). Insatserna i de studier som återfanns var individinriktade och utgjordes av farmakologiska och/eller psykologiska behandlingar som vanligen var inriktade på symtomhantering. Författarna konstaterade att av de 23 inkluderade studierna var det bara 5 som innefattade åtgärder riktade direkt mot deltagarnas arbetssituation. De visade också att sjukskrivningarna minskade när arbetsinriktade interventioner lades till kliniska insatser som är inriktade på bl.a. symtomhantering, jämfört med om enbart kliniska insatser gavs. Författarna underströk sammanfattningsvis att kliniska interventioner också behöver inkludera arbetsrelaterade utfall eftersom depression är en vanlig anledning till sjukskrivning.

I en systematisk litteraturöversikt från 2012 utvärderades interventioner för att underlätta arbetsåtergång bland personer med maladaptiv stressreaktion (21). Resultatet visade ett måttligt stöd för att insatser som är baserade på problemlösningsbaserade samtal (PLS) resulterade i snabbare återgång i arbete. PLS kan ingå i KBT och inbegriper en systematisk metod för att identifiera problem, ta fram lösningar och välja lämpliga strategier för hur det definierade problemet ska hanteras. I en nypublicerad litteraturöversikt där effekten av arbetsplatsinterventioner utvärderades konstaterade man också att insatser inom flera domäner, exempelvis hälsorelaterade insatser kombinerat med anpassningar på arbetsplatsen, kan minska sjukskrivning eller öka arbetsåtergång (8).

Det finns också genomgångar av forskningslitteraturen om förebyggande insatser för stress eller psykisk ohälsa. Cochrane Collaboration har gjort en översikt bland hälso- och sjukvårdspersonal, och resultatet gav ett visst stöd för att KBT, avslappningstekniker eller organisatoriska förändringar kunde minska stress när insatsen jämförts med ingen insats alls (9). Liknande resultat har framkommit i översikter där även andra yrkesgrupper ingått i utvärderingarna (22). Det finns också visst stöd för att fysisk aktivitet kan förebygga arbetsrelaterad stress (23).

## Företagshälsovården som aktör för arbetshälsa

Företagshälsovården (FHV) är en för arbetstagarna kostnadsfri tjänst som cirka 58 procent av alla anställda i Sverige har tillgång till (24). FHV kan därför förväntas vara en viktig aktör för arbetshälsan och i förlängningen också för folkhälsan då den når en stor andel av alla anställda i Sverige. FHV arbetar för att förebygga att ohälsa uppkommer eller förvärras bland anställda, och för att underlätta återgång i arbete genom rehabilitering och arbetsanpassning bland anställda som ändå blir sjuka. Insatserna kan göras på individ-, grupp- och organisationsnivå. Genom sin närhet till arbetsplatsen kan FHV skaffa sig en mycket god kännedom om specifika arbetsförhållanden och initiera eller genomföra utredningar och insatser baserat på detta. Insatser som ges av FHV är särskilt intressanta att kartlägga eftersom kunskapen om vilken effekt insatser mot psykisk ohälsa har på arbetsförmågan är begränsad (22), och många insatser inte heller har en tydlig koppling till arbetsplatsen.

## Uppdatering av en tidigare kartläggande litteraturöversikt

Denna rapport är en uppdatering av en tidigare kartläggande litteraturöversikt om insatser som ges av företagshälsovården för att förebygga eller minska psykisk ohälsa i arbetslivet (6). Den tidigare rapporten utgjorde ett fristående underlag till de riktlinjer för psykisk ohälsa på arbetsplatsen som publicerades av Företagshälsans Riktlinjegrupp under 2015 (7). Förekomsten av interventionsstudier som rör arbetsåtergång bland personer med psykisk ohälsa har ökat under senare år varför kunskapsunderlaget kan ha förändrats (8). Detta motiverar att den tidigare kartläggningen av litteraturen inom området uppdateras.

Resultaten från den tidigare kartläggande litteraturöversikten visade att PLS till personer som är sjukskrivna för psykisk ohälsa kunde påskynda en partiell återgång i arbete. Risken för återfall i sjukskrivning minskade dessutom om en sådan insats kombinerades med uppföljning av den anställda och arbetsplatsen, även efter att personen återgått till arbetet. Vad gällde förebyggande insatser var det vetenskapliga underlaget oklart för att man skulle kunna dra några säkra slutsatser om effekterna av denna typ av åtgärder. Litteraturöversikter som inkluderat förebyggande insatser av andra aktörer än FHV, d.v.s. fler studier än vad som ingick i kartläggningen, gav dock ett begränsat stöd för positiva effekter (9).

Resultaten från den tidigare kartläggningen visade också att det inte fanns något tydligt samband mellan arbetsåtergång och omfattningen av psykiska symtom

bland de anställda, och inte heller att minskade symtom automatiskt ledde till arbetsåtergång. En slutsats från den tidigare kartläggningen var att det, för att underlätta återgången till arbete, behövs arbetsplatsnära insatser och hänsyn till faktorer i arbetsmiljön som kan hindra eller främja arbetsåtergång.

## Målgrupp för denna rapport

Denna litteraturöversikt kan användas som underlag för FHV:s arbete med att planera insatser baserat på vetenskaplig grundade metoder. Rapporten kan förhoppningsvis också ge inspiration till lokala anpassningar, eller utvärderingar, av FHV:s insatser.

Även primärvården bör kunna ha nytta av resultaten som presenteras i rapporten. Flera statliga utredningar har lyft fram att primärvården behöver samarbeta mer med patienternas arbetsplatser, och för detta behövs nya metoder eller arbetssätt (25, 26). Även om primärvården och FHV arbetar under olika villkor kan en del av metoderna som utvecklats för FHV också vara användbara för primärvården. Ett konkret exempel är metoden ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång (ADA) (27) som beskriver ett systematiskt sätt att uppnå en samsyn mellan anställd och arbetsgivare kring frågor eller problem som kan finnas vid återgången till arbete. ADA utvecklades i första hand för FHV:s behov men har också prövats inom svensk primärvård.

Inom primärvården behövs mer kunskap om hur arbetsförmågan kan ökas eller upprätthållas bland personer med psykisk ohälsa. Detta kan också få stor betydelse för denna grupp av patienter eftersom cirka 70 procent av dem som söker hjälp för sjukdomarna eller symtomen vänder sig just till primärvården (28).

# Syfte, målsättning och delmål

Denna kartläggande litteraturöversikt är en uppdatering av en tidigare litteraturöversikt och har följande syfte, målsättning och delmål.

## Syfte

Syftet är att

- kartlägga nationell och internationell forskning om insatser som getts av FHV för att förebygga eller minska psykisk ohälsa bland anställda.

## Målsättning

Målsättningen är att

- presentera en för FHV och andra intressenter relevant genomgång av vilka insatser mot psykisk ohälsa som prövats inom området och resultatet av dessa insatser.

## Delmål

Delmålen är att

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

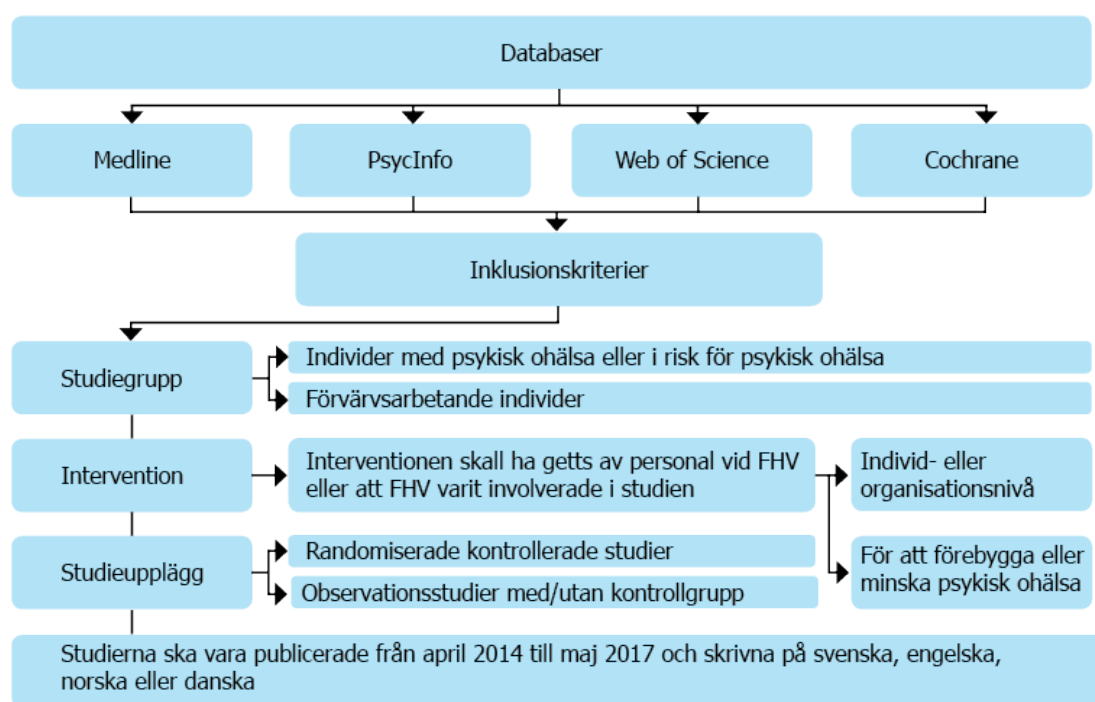
# Metod

Denna litteraturöversikt är en uppdatering av en tidigare publicerad kartläggande litteraturöversikt (från 2015) om insatser via FHV för att förebygga eller minska psykisk ohälsa (6). En kartläggande litteraturöversikt syftar generellt till att ge en övergripande bild av forskningen inom ett område och är lämplig att göra när det finns få eller inga tidigare sammanställningar av denna forskning (29-31).

Litteraturöversikten kan då beskriva forskningens omfattning och innehåll samt påvisa områden där det saknas kunskap eller områden där en mer detaljerad genomgång av litteraturen är befogad. Genom att kartlägga aktuell forskning kan man också samla ihop och de resultat som finns från olika studier och sätta in dem i ett sammanhang.

Nedan beskrivs vilka inklusionskriterier som användes i översikten samt hur litteratursökning, granskning och sammanställning genomfördes. Figur 1 illustrerar sökstrategi, inklusionskriterier och databaser.

**Figur 1.** Sökstrategi, inklusionskriterier och databaser



## Inklusionskriterier

### Population

Populationen omfattar:

- Förvärvsarbetande individer, nedan kallade anställda, med psykisk ohälsa eller individer som löper risk att utveckla psykisk ohälsa. Med psykisk ohälsa avses här depressions- och ångestsyndrom samt stressrelaterad psykisk ohälsa, på engelska ofta kallat "common mental disorders". Benämningen lättare psykisk



ohälsa har ibland använts i Sverige, men här undviker vi ordet ”lättare” eftersom de beskrivna tillstånden kan få omfattande konsekvenser för både individ, samhälle och arbetsgivare.

- Arbetsplatser med grupper av anställda (vid förebyggande åtgärder).

## Intervention

Följande krav ställs på interventionen:

- Interventionen gavs på eller av FHV, **eller** någon personalkategori från FHV var involverad, **eller** FHV var involverad i studien på annat sätt, exempelvis vid rekrytering av deltagare.
- Interventionen gavs på individ- och/eller gruppnivå.
- Interventionen gavs för att förebygga eller minska stress, psykisk ohälsa och dess konsekvenser.
- Interventionernas upplägg, omfattning och innehåll är tydligt beskrivna.

## Jämförelse

Jämförelsegrupper hanteras så här:

- Ingen begränsning; inget krav på kontrollgrupp.

## Utfall

Följande utfallsmått ingår:

- Alla utfallsmått om psykisk hälsa eller psykisk ohälsa, sjukfrånvaro (om möjligt redovisat separat för sjukfrånvaro pga. psykisk ohälsa och sjukfrånvaro pga. andra orsaker) och arbetsåtergång.

## Design

Följande krav ställs på design:

- Primärstudier där studiedesignen som minst inkluderar prospektiva mätningar före och efter insats inkluderas, dvs. även studier utan jämförelsegrupp. Systematiska översikter inkluderas.

## Publikationsspråk och publikationsår

Studier publicerade april 2014 – maj 2017 inkluderas. Publikationer på svenska, engelska, norska eller danska inkluderas. Den tidigare kartläggningen inkluderade studier som publicerades januari 1990 – mars 2014.

## Sökstrategier och identifiering av studier

En systematisk litteratursökning gjordes av en informationsspecialist via biblioteket på Karolinska Institutet i samråd med projektledaren (GB) enligt

söktermerna beskrivna nedan. I juni 2017 utfördes sökningen i fyra internationella databaser: Medline, PsycINFO, Web of Science och Cochrane (se bilaga 1).

Söktermer som användes i olika kombinationer var: "Occupational Health Services", "Occupational Disease", "Occupational Health", "Occupational Medicine", "Occupational Health Nursing", "Occupational Health Physicians", "Occupational Injuries", "Return to Work", "Workplace", "Clinical Trial", "Comparative Study", "Evaluation Studies", "Meta Analysis", "Multicenter Study", "Observational Study", "Review", "Systematic Reviews", "Epidemiologic Studies", "Intervention Studies", "Mental Disorders", "Stress", "Burnout", "Depression", "Anxiety" och "Adjustment Disorders". Samtliga referenser laddades ner till mjukvaran Endnote X7.

## Granskning

### Urval av studier – relevansbedömning

Två forskare (IA och EBB) med kompetens inom rehabilitering granskade och bedömde oberoende av varandra artikelsammanfattningar och fulltextpublikationer. Inledningsvis dubbelgranskades 100 artikelsammanfattningar av båda bedömarna och samstämmigheten i bedömningarna diskuterades. Efter detta fördelades resterande artikelsammanfattningar mellan bedömarna som tog beslut om inklusion alternativt exklusion. Vid tveksamhet inkluderades alltid sammanfattningen. Fulltextgranskningen inleddes med att bedömarna dubbelgranskade 20 publikationer och kalibrerade sina bedömningar. Om bedömarna inte var överens diskuterade de olikheter i bedömningarna och uppnådde samstämmighet. Resterande fulltexter delades upp mellan bedömarna som läste dem oberoende av varandra. När det var tveksamt om en studie skulle inkluderas eller exkluderas lästes fulltextpublikationer av bägge bedömarna och konsensus uppnåddes. Systematiska litteraturöversikter hanterades på samma sätt som originalpublikationer.

### Kvalitetsbedömning

Samtliga fulltexter granskades, oberoende, av IA och EBB och bedömningarna jämfördes. Konsensus uppnåddes efter diskussion mellan granskarna. Som utgångspunkt vid kvalitetsbedömningen användes granskningsmallar för randomiserade studier eller observationsstudier som är framtagna av SBU ([http://www.sbu.se/sv/var\\_metod/](http://www.sbu.se/sv/var_metod/)), för att upptäcka metodologiska brister i studierna som riskerar att göra resultaten missvisande. Mallarna har modifierats för att passa de vanliga studieuppläggen inom det aktuella forskningsområdet. Bedömningen har fokuserat på risk för selektionsbias, behandlingsbias, bedömningsbias, bortfallsbias och rapporteringsbias i studierna. Studier med låg kvalitet hade hög risk för att resultaten snedvridits p.g.a. metodologiska brister inom något eller flera av dessa områden. Studier med medelhög kvalitet kunde ha vissa brister men dessa bedömdes som mindre allvarliga för tillförlitligheten. Studier med högkvalitet hade försumbara brister.

För att bedöma systematiska litteraturöversikter användes instrumentet AMSTAR som också rekommenderats av SBU (32).

### Sammanställning

Studiernas kvalitet bedömdes enligt kvalitetskomponenterna i mallarna och sammanfattades som låg kvalitet, medelhög kvalitet respektive hög kvalitet. Då detta är en kartläggande litteraturöversikt redovisas alla studier i sammanställningen, d.v.s. även de som bedömts ha låg kvalitet. Detta för att kunna ge en så fullständig överblick av forskningen som möjligt. Studier av låg kvalitet kan exempelvis ha utvärderat insatser som är värdefulla att upprepa med ett bättre forskningsupplägg eller i en annan kontext.

För att göra en värdering av det vetenskapliga underlaget gjordes en narrativ sammanvägning av resultaten från studierna. Det vetenskapliga underlaget ansågs oklart om bara studier av låg kvalitet eller bara någon enstaka studie med medelhög kvalitet utvärderat insatsen. Kunskapsstödet bedömdes som tillräckligt om minst två studier av medelhög eller hög kvalitet gav stöd för en viss insats. Förutsättningen var dock att det övriga kunskapsunderlaget för insatsen (om det fanns fler studier) inte indikerade på betydande heterogenitet, exempelvis att resultat från andra studier av samma kvalitet, inriktning på interventionen och omfattning visade statistiskt säkerställda negativa effekter av insatsen. Någon ytterligare styrkebedömning av kunskapsstödet gjordes inte då en sådan helst bör byggas på metaanalyser, vilket inte var syftet med detta arbete.

Slutligen sammanställdes resultatet från studierna med resultatet från den tidigare litteraturöversikten.

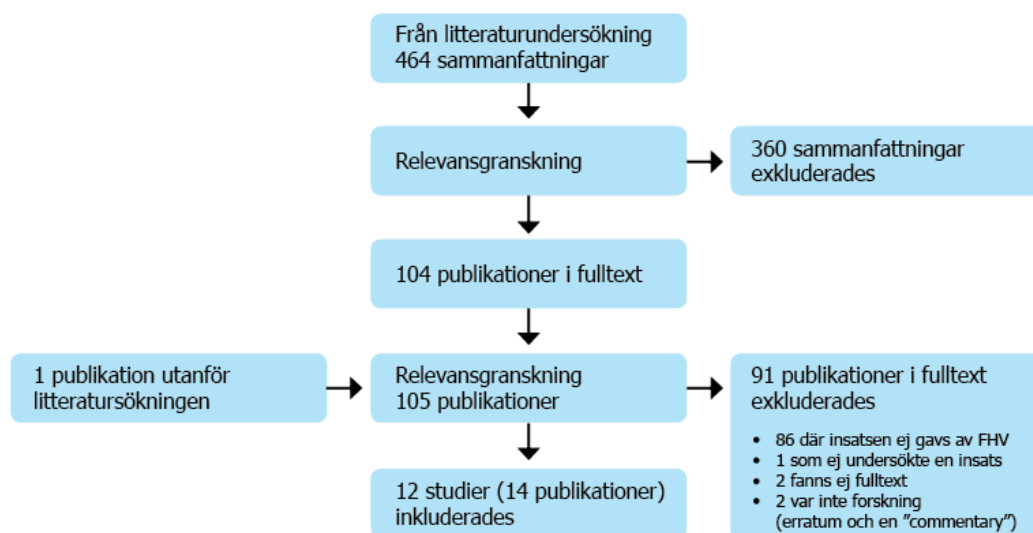
# Resultat

## Inkluderade studier i den uppdaterade kartläggningen

Totalt 464 artikelsammanfattningar identifierades. Av dessa exkluderades 360 sammanfattningar utifrån de beskrivna kriterierna. De flesta exkluderades pga. att interventionen inte gavs i FHV:s regi, men också om de riktades till individer med annan primär sjuklighet eller individer utanför arbetsmarknaden, eller om studierna endast rapporterade tvärsnittsdata (ingen intervention genomfördes).

Därefter relevansgranskades 104 publikationer i fulltext. Ytterligare en publikation inkluderades efter genomgång av referenslistor i fulltextpublikationerna. Efter relevansgranskningen inkluderades 12 studier som sammantaget innehöll 14 publikationer. I två fall fanns två publikationer som redovisar resultat från samma studie. För en översikt över urvalsprocessen, se figur 2.

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



Av de inkluderade studierna var fyra genomförda i Nederländerna, två i Japan (varav en systematisk översikt) och vardera en studie från Danmark, Kanada, Korea, Sverige, Finland och Tyskland. Studierna som slutligen inkluderades i kartläggningen omfattade totalt 7 059 studiedeltagare, och variationen i de enskilda publikationerna var 26–3 379 individer.

Två studier bedömdes ha hög kvalitet (33-35), sex studier bedömdes ha medelhög kvalitet (36-41) och fyra studier bedömdes ha låg kvalitet (42-45).

Två studier rapporterade interventioner på organisationsnivå med syfte att förebygga psykisk ohälsa bland anställda (44, 45) (benämns här som *förebyggande insatser*). Två studier utvärderade interventioner riktade till anställda med risk för att utveckla psykisk ohälsa eller bli sjukskrivna (36-38) (benämns här som

*interventioner för riskgrupper*), och dessa individer identifierades med hjälp av screeninginstrument.

Åtta studier, varav en systematisk översikt, utvärderade interventioner riktade till individer som var sjukskrivna för psykisk ohälsa (33-35, 39-43, 46) (benämns här som *rehabiliterande insatser*).

## Utfallsmätningar

I de inkluderade studierna presenteras en mängd olika utfallsmått. Ofta har utfallet en direkt relation till psykisk hälsa/ohälsa såsom symtom på stress (44), självskattad hälsa (45), känslomässig stress (38), sömnproblem (39), nedsatt kognitiv förmåga (39), känsla av sammanhang (41), insomni (38), symtom relaterade till posttraumatiskt stressyndrom (43) och depression (34). Olika standardiserade frågeformulär har använts för att undersöka dessa utfallsmått: för stress WSRI (44), K6 (38) och MPSS (43); för sömnproblem Athens Insomnia Scale (38) eller BNSQ (39); för kognitiv förmåga CFQ (39); för depression PHQ (34) och GAD-7 (34). Känsla av sammanhang mättes med SOC (41). Som screeningmetod användes också SCID-intervjuer i en studie för att diagnostisera psykisk ohälsa enligt DSM-IV (42).

I flera studier relaterades utfallet också till arbetet, t.ex. psykosocial arbetsmiljö (45), trötthet på arbetet (45), oro över sin förmåga att klara av sina arbetsuppgifter (45), arbetsrelaterad stress (44) och tilltro till egen förmåga att återgå i arbete (35). I en av dessa studier (45) framgick inte vilket instrument som använts för att mäta psykisk hälsa och dess underliggande dimensioner ”trötthet på arbetet” och ”oro över sin förmåga att klara sina arbetsuppgifter” eller psykosocial arbetsmiljö. I övrigt har standardiserade frågeformulär använts: KOSS för att mäta arbetsrelaterad stress (44) och RTW self-efficacy scale för att mäta tilltron till egen förmåga att återgå i arbete (35).

Slutligen användes ett hälsoekonomiskt perspektiv i vissa studier, där utfallen kunde vara direkta kostnader (37), kostnader som är relaterade till produktivitet (36), netto nytta (sjukfrånvaro och sjuknärvaro) (36), återgång i arbete (34, 43), sjukfrånvaro (33, 35, 42, 46) eller kostnadseffektivitet (40). I en studie användes Nurses Work Functioning Questionnaire (37) för att mäta arbetsfunktion i relation till ekonomiska utfall. Direkta kostnader har baserats på journalanteckningar om antal besök, vårdgivare och mediciner samt kostnader för interventionen, och indirekta kostnader har baserats på Productivity and Disease Questionnaire (37) eller SF-HLQ (40). Uppgifter om återgång i arbete hämtades från register (33-35, 42, 43) eller självrapporterade frågeformulär (43).

## Sammanfattning av studierna

I detta avsnitt sammanfattas studiernas resultat av de interventioner som inkluderades. Även bedömningen av studiernas kvalitet inkluderas i sammanfattningarna. Studierna har kategoriserats utifrån om insatserna har varit

1. förebyggande
2. riktade till anställda som löper risk att utveckla psykisk ohälsa eller bli sjukskrivna
3. rehabiliterande, dvs. riktade till anställda som är sjukskrivna för psykisk ohälsa.

I tabellerna 1a–1c presenteras respektive studies utfall för psykisk hälsa och ohälsa samt mått på arbetsförmåga. Om insatsen inte uppvisade någon statistiskt säkerställd effekt anges detta med 0, medan en säkerställd positiv effekt anges med + (förbättrad hälsa och arbetsförmåga) och negativ effekt med - (försämrad hälsa och arbetsförmåga). I bilaga 2 finns en utförligare beskrivning av samtliga inkluderade publikationer, inklusive en beskrivning av de olika utfall som rapporteras i respektive publikation.

### Förebyggande insatser

Förebyggande insatser riktar sig i detta sammanhang vanligen till samtliga anställda inom en organisation eller del av en organisation. Dessa anställda har ofta ett yrke eller en situation som innebär en generell risk för ohälsa, t.ex. sjukvårdsyrken. Målet med insatsen är att förebygga uppkomsten och minska förekomsten av psykisk ohälsa eller minska konsekvenserna av psykisk ohälsa, exempelvis nedsatt arbetsförmåga.

Två studier som rapporterar interventioner riktade sig mot förvärvsarbetande och utvärderade förebyggande insatser (44, 45). För en översikt av studierna, se tabell 1a.

I en observationsstudie av Kim et al. (44) studerades effekter av ett stresshanteringsprogram på ett koreanskt metallföretag. Samtliga anställda (arbetare och tjänstemän) deltog i studien och ingen kontrollgrupp tillämpades. Interventionen gavs i fyra delar på organisationsnivå:

- (1) två workshopar för teamledare så att de skulle kunna facilitera interventionen
- (2) en workshop med arbetare och tjänstemän samt formulering av handlingsplaner om arbetsmiljöförbättringar tillsammans med teamledare
- (3) uppföljning av handlingsplaner
- (4) en enkel, billig tävling för teamledarna där bästa förbättring utsågs.

För att mäta effekter av interventionen gjordes mätningar före och efter insatsen. Studiens utfall var stress, och två enkäter för att mäta självrapporterad arbetsrelaterad stress (KOSS) och symtom på stress (WSRI) användes. Resultaten visade att arbetsrelaterad stress (KOSS) hade minskat under uppföljningstiden bland arbetare, och skillnaden var statistiskt signifikant. Bland tjänstemän uppmättes ingen statistisk förändring med KOSS. Ingen av grupperna rapporterade någon statistisk förändring på symtom på stress mätt med WSRI.

Uppföljningstiden var kort; redan två månader efter interventionen genomfördes uppföljningsmätningen.

En longitudinell svensk studie av Vinberg et al. (45) undersökte 19 arbetsplatser inom skola och omsorg i en svensk kommun. Totalt deltog 311 individer i studien, vilket utgjorde 41 procent av tillsvidareanställd administrativ personal. Flera individ- och gruppbaseade interventioner testades varav vissa genom FHV. Dessa inkluderade fysisk aktivitet, förbättringar i ventilation och fysisk miljö, hälsoundersökningar, handledning för medarbetare som möter klienter i sitt arbete, konflikthantering och teambuilding. Dessutom gavs en ledarskapsutbildning och man arbetade fram ett nytt arbetschema. Cirka 25 procent av studiedeltagarna tog hjälp av FHV med dessa insatser. Studien mätte anställdas hälsa och den psykosociala arbetsmiljön vid 3 mätpunkter: baslinje (före intervention), 1 år efter och 2 år efter baslinjemätningen. Inga statistiskt signifikanta effekter kunde ses över tid förutom att både ”trötthet på arbetet” och ”oro över sin förmåga att klara arbetsuppgifter” minskade.

**Tabell 1a.** Förebyggande insatser

Studie	Intervention	Resultat	Kvalitet
<b>Kim</b> et al. 2014 (44) Korea Observationsstudie N = 211	I: Stresshanteringsprogram K: Tillämpas ej	2 månader: Arbetare: Arbetsrelaterad stress + Tjänstemän: Arbetsrelaterad stress 0 Arbetare: Symtom på stress 0 Tjänstemän: Symtom på stress 0	Låg
<b>Vinberg</b> et al. 2015 (45) Sverige Longitudinell studie paneldata N = 311	I: Individ- och gruppbaseade interventioner, t.ex. fysisk aktivitet, hälsoundersökningar, handledning. K: Tillämpas ej	1 och 2 år: Hälsa och psykosocial arbetsmiljö 0 Trötthet på arbetet + Oro över sin förmåga att klara arbetsuppgifter +	Låg

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

I = Intervention; K = Kontroll- eller jämförelsegrupp

### Interventioner för riskgrupper

Den andra kategorins interventioner riktas till personer som löper risk att utveckla psykisk ohälsa eller bli sjukskrivna. En brytningspunkt i ett instrument (t.ex. en enkät) identifierar individer med risk. Totalt två studier (tre publikationer) har sådant fokus. För en översikt av studierna, se tabell 1b.

I en studie från Nederländerna av Noben et al. (36, 37) rapporterades primärutfallet i en tidigare publikation (47). Primärstudien hade en kluster-randomiserad design. Klustren var kliniker på ett sjukhus, där samtliga sjuksköterskor screenades med ett formulär för att identifiera nedsatt arbetsförmåga pga. psykisk ohälsa. Sjuksköterskorna som screenades positivt lottades till två olika interventioner (a, b) eller till kontrollen (c):

- a. personlig feedback och besök hos FHV-läkare som initierade ett 7-steps program för att identifiera och åtgärda nedsättning av arbetsförmåga
- b. personlig feedback och E-intervention
- c. screening utan vidare åtgärder, dvs. individen fick själv gå vidare med eventuella hälso- och sjukvårdskontakter.

Sex månader efter baslinjemätningen hade 24, 16 respektive 20 procent av individerna i respektive grupp bättre arbetsfunktion enligt Nurses Work Functioning Questionnaire (37). En kostnadseffektivitetsanalys visade att personlig feedback och besök hos FHV-läkare var mer kostnadseffektivt än sedvanlig behandling medan personlig screening och E-interventionen innebar större kostnader än sedvanlig insats. Denna analys gjordes ur ett samhällsperspektiv med en uppföljningstid om 6 månader efter baslinjemätningen. Noben et al. (36) anlade ett arbetsgivarperspektiv och utvärderade kostnadseffektiviteten utifrån en lönsamhetsanalys. Individer i riskzonen som fått personlig feedback samt remiss till FHV-läkaren jämfördes med sedvanlig insats. Sjuksköterskorna följdes upp efter 3 månader respektive 6 månader efter baslinjemätningen. Beräkningar av insatsens kostnadseffektivitet baserade sig på sjukskrivning (oavsett diagnos) och sjuknärvaro (personen är på arbetet trots att denne inte anser sig må bra), och konkluderade att insatserna var kostnadseffektiva ur ett arbetsgivarperspektiv, eftersom dessa ökade produktiviteten på arbetsplatsen.

I en studie på ett japanskt IT-företag av Yamamoto et al. (38) undersöktes arbetare med ett formulär (Athens Insomnia Scale) för att finna anställda med insomni (38). De som hade risk för insomni randomiserades till intervention eller väntelista. Interventionen bestod av en KBT-relaterad sömnskola som leddes av FHV-läkaren och gavs i grupp vid ett tillfälle samt individuellt vid 3 tillfällen. Primärt utfall var förändring i känslomässig stress. Detta mättes vid baslinje och 3 månader efter interventionen via e-post. Sekundärt utfall var förändring i insomni. Uppföljningen efter 3 månader visade ingen statistisk säkerställd skillnad mellan grupperna.



**Tabell 1b.** Interventioner för riskgrupper

Studie	Intervention	Resultat	Kvalitet
<b>Noben</b> et al. 2014 (37) RCT Nederländerna N = 617	I 1: Screening för psykisk ohälsa, personlig feedback, besök hos FHV-läkare I 2: Screening för psykisk ohälsa, personlig feedback, E-intervention K: Sedvanlig insats	6 månader: Kostnad relaterade till interventionen I 1+ Kostnad relaterade till interventionen I 2 -	Medelhög
<b>Noben</b> et al. 2015 (36) RCT Nederländerna N = 413	I: Screening för psykisk ohälsa, personlig feedback, besök hos FHV-läkare K: Sedvanlig insats	6 månader: Minskade kostnader pga. ökad produktivitet + Nettonytta (sjukfrånvaro och sjuknärvaro) +	Medelhög
<b>Yamamoto</b> et al. 2016 (38) Japan RCT N = 130	I: Gruppsessioner för KBT-behandling av insomni K: väntelista	3 månader: Känslomässig stress 0 Insomni 0	Medelhög

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

I = Intervention; K = Kontroll- eller jämförelsegrupp; - = negativ effekt för gruppen som fått intervention

### Rehabiliterande insatser

Av de granskade studierna var det åtta (nio publikationer) som utvärderade interventioner till anställda som var sjukskrivna för psykisk ohälsa. Fem studier var randomiserade, varav fyra var utförda i Nederländerna och en i Danmark. En publikation rapporterade en blandad metoddesign, utförd i Kanada, och en studie var utförd i Tyskland med en kontrollerad, matchad studiedesign. Även en systematisk översikt kunde inkluderas. För en översikt av studierna, se tabell 1c.

Bender et al. (43) har i Kanada genomfört en studie bland transportarbetare som varit utsatta för en olycka på arbetstid och därför löpte risk för att utveckla posttraumatiskt stressyndrom. Interventionen bestod av flera komponenter, bl.a. ett utbildningsprogram och koordinering av återgång i arbete. Individerna i kontrollgruppen förväntades söka hjälp via sedvanliga kanaler inom hälso- och sjukvården. Studiens resultat visade en statistisk signifikant skillnad mellan grupperna, där kontrollgruppen hade färre sjukskrivningsdagar (sjukskrivning oavsett diagnos) jämfört med deltagarna som fick interventionen 6 månader efter insatsen. Denna skillnad förklaras av forskarna bl.a. med att transportarbetarna i interventionsgruppen hade en högre andel med svår depression, och de hade i högre utsträckning varit utsatta för traumatiserande olyckor jämfört med deltagarna i kontrollgruppen.

Van Beurden et al. (33) har gjort en klusterrandomiserad studie bland anställda som var sjukskrivna pga. någon diagnos som rör psykisk ohälsa (stressrelaterade diagnoser, depression, ångest och övrig psykisk ohälsa) i Nederländerna. Forskarna undersökte om FHV-läkares följsamhet till nationella riktlinjer för omhändertagande av patienter med psykisk ohälsa påverkar den anställdas förmåga att komma tillbaka till arbetet. FHV-läkarna fick delta i en utbildning om riktlinjerna. Riktlinjerna innehöll fyra steg med bl.a. probleminventering och diagnostisering samt kontakt mellan FHV-läkare och arbetsgivare en gång per månad. Interventionen innebar att FHV-läkarna utbildades i riktlinjerna genom att delta i grupper med kollegial handledning vid 8 tillfällen under en 12-månadersperiod. Vid varje session deltog en ledare för att stimulera till diskussion och kunskapsutbyte mellan deltagarna. I kontrollgruppen följde företagsläkarna riktlinjerna i samma utsträckning som de brukade göra. Studiens primära utfall var tid till full återgång i arbete (dvs. personen har haft sin normala arbetstid i minst fyra veckor). Vid 12-månadersuppföljningen framkom inga statistiskt signifikanta skillnader mellan interventions- och kontrollgruppen. Inga skillnader fanns heller mellan grupperna vad gällde tid till första dag tillbaka i arbete eller totalt antal sjukskrivningstimmar (sjukskrivning oavsett diagnos). I van Beurden et al. (35) undersöktes om FHV-läkarnas följsamhet till riktlinjerna ökade de anställdas tilltro till sin förmåga att återgå i arbete. Resultatet visade att deltagare som hade träffat en läkare som följde riktlinjerna hade statistiskt signifikant ökad tilltro till förmågan att återgå i arbete 3 månader efter baslinjemätningen.

I en randomiserad, kontrollerad studie från Danmark undersöktes effekter av ett stresshanteringsprogram på självrapporterad sömn och kognitiva svårigheter bland anställda som var sjukskrivna pga. arbetsrelaterad stress eller lättare depression (39). Interventionen baserades på KBT, som gavs under sex en-timmars sessioner av psykolog under 16 veckors tid. Interventionen innehöll även ett eller två möten där den anställdas arbetsgivare (t.ex. en chef eller annan representant) medverkade tillsammans med den sjukskrivna personen och en psykolog. Tio månader efter baslinjemätningen fanns inga skillnader mellan grupperna avseende sömn eller nedsatt kognitiv förmåga.

Goorden et al. (40) har i en randomiserad kontrollerad studie från Nederländerna undersökt om en självhjälpsmanual, problemlösningsbaserade insatser och en arbetsplatsinsats är kostnadseffektivt jämfört med sedvanlig behandling. Anställda som varit sjukskrivna i 4–12 veckor screenades för depressiva symtom, och de som uppfyllde kriterierna inkluderades i studien och randomiserades till intervention eller kontroll. Deltagarna i kontrollgruppen fick sedvanlig behandling, baserad på riktlinjer. Analyser av kostnadseffektiviteten 12 månader efter baslinjemätningen visade att interventionen innebar lägre kostnader jämfört med sedvanlig behandling, men även att interventionen hade sämre effekt. Interventionen kan därmed inte anses vara kostnadseffektiv.

I en tysk studie riktade sig interventionen till anställda med misstänkt eller bekräftad psykisk ohälsa och sjukskrivning för densamma (42). Rekryteringen skedde via ett hälsoförsäkringsregister (där personer med diagnoser som kunde

klassificeras enligt DSM-IV identifierades) eller via FHV-läkare. Sedan fick studiedeltagarna remiss till en specialistklinik där de screenades med hjälp av en SCID-intervju, vilket är en semistrukturerad intervju med syfte att diagnostisera psykisk sjukdom och/eller störning. Gruppen matchades i par och randomiserades till KBT med en arbetsplatsintervention (interventionsgrupp) eller sedvanlig KBT (kontrollgrupp). Primärfallet var sjukskrivning. Interventionen resulterade i färre dagar med sjukskrivning (oavsett diagnos) 12 månader efter baslinjen, och de depressiva symtomen minskade i både interventions- och kontrollgruppen, dock utan någon säkerställd skillnad mellan grupperna.

Valtonen et al. (41) genomförde en studie i Finland som huvudsakligen inkluderade kvinnliga medarbetare. Samtliga screenades på sin FHV för depression. De som hade sin första depressiva episod och som maximalt varit sjukskrivna i 1 månad för detta, randomiserades till en omfattande rehabilitering på ett institut som innefattade 4 kurser som gavs under 6 månader. Kontrollgruppen fick sedvanlig behandling. Utfallet var känsla av sammanhang. Båda gruppernas resultat hade förbättrats 12 månader efter baslinjemätningen, men man såg inga statistiskt signifikanta skillnader mellan grupperna.

I en klusterrandomiserad studie från Nederländerna deltog sjukskrivna anställda med psykisk ohälsa (34). Interventionsgruppen fick ett KBT-baserat online verktyg som innefattade kognitiva och problemlösningsbaserade insatser inriktade på arbetet och som övervakades av FHV-läkaren. Insatsen syftade bl.a. till att stärka den anställdas tilltro till sin förmåga att återgå i arbete trots psykiska symtom och sin förmåga att klara de utmaningar som en arbetsåtergång innebar. Kontrollgruppen fick sedvanlig hjälp enligt nationella riktlinjer av FHV-läkaren. Primärt utfall var tid till återgång i arbetet mätt 12 månader efter baslinjemätningen, både tid till första tillfället (partiell återgång) och tid till full återgång. Data inhämtades från register. Interventionsgruppen hade statistiskt signifikant kortare tid till partiell återgång i arbete, medan det inte fanns någon skillnad för full återgång i arbete (ordinarie arbetstidsomfattning).

#### Systematisk översikt

Doki et al. från Japan genomförde en metaanalys av publicerade originalartiklar som rapporterat insatser inom FHV, med syftet att fler ska återgå till arbetet (46). Samtliga publikationer kom från Nederländerna, förutom en som var genomförd i Danmark. Interventionerna var problemlösningsbaserade insatser eller KBT, och de jämfördes med sedvanlig behandling. Uppföljningstiderna var 4–18 månader. I studien analyserades antal sjukskrivningsdagar för samtliga inkluderade deltagare i studierna, antal dagar med sjukfrånvaro för individer som var i arbete vid studiens start och antal sjukskrivningsdagar fram till återgång i arbete för sjukskrivna individer. När samtliga deltagare analyserades, framkom statistiskt signifikanta skillnader till fördel för interventionsgruppen, som hade färre sjukskrivningsdagar än kontrollgruppen oavsett sjukskrivningsorsak. Inga statistiskt signifikanta skillnader kunde rapporteras i undergrupperna (sjukskrivna eller i arbete vid studiestart). Författarna påtalade att studierna omfattade för få personer och att

blindningen var ofullständig i samtliga, vilket gjorde att majoriteten av publikationerna bedömdes ha låg kvalitet.

**Tabell 1c.** Rehabiliterande insatser

Studie	Intervention	Resultat	Kvalitet
<b>Bender</b> et al. 2016 (43) Mixade metoder Kanada N = 141	I: Utbildningsintervention för att öka uppmärksamhet på symtom relaterade till stress eller trauma, multidisciplinärt behandlingsprogram och koordinerad återgång i arbete  K: Sedvanlig behandling	6 månader: Återgång i arbete - Symtom relaterade till posttraumatiskt stressyndrom 0	Låg
<b>Van Beurden</b> et al. 2015 (35) RCT Nederländerna N = 128	I: Insats från FHV-läkare som utbildats i behandlingsriktlinjer  K: Sedvanlig behandling	3 månader: Anställdas tilltro till egen förmåga att återgå i arbete +	Hög
<b>Van Beurden</b> et al. 2016 (33) RCT Nederländerna N = 3379	I: Insats från FHV-läkare som utbildats i behandlingsriktlinjer  K: Sedvanlig behandling	12 månader: Tid till återgång i arbete på heltid 0 Tid till första dag för arbetsåtergång 0 Sjukfrånvaro (antal timmar) 0	Hög
<b>Dalgaard</b> et al. 2014 (39) RCT Danmark N = 137	I: Stresshanteringsprogram och en arbetsplatsintervention  K: Ingen behandling erbjöds inom studien, studiedeltagare fick söka vård vid behov	10 månader: Sömnproblem 0 Nedsatt kognitiv förmåga 0	Medelhög
<b>Goorden</b> et al. 2014 (40) RCT Nederländerna N= 126	I: Självhjälpsmanual, problemlösningsbaserad insats, insats på arbetsplats och läkemedelsbehandling vid behov  K: Sedvanlig behandling	12 månader: Kostnadseffektivitet 0	Medelhög
<b>Kröger</b> et al. 2015 (42) Kontrollerad, matchad studie Tyskland N = 26	I: KBT med fokus på arbetsplatsintervention  K: KBT	12 månader: Sjukfrånvaro +	Låg
<b>Valtonen</b> et al. 2015 (41) RCT Finland N = 283	I: Multiprofessionellt rehabiliteringsprogram  K: Sedvanlig behandling	12 månader: Känsla av sammanhang (SOC) 0	Medelhög
<b>Volker</b> et al. 2015 (34) RCT Nederländerna	I: E-hälsomoduler baserade på bl.a. KBT, problemlösningsbaserad	12 månader: Tid till första dag på arbetet + Tid till full återgång i arbetet 0	Hög

Studie	Intervention	Resultat	Kvalitet
N = 220	insats och beslutsstöd till FHV-läkare K: Sedvanlig behandling		

#### Systematisk litteraturoversikt:

<b>Doki</b> et al. 2015 (46) Metaanalys Japan Samtliga publikationer från Nederländerna, förutom en från Danmark N = 1 554	I: Problemlösningsbaserad insats eller KBT som givits vid FHV K: Sedvanlig behandling	4–18 månader: Antal dagar med sjukfrånvaro samtliga anställda + Subgrupp 1: Antal dagar med sjukfrånvaro hos anställda 0 Subgrupp 2: Antal dagar till återgång i arbete för sjukskrivna 0	Medelhög
--	---	--	----------

+ = Positiv effekt till fördel för gruppen som fått intervention; 0 = Ingen säkerställd effekt av intervention; - = Negativ effekt till nackdel för gruppen som fått insats; I = Intervention; K = Kontroll- eller jämförelsegrupp; FHV = Företagshälsovård; KBT = Kognitiv beteendeterapi.

## Sammanställning av kunskapsunderlaget från båda kartläggningarna

Litteratursökningar har vid båda kartläggningarna av forskningslitteraturen genomförts i fyra databaser, och det samlade vetenskapliga underlaget består av totalt 33 studier varav 12 är nytillkomna i denna uppdatering. I 4 av studierna utvärderades förebyggande insatser, i 11 studier utvärderades insatser till anställda som löper risk att utveckla psykisk ohälsa eller bli sjukskrivna, och i 18 studier utvärderades rehabiliterande insatser som riktade sig till anställda som har varit sjukskrivna för psykisk ohälsa. Totalt 17 studier var från Nederländerna, 3 från Japan ( däribland en systematisk översikt), 4 från Finland, 3 från Sverige, 2 från Storbritannien och vardera 1 studie kom från Danmark, Kanada, Korea och Tyskland. Av 33 studier bedömdes 21 ha medelhög eller hög kvalitet. En översikt över studierna ges i tabell 2.

**Tabell 2.** Sammanfattande resultat från denna uppdatering och tidigare kartläggning (2015).

	Låg kvalitet	Medel/hög kvalitet	Totalt
<b>Studier med förebyggande insatser</b>	Kim 2014, - (44) Kobayashi 2008, b, c (48) Vinberg, 2015, - (45)	Ahola 2011, b, c (49)	4
<b>Studier med intervention för riskgrupper</b>	De Boer 2004, a (50) Grime 2004, - (51) Gärtner 2013 och Ketelaar 2013, a, c (52, 53) Kuoppola 2013, b (54) Salmella-Aro 2007, b, c (55)	Kant 2008, - (56) Kilfedder 2010 och Karatzias 2011, - (57, 58) Lexis 2011, a, b (59) Noben 2014, 2015, a (36, 37) Peterson 2008, c (60) Yamamoto 2016, - (38)	11
<b>Studier med rehabiliterande insatser</b>	Bender 2016, - (43) de Vente 2008, - (61) Grossi 2009, - (62) Kröger 2015, a (42)	Arends 2013, a (63) Dalgaard 2014, - (39) Doki 2015, a (46) Goorden 2014, - (40) Hees 2013, b (64) Noordik 2013*, (65) Rebergen 2009, a (66) van Beurden 2015, 2016, c (33, 35) van der Feltz-Cornelis 2010, - (67) van der Klink 2003, a (68) van Oostrom 2010, - (69) Valtonen 2015, - (41) Vlasveld 2012, 2013, b (70, 71) Volker 2015, a (34)	18

Bokstäverna indikerar positivt utfall inom fyra olika utfallsdomäner för uppföljningstider  $\geq 6$  månader, - indikerar att inga signifikanta skillnader uppmättes. a = positivt utfall inom domänen arbetsförmåga som minskad sjukfrånvaro, kortare tid till arbetsåtergång, positivt ekonomiskt utfall m.m.; b = positivt utfall avseende psykisk ohälsa eller stress, exempelvis minskad depression, ångest eller utmattning; c = positivt utfall inom andra områden, exempelvis generell hälsa eller livskvalitet.

\*= Interventionsgruppen hade säkerställd ökad sjukfrånvaro under uppföljningsperioden.

### Sammanfattande bedömning av kunskapsläget

Baserat på de resultat och kvalitetsbedömningar som presenterats i tabell 2 bedöms kunskapsläget som oklart för förebyggande insatser och insatser riktade till anställda som löper risk för att utveckla för psykisk ohälsa eller bli sjukskrivna. Vad gäller rehabiliterande insatser finns indikationer på att problemlösningsbaserade insatser och KBT med arbetsplatsinriktning kan förkorta tiden från sjukskrivning till första återgång i arbete.

## Diskussion

Det övergripande syftet med denna rapport har varit att kartlägga forskningslitteraturen om insatser som getts av FHV för att förebygga eller minska psykisk ohälsa bland anställda. Den är en uppdatering av en tidigare kartläggande litteraturoversikt inom området. Diskussionen nedan inbegriper både resultaten från den tidigare kartläggningen och från denna uppdatering.

För rehabiliterande insatser till anställda som är sjukskrivna för psykisk ohälsa indikerar det vetenskapliga underlaget att problemlösningbaserade samtal/insatser och KBT med arbetsplatsinriktning kan minska sjukskrivningar och/eller påskynda återgången till arbete jämfört med sedvanlig insats (34, 46, 68, 72). Studierna var av medelhög eller hög kvalitet. När det gäller förebyggande insatser indikerar det vetenskapliga underlaget ett oklart kunskapsläge. Det är oklart om insatserna ger önskad effekt eftersom få studier kunde inkluderas i bedömningen och de som inkluderades var med ett undantag av låg kvalitet. En studie av medelhög kvalitet visade dock positiva resultat i form av minskade depressiva symtom och ökade psykiska resurser bland de anställda. Två studier som utvärderade insatser till anställda som löper risk för psykisk ohälsa visade på enskilda positiva resultat i form av ökad kostnadseffektivitet (35), minskad sjukskrivning och minskning av depressiva symtom (59). Båda studierna var av medelhög kvalitet.

### Förebyggande insatser

Totalt identifierades fyra studier som utvärderade förebyggande insatser. Tre av dessa var av låg kvalitet och en av medelhög kvalitet. Studien av medelhög kvalitet visade en minskning av depressiva symtom bland de anställda som fick en insats med syfte att stärka deras förmåga att hantera sin yrkeskarriär (49). De övriga studierna utvärderade insatser på individ- och organisationsnivå med olika fokus, både individuell stresshantering och organisatoriska faktorer (44, 45, 48). Sammanvägningen av studierna bygger på få publicerade studier, som dessutom med ett undantag var av låg kvalitet. Därför bedöms kunskapsläget för effekter av förebyggande insatser som ges via företagshälsovården på psykisk ohälsa som oklart.

Under senare år ses en ökning av registrerade sjukskrivningar för psykisk ohälsa i Sverige (3). Därför har effektiva förebyggande åtgärder potential att få stor betydelse för arbetsgivare, samhälle och individ. Arbetsplatsen är i detta sammanhang en viktig arena eftersom många studier pekar på att arbetsmiljön innefattar både riskfaktorer och skyddande faktorer för psykisk hälsa (14). Resultaten från litteraturoversikten indikerar att det fortfarande finns en relativt liten omfattning av forskning som utvärderar effekten av förebyggande insatser. Ett område för fortsatt forskning är insatser som rör det psykosociala säkerhetsklimatet på arbetsplatser, dvs. den högsta ledningens beslut om hur arbetet organiseras och vilka policies och rutiner som finns för att motverka arbetsstress och psykisk ohälsa. I Sverige finns några nystartade forskningsprojekt som rör det psykosociala

säkerhetsklimatet (73). Denna typ av forskning kan öppna vägar för nya typer av insatser med fokus på sambandet mellan arbetets organisation, arbetsprestationer och medarbetarnas psykiska hälsa (16). Förebyggande åtgärder kan sedan utvecklas genom aktivt deltagande av ledning, anställda, FHV och andra centrala aktörer på arbetsplatsen, i syfte att skapa hälsosamma organisationer av betydelse för god produktivitet och god hälsa bland de anställda.

## Interventioner för riskgrupper

Totalt identifierades 11 studier som undersökte insatser inom FHV för grupper med identifierad risk för att utveckla psykisk ohälsa och minskad arbetsförmåga. Av dessa höll 6 studier medelhög kvalitet, och 5 låg kvalitet. Alla utom 1 av studierna hade en randomiserad studiedesign.

Studierna tillämpade olika metoder för att definiera riskgrupper, och insatserna kunde utgöras av KBT, kollegiala samtalsgrupper, konsultationer med FHV-läkare, stresshantering med mindfulness, meditation eller psykoanalytisk gruppterapi. Det vetenskapliga underlaget är sammantaget heterogent, men några studier med positiva resultat kan lyftas fram. I en studie av medelhög kvalitet påvisades att KBT baserat på problemlösningsbaserade insatser minskade den totala sjukfrånvaron jämfört med sedvanlig insats (59). I denna uppdatering gav en studie stöd för att en insats med screening, feedback och uppföljning hos FHV-läkare var kostnadseffektiv genom att den gav minskad sjukfrånvaro och sjuknärvaro bland de anställda (35). För dessa insatser finns därför vissa positiva indikationer. Generellt är dock det vetenskapliga kunskapsunderlaget oklart när det gäller effekter av insatser som ges till anställda som löper risk att utveckla psykisk ohälsa.

Det behövs fler utvärderingar av FHV-relaterade förebyggande insatser och insatser till anställda med risk för försämrad psykisk hälsa och sjukskrivning. Det finns ett fåtal studier som tyder på positiva effekter, men de utvärderar olika typer av insatser och det är viktigt att försöka replikera dessa studier i syfte att klargöra kunskapsläget. Det finns också ett behov av att ytterligare teoribaserade förebyggande insatser utvärderas med ett forskningsupplägg som ökar möjligheterna att dra slutsatser om insatsernas effekter.

## Rehabiliterande insatser

Totalt identifierades 18 studier som utvärderade rehabiliterande insatser för anställda som var sjukskrivna för psykisk ohälsa. Av dessa var 14 studier randomiserade och 3 hade olika varianter av kontrollerade studieupplägg utan randomisering. Därtill inkluderades 1 systematisk översikt. Totalt 13 studier bedömdes ha medelhög eller hög kvalitet och 4 studier låg kvalitet. Den systematiska översikten bedömdes ha medelhög kvalitet.

Insatser som byggde på problemlösningsmetoder eller KBT med arbetsplatsinriktning hade i flera studier positiva resultat på ett eller flera utfall, t.ex. förkortad



tid till partiell arbetsåtergång, minskad sjukfrånvaro och minskad risk för upprepad sjukfrånvaro (34, 46, 68, 72). Uppföljning från FHV av både den anställda och arbetsplatsen, även efter återgång till arbete, tycks minska risken för ytterligare sjukskrivning (74). Ingen av dessa studier visade dock en kortare tid till återgång i ordinarie arbetsomfattning vid 12-mådersuppföljningar. Studierna var av medelhög eller hög kvalitet.

I enskilda studier utvärderades också multimodal rehabilitering och varianter av stresshantering. Utfallsmåtten var av olika slag såsom sömnproblem, känsla av sammanhang, kognitiv förmåga, livskvalitet eller sjukskrivning. Studiernas heterogenitet gör det dock svårt att dra några slutsatser om effekter av dessa insatser.

Resultatet av den inkluderade systematiska översikten (46) av problemlösningsbaserade insatser eller KBT med arbetsplatsinriktning tyder på att interventionen resulterade i färre sjukskrivningsdagar än kontrollinsatsen. Översikten bygger i stort sett på samma studier som den tidigare kartläggningen.

Det vetenskapliga underlaget indikerar att problemlösningsbaserade insatser och KBT med arbetsplatsinriktning kan minska sjukfrånvaro och tiden till arbetsåtergång för anställda som är sjukskrivna för psykisk ohälsa. Effekten är oklar för övriga rehabiliterande insatser.

## Psykiska symtom och arbetsåtergång

I den tidigare kartläggningen konstaterades att kopplingen mellan symtom på psykisk ohälsa och arbetsåtergång var svag. I denna uppdatering lyfter en studie vikten av den anställdas tilltro till sin egen förmåga (self-efficacy) att kunna återgå i arbete (34). Detta handlar om hur säker den anställda känner sig på att kunna möta de utmaningar som en arbetsåtergång innebär och att kunna återgå i arbete trots sina symtom (69). I studien av Volker et al. (34) omfattade insatsen att stärka den anställdas tilltro till denna förmåga, i kombination med problemlösningsbaserade insatser som bl.a. är kopplade till arbete och arbetsåtergång. Anställda som fick insatsen återgick i arbete fortare än de som enbart fick sedvanlig insats. Grupperna visade inga säkerställda skillnader när det gäller sjukvårdskonsumtion under uppföljningstiden på ett år. Liksom i tidigare studier rapporterade båda grupperna en tydlig minskning av symtom över tid oavsett graden av arbetsåtergång (68, 75). Detta ligger i linje med resultaten från den förra kartläggningen och understryker vikten av att involvera arbetsplatsen tidigt vid rehabilitering och att erbjuda metoder för samtidig symtomhantering och arbetsåtergång.

## Generaliserbarhet till svenska förhållanden

De flesta studier i kartläggningen var gjorda i Nederländerna, där det sedan tidigare finns lagstöd för att använda FHV och ett omfattande sjuklöneansvar för arbetsgivare. Detta kan göra att arbetsgivarna anstränger sig mer för att underlätta

arbetsåtergång bland sjukskrivna (76). De flesta interventioner har givits av FHV-läkare (33-35, 37, 38, 40, 46) eller ett team som inkluderar FHV-läkare (41). I Sverige är det inom FHV vanligt att exempelvis en psykolog eller företagssköterska är involverad i sådana interventioner, och då är en god kommunikation med sjukskrivande läkare viktig för att resultaten ska vara överförbara till svenska förhållanden. Dock behöver insatserna utvärderas i Sverige, och åtminstone en studie pågår kring detta (77).

Resultaten i denna rapport kan också gå att applicera på primärvården. En hög andel av de anställda som blir sjukskrivna pga. psykisk ohälsa får vård och behandling inom primärvården. Primärvården har dock inte samma möjligheter till direkt kontakt med arbetsgivare eller FHV, utan fokus ligger på att lindra och behandla sjukdom och symtom. Därför behövs utvärderingar av insatser inom primärvården. Under 2018 startas en studie inom primärvården (se [ClinicalTrials.gov NCT03346395](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT03346395)).

## Metodologiska beaktanden

De 33 studier som inkluderats i denna systematiska kartläggning är relativt heterogena i metodologiskt upplägg, insatser och utvärderingsmetoder. Därför är det svårt att dra några slutsatser om effekter av insatserna eftersom försök till replikering vanligen saknas.

I de databaser som använts för att lokalisera de ingående studierna finns det ingen specifik indexering för FHV, vilket ökar risken för att relevanta studier missas i databassökningen. Detta är också ett av skälen till att författarna gått igenom referenslistorna i alla inkluderade studier. I några fall har forskarna inkluderat studier där FHV deltagit på annat sätt än genom att ge interventionen, exempelvis varit inblandade i att rekrytera anställda. Syftet är att få ett så brett underlag som möjligt att studera.

I denna kartläggning har författarna lyft fram resultat från enskilda studier och gjort en sammanfattande bedömning av dem. Kvalitetsbedömningen av studierna har fokuserat på i vilken grad resultaten kan vara osäkra pga. metodologiska begränsningar, så en studie kan bedömas ha låg kvalitet trots att den är rapporterad och genomförd på ett korrekt sätt. Exempelvis dras studier som inte har en jämförelsegrupp ofta med detta problem. Dessa studier är ändå värdefulla för att beskriva området och de kan innehålla insatser med potential att utvärderas med andra upplägg.

## Sammanfattande diskussion

I den tidigare kartläggande litteraturöversikten inom området påpekade författarna bristen på förebyggande insatser mot psykisk ohälsa på arbetsplatsen i forskningslitteraturen. Det har visserligen tillkommit två studier i denna uppdatering, men de bedömdes vara av låg kvalitet. Därför är det fortfarande mycket osäkert vilka insatser som kan tillämpas på arbetsplatsen och huruvida

dessa insatser i så fall bidrar till att förhindra psykisk ohälsa bland anställda. Eftersom psykisk ohälsa är den vanligaste orsaken till sjukskrivning ser författarna ett fortsatt behov av att utveckla förebyggande insatser. Dessa insatser behöver utvärderas i vetenskapliga studier för att man ska kunna dra slutsatser om insatsernas effekt. Flera möjliga utgångspunkter för sådana insatser har diskuterats i denna rapport, varav ett exempel är det psykosociala säkerhetsklimatet (14). En annan utgångspunkt är forskning om ”hälsosamma organisationer” som lyfter upp betydelsen av, och sambandet mellan, god hälsa bland medarbetarna och en produktiv organisation (78). Ett europeiskt initiativ i sammanhanget är ”European Network for Workplace Health Promotion” som initierat en rad kampanjer och aktiviteter om hälsofrämjande i arbetsmiljön under de senaste decennierna (79).

I kartläggningen av de rehabiliterande insatserna fanns en bred variation när det gäller vid vilken tidpunkt de anställda (sjukskrivna) hade fått en insats. Tidigare studier och nationella riktlinjer (80) lyfter fram behovet av att aktualisera arbetsåtergång tidigt i sjukskrivningsprocessen. Här behövs alltså fortsatta studier där man studerar den anställdas inställning till sjukskrivning och återgång i arbete på ett tidigt stadium, exempelvis redan vid första sjukskrivningstillfället. Detta behöver göras i samverkan med arbetsgivaren, för att diskutera möjliga anpassningar av arbetsuppgifter. Studien av Volker med kollegor (34) som diskuterats tidigare är av intresse i detta sammanhang där man studerar kognitiva insatser som rör den anställdas tilltro till förmågan att återgå i arbete, trots symptom, kombinerat med en tillämpad problemlösningsbaserad insats gentemot arbetsplatsen.

E-hälsointerventioner, dvs. interventioner som distribueras via internet till enskilda individer, har förekommit i båda kartläggningarna. I den uppdaterade kartläggningen fanns två publikationer (34, 37) som rapporterade e-hälsointerventioner. Inom området e-hälsa behövs fler studier som undersöker vad insatserna innehåller, i vilken utsträckning studiedeltagarna använder sig av E-hälsointerventionerna och vilken effekt de har på sjukskrivning och rehabilitering. Dessa insatser kan bl.a. öka tillgängligheten till insatser och har en potential både som förebyggande och som rehabiliterande åtgärder.

Ingen av de studerade rehabiliterande insatserna har kunnat visa en kortare tid till återgång i ordinarie arbetstid vid uppföljningar ett år efter given insats. Kanske behövs uppföljning och aktivt stöd från FHV, i samarbete med arbetsgivare och anställd över längre tid, för att man även ska kunna förkorta tiden till återgång i ordinarie arbetstid. Det kan vara så att de insatser som utvärderats hittills framför allt haft fokus på första återgången i arbete, som ofta är partiell arbetsåtergång.

## Slutsatser

Författarna drar följande slutsatser:

- För rehabiliterande insatser till anställda som är sjukskrivna för psykisk ohälsa indikerar det vetenskapliga underlaget att en problemlösningsbaserad insats och KBT med arbetsplatsinriktning minskar sjukskrivningar och/eller

påskyndar arbetsåtergång jämfört med sedvanlig insats. Detta stöddes av 3 originalstudier och 1 systematisk översikt. Effekten är oklar för övriga rehabiliterande insatser. Slutsatserna baseras på totalt 18 studier, varav 14 var av medelhög eller hög studiekvalitet.

- Kunskapsläget är oklart när det gäller effekterna av förebyggande insatser. Detta baseras på 4 publicerade studier som, med 1 undantag, var av låg kvalitet.
- Kunskapsläget är även oklart när det gäller effekter av insatser till anställda som löper risk att utveckla psykisk ohälsa eller blir sjukskrivna. Detta baseras på 11 studier, varav 6 var av medelhög kvalitet. Några enskilda positiva resultat beskrivs dock, bl.a. för KBT med problemlösningsbaserad insats och en insats som kombinerat screening, feedback och uppföljning hos FHV-läkare.
- Flera studier visade också att det inte finns en tydlig relation mellan omfattningen av symtom och tiden till arbetsåtergång. Detta understryker vikten av att vid rehabiliterande insatser aktualisera arbetsåtergång tidigt i processen och att erbjuda metoder för samtidig symtomhantering och arbetsåtergång.
- Sammanfattningsvis har FHV en god potential för att bidra till en minskning av psykisk ohälsa på arbetsplatser. Det finns stöd för att problemlösningsbaserade insatser eller KBT med arbetsplatsinriktning har positiva effekter på arbetsåtergång medan kunskapsunderlaget behöver utvecklas för förebyggande och tidiga insatser.

# Referenser

1. WHO. The Global Burden of Disease. 2004 update. 2008.
2. Matrix Insight: Executive Agency for Health and Consumers. Economic analysis of workplace mental health promotion and mental disorder prevention programmes. 2013.
3. Försäkringskassan. Socialförsäkringsrapport 2016:07. Sjukfrånvarons utveckling. Stockholm: Försäkringskassan, 2016.
4. OECD. Mental Health and Work: Sweden. OECD Publishing. 2013.
5. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(4):334-41.
6. Bergström G, Lundin A, Vaez M, Cedstrand E, Hillert L, Jensen I. Insatser via företagshälsovården för att minska eller förebygga psykisk ohälsa. En kartläggning av forskningen. Enheten för Interventions- och Implementeringsforskning, IMM, Karolinska Institutet, 2015.
7. Företagshälsans riktlinjegrupp. Riktlinjer för psykisk ohälsa på arbetsplatsen [www.fhvforskning.se](http://www.fhvforskning.se) 2015.
8. Cullen KL, Irvin E, Collie A, Clay F, Gensby U, Jennings PA, et al. Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *J Occup Rehabil*. 2018;28(1):1-15.
9. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Marine A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2014;12:CD002892.
10. Waddell G, Burton K. Is Work Good for your Health and your Well-being? [www.tsoshop.co.uk](http://www.tsoshop.co.uk). The Stationery Office, 2006.
11. Centrum för Arbets- och Miljömedicin (CAMM). Arbetshälsorapport. Stockholms län 2016. Stockholm: 2016.
12. Marmot M. Social justice, epidemiology and health inequalities. *Eur J Epidemiol*. 2017;32(7):537-46.13. SBU. Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt. . Stockholm 2014: Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (SBU) SBU-rapport nr 223. ISBN 978-91-85413-64-5, 2014.
14. Dollard MF, Bakker AB. Psychosocial safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems, and employee engagement. *J Occup Organ Psych*. 2010;83(3):579-99.
15. Becher H, Dollard M. Psychosocial safety climate and better productivity in Australian workplaces: costs, productivity, presenteeism, absenteeism. 2016.
16. Bailey TS, Dollard MF, McLinton SS, Richards PAM. Psychosocial safety climate, psychosocial and physical factors in the aetiology of musculoskeletal disorder symptoms and workplace injury compensation claims. *Work Stress*. 2015;29(2):190-211.
17. Dollard M, Bailey T, McLinton S, Richards P, McTernan W, Taylor A, et al. The Australian Workplace Barometer: Report on Psychosocial Safety Climate and Worker Health in Australia. Canberra: 2012.
18. Busch H, Bonnevier H, Hagberg J, Karlsson M, Bodin L, Norlund A, et al. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Slutrapport, del I. Stockholm 2011.
19. Hellman T, Bonnevier H, Jensen I, Hagberg J, Busch H, Björk-Brämberg E, et al. En processutvärdering av multimodala team inom ramen för rehabiliteringsgarantin Slutrapport. Stockholm: Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM). Karolinska Institutet., 2014.
20. Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Hees HL, Verhoeven AC, et al. Interventions to improve return to work in depressed people. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2014;12:CD006237.

21. 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. The Cochrane database of systematic reviews. 2012;12:CD006389.
22. Joyce S, Modini M, Christensen H, Mykletun A, Bryant R, Mitchell PB, et al. Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychol Med*. 2016;46(4):683-97.
23. Conn VS, Hafdahl AR, Cooper PS, Brown LM, Lusk SL. Meta-analysis of workplace physical activity interventions. *Am J Prev Med*. 2009;37(4):330-9.
24. Arbetsmiljöverket. Arbetsmiljön 2015. Arbetsmiljöstatistik Rapport 2016:2 Stockholm: Arbetsmiljöverket 2016.
25. SOU 2011:15. Rehabiliteringsrådets slutbetänkande. Stockholm: 2011.
26. SOU 2015:21. Mer trygghet och bättre försäkring. Stockholm: 2015.
27. Karlson B, Jonsson P, Palsson B, Abjornsson G, Malmberg B, Larsson B, et al. Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout--a prospective controlled study. *BMC Public Health*. 2010;10:301.
28. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Indikationer och underlag för bedömningar. Stockholm: Socialstyrelsen, 2013.
29. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: Towards a methodological framework. *Int J Soc Res Meth*. 2005;8:19-32.
30. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation science* : IS. 2010;5:69.
31. Daudt HM, van Mossel C, Scott SJ. Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC Med Res Meth*. 2013;13:48.
32. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, Porter AC, Tugwell P, Moher D, Bouter LM. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Meth*. 2007;7:10.
33. van Beurden KM, Brouwers EP, Joosen MC, de Boer MR, van Weeghel J, Terluin B, et al. Effectiveness of an Intervention to Enhance Occupational Physicians' Guideline Adherence on Sickness Absence Duration in Workers with Common Mental Disorders: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *J Occup Rehabil*. 2016:1-9.
34. Volker D, Zijlstra-Vlasveld MC, Anema JR, Beekman AT, Brouwers EP, Emons WH, et al. Effectiveness of a blended web-based intervention on return to work for sick-listed employees with common mental disorders: results of a cluster randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2015;17(5).
35. van Beurden KM, van der Klink JJ, Brouwers EP, Joosen MC, Mathijssen JJ, Terluin B, et al. Effect of an intervention to enhance guideline adherence of occupational physicians on return-to-work self-efficacy in workers sick-listed with common mental disorders. *BMC Publ Health*. 2015;15(1):796.
36. Noben C, Evers S, Nieuwenhuijsen K, Ketelaar S, Gärtner F, Sluiter J, et al. Protecting and promoting mental health of nurses in the hospital setting: is it cost-effective from an employer's perspective. *Int J Occup Med Environ Health*. 2015;28(5):891-900.
37. Noben C, Smit F, Nieuwenhuijsen K, Ketelaar S, Gärtner F, Boon B, et al. Comparative cost-effectiveness of two interventions to promote work functioning by targeting mental health complaints among nurses: Pragmatic cluster randomised trial. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(10):1321-31.
38. Yamamoto M, Sasaki N, Somemura H, Nakamura S, Kaneita Y, Uchiyama M, et al. Efficacy of sleep education program based on principles of cognitive behavioral therapy to alleviate workers' distress. *Sleep Biol Rhythm*. 2016;14(2):211-9.
39. Dalgaard L, Eskildsen A, Carstensen O, Willert MV, Andersen JH, Glasscock DJ. Changes in self-reported sleep and cognitive failures: a randomized controlled trial of a stress management intervention. *Scand J Work Environ Health*. 2014:569-81.

40. Goorden M, Vlasveld MC, Anema JR, van Mechelen W, Beekman AT, Hoedeman R, et al. Cost-utility analysis of a collaborative care intervention for major depressive disorder in an occupational healthcare setting. *J Occup Rehabil.* 2014;24(3):555-62.
41. Valtonen M, Raiskila T, Veijola J, Läksy K, Kauhanen M-L, Kiuttu J, et al. Enhancing sense of coherence via early intervention among depressed occupational health care clients. *Nord J Psychiatr.* 2015;69(7):515-22.
42. Kröger C, Bode K, Wunsch E-M, Kliem S, Grochowski A, Finger F. Work-related treatment for major depressive disorder and incapacity to work: Preliminary findings of a controlled, matched study. *J Occup Health Psychol.* 2015;20(2):248.
43. Bender A, Eynan R, O'Grady J, Nisenbaum R, Shah R, Links PS. Best practice intervention for post-traumatic stress disorder among transit workers. *Work.* 2016;54(1):59-71.
44. Kim S-A, Suh C, Park M-H, Kim K, Lee C-K, Son B-C, et al. Effectiveness of a comprehensive stress management program to reduce work-related stress in a medium-sized enterprise. *Ann Occup Environ Med.* 2014;26(1):4.
45. Vinberg S, Romild U, Landstad BJ. Prevention and rehabilitation in Swedish public sector workplaces: Effects on co-workers' and leaders' health and psychosocial working conditions. *Work.* 2015;52(4):891-900.
46. Doki S, Sasahara S, Matsuzaki I. Psychological approach of occupational health service to sick leave due to mental problems: a systematic review and meta-analysis. *Int Arch Pccup Environ Health.* 2015;88(6):659-67.
47. Gärtner FR, Nieuwenhuijsen K, Ketelaar SM, van Dijk FJ, Sluiter JK. The mental vitality@ work study: effectiveness of a mental module for workers' health surveillance for nurses and allied health care professionals on their help-seeking behavior. *J Occup Environ Med.* 2013;55(10):1219-29.
48. Kobayashi Y, Kaneyoshi A, Yokota A, Kawakami N. Effects of a worker participatory program for improving work environments on job stressors and mental health among workers: a controlled trial. *J Occup Health.* 2008;50(6):455-70.
49. Ahola K, Vuori J, Toppinen-Tanner S, Mutanen P, Honkonen T. Resource-enhancing group intervention against depression at workplace: who benefits? A randomised controlled study with a 7-month follow-up. *Occup Environ Med.* 2012;69(12):870-6.
50. de Boer AG, van Beek JC, Durinck J, Verbeek JH, van Dijk FJ. An occupational health intervention programme for workers at risk for early retirement; a randomised controlled trial. *Occup Environ Med.* 2004;61(11):924-9.
51. Grime PR. Computerized cognitive behavioural therapy at work: a randomized controlled trial in employees with recent stress-related absenteeism. *Occup Med (Oxford).* 2004;54(5):353-9.
52. Gartner FR, Nieuwenhuijsen K, Ketelaar SM, Van Dijk FJH, Sluiter JK. The Mental Vitality @ Work Study: Effectiveness of a Mental Module for Workers' Health Surveillance for Nurses and Allied Health Care Professionals on Their Help-Seeking Behavior. *J Occup Environ Med.* 2013;55(10):1219-29.
53. Ketelaar SM, Gartner FR, Bolier L, Smeets O, Nieuwenhuijsen K, Sluiter JK. Mental Vitality @ Work--a workers' health surveillance mental module for nurses and allied health care professionals: process evaluation of a randomized controlled trial. *J Occup Environ Med.* 2013;55(5):563-71.
54. Kuoppala J, Kekoni J. At the sources of one's well-being: early rehabilitation for employees with symptoms of distress. *J Occup Environ Med.* 2013;55(7):817-23.
55. Salmela-Aro K, Naatanen P, Nurmi J-E. The role of work-related personal projects during two burnout interventions: A longitudinal study. *Work & Stress.* 2004;18(3):208-30.
56. Kant I, Jansen NW, Van Amelsvoort LG, Van Leusden R, Berkouwer A. Structured early consultation with the occupational physician reduces sickness absence among office workers at high risk for long-term sickness absence: a randomized controlled trial. *J Occup Rehabil.* 2008;18(1):79-86.
57. Karatzias T, Chouliara Z, Power K, Kilfedder C. Predicting outcome of face-to-face and telephone counselling for occupational stress. *Br J Guid Counsell.* 2011;39(3):197-208.

58. Kilfedder C, Power K, Karatzias T, McCafferty A, Niven K, Chouliara Z, et al. A randomized trial of face-to-face counselling versus telephone counselling versus bibliotherapy for occupational stress. *Psychol Psychother Theor Res Pract.* 2010;83(Pt 3):223-42.
59. Lexis MA, Jansen NW, Huibers MJ, van Amelsvoort LG, Berkouwer A, Tjin ATG, et al. Prevention of long-term sickness absence and major depression in high-risk employees: a randomised controlled trial. *Occup Environ Med.* 2011;68(6):400-7.
60. Peterson U, Bergström G, Samuelsson M, Åsberg M, Nygren Å. Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: Randomized controlled trial. *J Adv Nurs.* 2008;63(5):506-16.
61. de Vente W, Kamphuis JH, Emmekamp PM, Blonk RW. Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial. *J Occup Health Psychol.* 2008;13(3):214-31.
62. Grossi G, Santell B. Quasi-experimental evaluation of a stress management programme for female county and municipal employees on long-term sick leave due to work-related psychological complaints. *J Rehabil Med.* 2009;41(8):632-8.
63. Arends I, van der Klink JJ, van Rhenen W, de Boer MR, Bultmann U. Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders: results of a cluster-randomised controlled trial. *Occup Environ Med.* 2014;71(1):21-9.
64. Hees HL, de Vries G, Koeter MW, Schene AH. Adjuvant occupational therapy improves long-term depression recovery and return-to-work in good health in sick-listed employees with major depression: results of a randomised controlled trial. *Occup Environ Med.* 2013;70(4):252-60.
65. Noordik E, van der Klink JJ, Geskus RB, de Boer MR, van Dijk FJ, Nieuwenhuijsen K. Effectiveness of an exposure-based return-to-work program for workers on sick leave due to common mental disorders: a cluster-randomized controlled trial.[Erratum appears in *Scand J Work Environ Health.* 2013 May 1;39(3):319]. *Scand J Work Environ Health.* 2013;39(2):144-54.
66. Rebergen DS, Bruinvels DJ, Bezemer PD, van der Beek AJ, van Mechelen W. Guideline-based care of common mental disorders by occupational physicians (CO-OP study): a randomized controlled trial. *J Occup Environ Med.* 2009;51(3):305-12.
67. van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, de Jong FJ, Meeuwissen JA, Drewes HW, van der Laan NC, et al. Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2010;6:375.
68. van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH, van Dijk FJ. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occup Environ Med.* 2003;60(6):429-37.
69. van Oostrom SH, van Mechelen W, Terluin B, de Vet HC, Knol DL, Anema JR. A workplace intervention for sick-listed employees with distress: results of a randomised controlled trial. *Occup Environ Med.* 2010;67(9):596-602.
70. Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Ader HJ, Anema JR, Hoedeman R, van Mechelen W, et al. Collaborative care for major depressive disorder in an occupational healthcare setting. *Br J Psychiatr.* 2012;200(6):510-1.
71. Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Ader HJ, Anema JR, Hoedeman R, van Mechelen W, et al. Collaborative care for sick-listed workers with major depressive disorder: a randomised controlled trial from the Netherlands Depression Initiative aimed at return to work and depressive symptoms. *Occup Environ Med.* 2013;70(4):223-30.
72. Arends I, Bultmann U, van Rhenen W, Groen H, van der Klink JJ. Economic evaluation of a problem solving intervention to prevent recurrent sickness absence in workers with common mental disorders. *PLoS ONE.* 2013;8(8).
73. Berthelsen H, Muhonen T. Psykosocialt säkerhetsklimat - ett sätt att mäta organisatoriskt och socialt säkerhetsklimat. *Stressforskningsinstitutet, Stockholms Universitet, 2017.*
74. Rebergen DS, Bruinvels DJ, Bos CM, van der Beek AJ, van Mechelen W. Return to work and occupational physicians' management of common mental health problems--process evaluation of a randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health.* 2010;36(6):488-98.



75. Arends I, Bultmann U, Nielsen K, van Rhenen W, de Boer MR, van der Klink JJ. Process evaluation of a problem solving intervention to prevent recurrent sickness absence in workers with common mental disorders. *Soc Sci Med.* 2014;100:123-32.
76. FHV-delegationen. SOU 2011:63 Framgångsrik företagshälsovård - Möjligheter och metoder. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer; 2011. 1-174 p.
77. Bergström G, Lohela-Karlsson M, Kwak L, Bodin L, Jensen I, Torgén M, et al. Preventing sickness absenteeism among employees with common mental disorders or stress-related symptoms at work: Design of a cluster randomized controlled trial of a problem-solving based intervention versus care-as-usual conducted at the Occupational Health Services. *BMC Pub Health.* 2017;17(1):436.
78. Raya RP, Panneerselvam S. The healthy organization construct: A review and research agenda. *Indian J Occup Environ Med.* 2013;17(3):89-93.(1)
79. ENWHP. The European Network for Workplace Health Promotion <http://www.enwhp.org/about-enwhp.html>.
80. riktlinjegrupp F. Riktlinjer för psykisk ohälsa på arbetsplatsen. [www.fhvforskning.se](http://www.fhvforskning.se)2015.

# Bilagor

## Bilaga 1. Sökningar med söksträngar

Datum: Juni 2017 (Uppdaterad sökning – nya träffar sedan april 2014)

Totalt antal träffar: 464 (553 innan dubblettsortering och jämförelse med det tidigare biblioteket)

Sökta databaser:

1. Medline (Ovid)
2. Psychinfo
3. Embase
4. Cochrane

MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations and MEDLINE (OVID)

Datum: 20170602

Antal träffar: 224

1. Occupational Health Services/
2. Occupational Diseases/
3. Occupational Health/
4. Occupational Medicine/
5. Occupational Health Nursing/
6. Occupational Health Physicians/
7. Occupational Injuries/
8. Employment/
9. exp Rehabilitation, Vocational/
10. Return to Work/
11. Workplace/
12. Sick Leave/
13. Absenteeism/
14. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13
15. ((Occupation\* or employ\* or work\* or job\* or vocation\*) adj3 (service\* or program\* or intervention\* or campaign\* or counsel\*ing or therap\* or rehabilitat\* or training\* or treatment)).tw.
16. 14 and 15
17. limit 16 to (yr="1990 -Current" and (danish or english or norwegian or swedish))
18. limit 17 to (clinical trial, all or comparative study or evaluation studies or meta analysis or multicenter study or observational study or "review" or systematic reviews)
19. Epidemiologic Studies/
20. Cohort Studies/
21. exp Longitudinal Studies/
22. Intervention Studies/

23. exp Sampling Studies/
24. Feasibility Studies/
25. Pilot Projects/
26. Observation/
27. Control Groups/
28. Double-Blind Method/
29. quasi\*.tw.
30. randomi\*ed.tw.
31. 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30
32. 17 and 31
33. 18 or 32
34. Mental Disorders/
35. Adjustment disorders/
36. Anxiety Disorders/
37. Mood Disorders/
38. exp Depressive Disorder/
39. Depression/
40. exp Stress, Psychological/
41. Mental Fatigue/
42. Affective Symptoms/
43. Fatigue Syndrome, Chronic/
44. Mental disorder\*.tw.
45. Depressi\*.tw.
46. Mood disorder\*.tw.
47. Anxiety\*.tw.
48. Adjustment disorder\*.tw.
49. Burnout\*.tw.
50. Exhaustion\*.tw.
51. Chronic Fatigue\*.tw.
52. (Fatigue\* adj2 (Syndrome or Disorder\*)).tw.
53. reactive disorder\*.tw.
54. stress\*.tw.
55. 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54
56. 33 and 55
57. remove duplicates from 56
58. 1 or 5 or 6
59. limit 58 to (yr="1990 -Current" and (danish or english or norwegian or swedish))
60. limit 59 to (clinical trial, all or comparative study or evaluation studies or meta analysis or multicenter study or observational study or "review" or systematic reviews)
61. 31 and 59
62. 60 or 61
63. 55 and 62
64. 57 or 63
65. limit 64 to yr="2014 -Current"

## Psychinfo (OVID)

Datum: 20170602

Antal träffar: 98

1. Occupational Health/
2. work related illnesses/
3. occupational stress/
4. Occupational Neurosis/
5. vocational rehabilitation/
6. Supported Employment/
7. work adjustment training/
8. occupational adjustment/
9. rehabilitation counseling/
10. reemployment/
11. employee leave benefits/
12. employee absenteeism/
13. employee assistance programs/
14. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13
15. ((Occupation\* or employ\* or work\* or job\* or vocation\*) adj3 (service\* or program\* or intervention\* or campaign\* or counsel\*ing or therap\* or rehabilitat\* or training\* or treatment)).tw.
16. 14 and 15
17. limit 16 to (yr="1990 -Current" and (danish or english or norwegian or swedish))
18. limit 17 to reviews
19. exp Cohort Analysis/
20. exp longitudinal studies/
21. "Sampling (Experimental)"/
22. Random Sampling/
23. observation methods/
24. experiment controls/
25. clinical trials/
26. quasi experimental methods/
27. intervention/
28. group intervention/
29. quasi\*.tw.
30. randomi\*ed.tw.
31. 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30
32. 17 and 31
33. 18 or 32
34. mental disorders/
35. adjustment disorders/

36. anxiety disorders/
37. affective disorders/
38. exp major depression/
39. "Depression (Emotion)"/
40. Atypical Depression/
41. stress/ or occupational stress/ or psychological stress/
42. fatigue/ or chronic fatigue syndrome/
43. Mental disorder\*.tw.
44. Depressi\*.tw.
45. Mood disorder\*.tw.
46. Anxiety\*.tw.
47. Adjustment disorder\*.tw.
48. Burnout\*.tw.
49. Exhaustion\*.tw.
50. Chronic Fatigue\*.tw.
51. (Fatigue\* adj2 (Syndrome or Disorder\*)).tw.
52. reactive disorder\*.tw.
53. stress\*.tw.
54. 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53
55. 33 and 54
56. limit 55 to yr="2014 -Current"

## Embase

Datum: 20170602

Antal träffar: 21

```
1 'occupational health service'/de
2 'occupational disease'/de
3 'occupational health'/de
4 'occupational medicine'/de
5 'occupational health nursing'/de
6 'occupational physician'/de
7 'occupational accident'/de
8 'employment'/de
9 'vocational rehabilitation'/de
10 'return to work'/de
11 'workplace'/de
12 'medical leave'/de
13 'absenteeism'/de
14 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11
OR #12 OR #13
15 ((occupation* OR employ* OR work* OR job* OR vocation*) NEAR/3
(service* OR program* OR intervention* OR campaign* OR counsel*ing OR
therap* OR rehabilitat* OR training* OR treatment)):ab,ti
16 #14 AND #15
17 #16 AND [1990-2014]/py AND ([danish]/lim OR [english]/lim OR
[norwegian]/lim OR [swedish]/lim)
18 'clinical trial'/exp OR 'comparative study'/de OR 'comparative
effectiveness'/de OR 'evaluation study'/exp OR 'meta analysis'/de OR 'review'/de
OR 'systematic review'/de OR 'cohort analysis'/de OR 'longitudinal study'/de OR
'intervention study'/de OR 'feasibility study'/de OR 'pilot study'/de OR
'observational study'/de OR 'control group'/de OR 'double blind procedure'/de
OR 'quasi experimental study'/de OR quasi*:ab,ti OR randomi*ed:ab,ti
19 #17 AND #18
20 'mental disease'/de
21 'adjustment disorder'/de
22 'anxiety disorder'/de
23 'mood disorder'/de
24 'depression'/exp NOT 'bipolar disorder'/exp
25 'major affective disorder'/de
26 'minor affective disorder'/de
27 'stress'/exp NOT ('lazarus theory of stress and coping'/de AND 'selye`s stress
theory'/de)
28 'chronic fatigue syndrome'/de
29 (mental NEXT/1 disorder*):ab,ti
30 depressi*:ab,ti
31 (mood NEXT/1 disorder*):ab,ti
32 anxiety*:ab,ti
```

33 (adjustment NEXT/1 disorder\*):ab,ti  
34 burnout\*:ab,ti  
35 exhaustion\*:ab,ti  
36 (chronic NEXT/1 fatigue\*):ab,ti  
37 (fatigue\* NEAR/2 (syndrome OR disorder\*)):ab,ti  
38 (reactive NEXT/1 disorder\*):ab,ti  
39 stress\*:ab,ti  
40 #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR  
#29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38  
OR #39  
41 #19 AND #40  
42 #1 OR #5 OR #6  
43 #18 AND #40 AND #42  
44 #43 AND [1990-2014]/py AND ([danish]/lim OR [english]/lim OR  
[norwegian]/lim OR [swedish]/lim)  
45 #41 OR #44 AND [embase]/lim  
46 #41 OR #44 AND [medline]/lim  
47 #45 NOT #46  
48 #45 NOT #46 AND [2014-2017]/py

Cochrane CENTRAL (Wiley)

Datum: 20170602

Antal träffar: 210

- |     |   |
|-----|---|
| #1  | ((Occupation* or employ* or work* or job* or vocation*) near/3 (service* or program* or intervention* or campaign* or counsel*ing or rehabilitat*)):ti,ab |
| #2  | (Occupational Health near/2 (service* or physician* or nurse* or psycholog* or psychiatr*)):ti,ab   |
| #3  | Mental disorder*:ti,ab  |
| #4  | Depressi*:ti,ab   |
| #5  | Mood disorder*:ti,ab  |
| #6  | Anxiety*:ti,ab  |
| #7  | Adjustment disorder*:ti,ab  |
| #8  | Burnout*:ti,ab  |
| #9  | Exhaustion*:ti,ab   |
| #10 | Chronic Fatigue*:ti,ab  |
| #11 | (Fatigue* near/2 (Syndrome or Disorder*)):ti,ab   |
| #12 | reactive disorder*:ti,ab  |
| #13 | stress*:ti,ab   |
| #14 | #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13  |
| #15 | #1 and #14  |
| #16 | #2 and #14  |
| #17 | #15 or #16  |
| #18 | pubmed:an   |
| #19 | #17 not #18 Publication Date from 2014 to 2017  |



## Bilaga 2. Beskrivning av studierna

### Förebyggande insatser

Kim et al. 2014

Studiedesign, kontext, studieperiod	Observationsstudie med för- och eftermätning. Korea Medelstort företag inom metallindustri. September–november 2011.
Syfte	Syftet med studien var att bedöma effektiviteten av ett arbetsplatsinriktat stresshanteringsprogram på organisationsnivå bestående av participativ handlingsinriktad utbildning (PAOT) och på individnivå, dvs. individuella insatser ledd av ett team från FHV.
Deltagare	N = 211 varav 91 tjänstemän och 120 arbetare Tjänstemän: 80,2 % män, 19,8 % kvinnor Arbetare: 100 % män, 0 % kvinnor  Inklusionskriterier: anställd vid företaget. Alla anställda ombads fylla i enkät. Samma enkät användes för baslinje och uppföljning.
Intervention och jämförelsegrupp	I: Interventionen gavs i fyra delar på organisationsnivå: (1) workshop för teamledare för att kunna facilitera interventionen; (2) workshop med anställda; (3) uppföljning av handlingsplaner; (4) en enkel, billig, tävling.  Workshopen/utbildningen för att kunna facilitera interventionen riktade sig till 24 gruppledare och hölls två gånger. Den gruppbaseade participativa workshopen hölls en gång och inkluderade 86 tjänstemän och 108 arbetare. Resultaten från (2) sammanställdes av forskare och spreds sedan till grupperna för avstämning. Forskare bevitnade implementeringen av handlingsplanerna och gav feedback om inte handlingsplanerna fungerade. Tävlingen hölls med gruppledarna i (1). Handlingsplanerna presenterades och utvärderades och gruppledarna gavs råd vid behov. Bra praxis för att minska arbetsrelaterad stress delades mellan gruppledarna och den, billigaste och smartaste förbättringspraxis tilldelades pris.  Studien använder sig inte av kontrollgrupp.
Mätpunkter	Baslinje och 2 månader
Utfallsmått	Korean occupational stress scale (KOSS) Worker's stress Response Inventory (WSRI)
Resultat	KOSS-poäng före/efter intervention: Arbetarna visade en statistiskt signifikant interventionseffekt avseende förbättring på subskalorna fysisk miljö (p = 0,003), jobbkrav (p = 0,001), organisatoriskt system (p = 0,001), brist på belöning (p = 0,035) och organisatoriskt klimat (p = 0,048). Ökningen i totalpoäng på KOSS var även statistiskt signifikant bland arbetare (p < 0,001). Tjänstemän visade inga andra statistiskt säkerställda skillnader på subskalor eller totalpoäng på KOSS. WSRI-poäng före/efter intervention visade ingen statistiskt signifikant skillnad varken för arbetare eller för tjänstemän.
Studiekvalitet	Låg

Studiedesign, kontext, studieperiod	Longitudinell studie, paneldata Sverige 19 arbetsplatser inom skola och omsorg November–december 2006; november–december 2007; november–december 2008.
Syfte	Studien har två syften: (1) att jämföra anställda (A) och chefers (C) självskattade hälsa och psykosociala arbetsförhållanden, och (2) att utreda hur prevention och rehabilitering inom den svenska offentliga sektorn påverkar dessa självskattade värden.
Deltagare	N = 311 (A = 291; C = 20) K: 16,5 % män, 83,5 % kvinnor (medelålder 47,9 år) C: 30 % män, 70 % kvinnor (medelålder 49,9 år)  Studien inkluderade endast de individer som arbetade på arbetsplatsen under hela studieperioden och som slutförde enkäten vid samtliga mätpunkter.
Intervention och jämförelsegrupp	I: Ett brett spektrum av individuella och gruppbaseade interventioner genomfördes vid de deltagande arbetsplatserna. Detta var t.ex. fysisk aktivitet, förbättringar i ventilation och fysisk miljö, hälsoundersökningar, handledning i klientmöte, konflikthantering och teamutveckling. Studien använder sig inte av kontrollgrupp.
Mätpunkter	Före (T0), ett år efter (T1) och två år efter (T2) startpunkten för den arbetsplatsrelaterade prevention och rehabiliteringsprogrammet.
Utfallsmått	Hälsorelaterade mått: Inte trött på jobbet Ingen smärta i nacke/rygg/axlar Psykosociala arbetsmiljömått: Monotont arbete Intressanta arbetsuppgifter Möjlighet att välja hur arbetet utförs Möjlighet att utveckla förmågor och kunskap på arbetsplatsen Ingen oro för förmågan att hantera arbetsmängden Ingen erfarenhet av brådska i jobbet eller av knappa tidsmarginaler Ingen tidspress – utrymme för naturliga raster och luncher Positiv feedback från chefer Samarbete inom arbetsgrupper
Resultat	Interventionerna hade ingen signifikant effekt på tidstrender för huvudeffekterna bortsett från trött på jobbet ( $p = 0,001$ ) och oro för förmågan att styra arbetsuppgifter ( $p = 0,002$ ).  Dock fanns det skillnader i måtten mellan anställda och chefer, bl.a. att chefer rapporterade signifikant större oro över att klara arbetsuppgifterna ( $p = 0,001$ ).
Studiekvalitet	Låg

## Interventioner för riskgrupper

Noben et al. 2014

Studiedesign, kontext, studieperiod	RCT Nederländerna Universitetssjukhus 2011
Syfte	Studiens syfte var att utvärdera kostnadseffektiviteten av två insatser: 1) screening för nedsatt arbetsförmåga relaterad till psykisk ohälsa och feedback samt remittering till företagshälsovårdsläkare; 2) screening och feedback som i 1) samt e-hälsointervention, jämfört med 3) enbart screening som i 1).
Deltagare	N = 617 (I1 = 207; I2 = 204; K = 206) I1: 17,9 % män, 82,1 % kvinnor (medelålder 42,56, sd 11,357) I2: 17,1 % män, 82,8 % kvinnor (medelålder 37,5 år, sd 12,16) K: 22,8 % män, 77,2 % kvinnor (medelålder 41,8 år, sd 11,305)  Inklusionskriterier: Samtliga sjuksköterskor med liknande arbetskrav och arbetsförhållanden vid ett universitetssjukhus. Dessa inkluderade: kirurgisjuksköterskor, anestesijsjuksköterskor och sjuksköterskor inom annan vård. Exklusionskriterier: Sjuksköterskor som var sjukfrånvarande vid studiens början och som förväntades vara sjukfrånvarande i mer än två veckor.
Intervention och jämförelsegrupp	Studien använde sig av två interventionsgrupper och en kontrollgrupp; I1: Screening för nedsatt arbetsförmåga relaterad till psykisk ohälsa, feedback och remittering till företagshälsovårdsläkare för de med positiva screeningresultat. I2: Screening för nedsatt arbetsförmåga relaterad till psykisk ohälsa, feedback och tillgång till e-interventioner med syfte att förebygga psykisk ohälsa. E-interventionen innehöll Psyfit (riktad mot att främja mental hälsa och välbefinnande); Strong at Work (riktad mot att lära in färdigheter att handskas bättre med arbetsrelaterad stress); Colour your Life (för att handskas med depressiva symtom); Don't Panic Online (för att minska symtomen av panikångest); Drinking Less (riktad mot att minska skadlig alkoholkonsumtion). K: Enbart screening för nedsatt arbetsförmåga relaterad till psykisk ohälsa.  Direkt efter att screeningen genomförts gavs interventionsgrupp 1 och 2 individriktad feedback på sina screeningresultat.
Mätpunkter	Baslinje (T0), 3 (T1) och 6 (T2) månader.
Utfallsmått	Utfall i primärstudien var arbetsförmåga mätt enligt "Nurses Work Functioning Questionnaire". I denna artikel undersöktes kostnadseffektiviteten ur ett samhällsperspektiv.
Resultat	Genomsnittskostnaden per deltagare i de tre grupperna var €1 266 i interventionsgrupp 1, €1 375 i interventionsgrupp 2 och €1 752 i kontrollgruppen. Median-ICER för interventionsgrupp 1 jämfört mot kontrollgruppen är dominant (€5 049) vilket innebär en kostnadsbesparing per behandlad deltagare. Därmed kan intervention 1 rekommenderas framför ingen intervention (kontrollgrupp) eftersom interventionen är associerad med en lägre kostnad. Median-ICER för interventionsgrupp 2 jämfört mot kontrollgruppen är €4 054 per behandlad deltagare. Intervention 2 är därmed sämre än ingen intervention (kontrollgrupp). Känslighetsanalyser visade på robusta resultat.
Studiekvalitet	Medelhög

Studiedesign, kontext, studieperiod	RCT Nederländerna Sjuksköterskor anställda vid universitetssjukhus 2011
Syfte	Syftet med studien var att genomföra en kostnad-nytta-analys ur ett arbetsgivarperspektiv genom att beräkna kostnader för förebyggande åtgärder och balansera dessa mot den ekonomiska nyttan i form av ökad produktivitet.
Deltagare	N = 413 (I = 207; K = 206) I: 17,9 % män, 82,1 % kvinnor (medelålder 42,56 år, sd 11,4) K: 22,8 % män, 77,2 % kvinnor (medelålder 41,83 år, sd 11,3)  Sjuksköterskor anställda vid universitetssjukhus
Intervention och jämförelsegrupp	I: Interventionen gavs i flera delar: (1) Samtliga deltagare screenades för nedsatt arbetsförmåga relaterad till 6 typer av psykisk ohälsa: oro, arbetsrelaterad trötthet, riskbruk av alkohol, depression, ångest och posttraumatiskt stressyndrom; (2) deltagare i interventionsgruppen fick personlig feedback på screeningen; (3) deltagare som screenades positivt erbjöds besök hos en företagshälsöversläkare. Besöket hos företagsläkaren följde ett 7-stegsförfarande där fokus var att hitta nedsättningar i arbetsförmåga och att ge råd för ökat välbefinnande och arbetsförmåga. Dessa 7 steg innehöll: Diskutera förväntningar Diskutera screeningresultat, arbetsförmåga och psykisk ohälsa Diskutera möjliga orsaker i privatlivet och arbetslivet till hälsotillståndet och dess konsekvenser för arbetsförmågan Identifiera problemet och erbjuda lösningar Ge råd om hur man hanterar ohälsan, ökar arbetsförmågan, förebygger konsekvenser av nedsatt arbetsförmåga och hur kommunikation kan ske på bästa sätt med närmaste chef om arbetsförmåga och psykisk hälsa Diskutera möjlig uppföljning eller remittering till andra vårdgivare Sammanfattning av besöket K: Enbart screening för nedsatt arbetsförmåga relaterad till psykisk ohälsa.
Mätpunkter	Baslinje (T0), 3 (T1) och 6 (T2) månader.
Utfallsmått	Behandlingssvar – sjukskrivning och sjuknärvaro Kostnader för interventionen Nytta till följd av ökad produktivitet Nettonytta
Resultat	Den genomsnittliga interventionskostnaden per sjuksköterska uppgick till €89 i interventionsgruppen och €25 i kontrollgruppen. Skillnaden i kostnader mellan de två grupperna var €64 (95 % KI: 52–76) och statistiskt signifikant. Skillnaden i minskningen av kostnader pga. ökad produktivitet uppgick till €715 (95 % KI: 226–1 203) mellan grupperna vilket är en statistiskt signifikant kostnadsbesparing till förmån för interventionsgruppen.  Beräkningen av nettonyttan till följd av minskad sjukfrånvaro och sjuknärvaro resulterade i en nettobesparing på €651 per sjuksköterska. Nettonyttan var statistiskt signifikant (95 % KI: 167–1 135; SE = 247,13; Z = 2,63; p = 0,008) till förmån för interventionsgruppen.
Studiekvalitet	Medelhög

Yamamoto et al. 2016

Studiedesign, kontext, studieperiod	RCT Japan Tre månader, 2012
Syfte	Syftet med studien var att studera effektivitet av en utbildning om sömn som baserades på KBT-principer, för att minska psykisk ohälsa.
Deltagare	N = 130 (I = 65, K = 65) I = 90,8 % män, 9,2 % kvinnor (medelålder 38, sd 9,11) K = 89,2 % män, 10,8 kvinnor (medelålder 37,5, sd 8,9)  Anställda som arbetade dagtid vid ett japanskt IT-företag. Inklusionskriterier: Athens Insomnia Scale-poäng (skattningsskala för sömnlöshet) 6 eller högre, ingen misstanke om annan sömnstörning än insomni (t.ex. sömnapné, restless legs, narkolepsi), ingen psykiatrisk behandling (utöver sömnläkemedel) och inga fysiska symtom som påverkade sömnen (t.ex. smärta, överaktiv blåsa).
Intervention och jämförelsegrupp	I: interventionen inkluderade 2 delar: (1) en 60-minuter lång gruppssession som leddes av företagshälsovårdsläkare och (2) en 30-minuter lång individuell rådgivning. Som förberedelse fick företagshälsovårdsläkare en 10 timmar lång utbildning i KBT. Gruppssessionen baserades på tre riktlinjer för behandling av sömnstörningar utfärdade i USA och Japan. Den individuella rådgivningen baserades på individens levnadsvanor och därefter fick de anställda råd med fokus på avslappningsträning, stimulanskontroll och sömnrestriktioner.  K: Väntelista-kontrollgrupp; efter uppföljningsperioden fick deltagarna i kontrollgruppen interventionen enligt ovan.
Mätpunkter	Baslinje vid T0 och mätningar vid 3 månader efter individuell rådgivning.
Utfallsmått	Primärt utfall: förändringsvolymen i psykisk ohälsa mellan baslinje och 3 månader efter individuell rådgivning. Utfallet mättes med ett frågeformulär riktat mot depression och ångest under den senaste månaden.  Sekundärt utfall: storleken på förändringen av graden av sömnlöshet mätt med Insomnia Severity Index (ISI) mellan baslinjen och 3 månader efter individuell rådgivning. ISI är ett självbedömningsinstrument med sju punkter som används för att utvärdera graden av insomni under de senaste två veckorna.
Resultat	Primärt utfall: Ingen signifikant skillnad mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp fanns avseende ångslan [medelvärdeskillnad 0,36 (95 % KI: -0,90–1,61), p = 0,58]. Sekundärt utfall: Ingen signifikant skillnad mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp framkom i insomni [-1,59 mot -0,10; medelvärdeskillnad 0,59 (95 % KI: -0,41 till 1,59), p = 0,25)
Studiekvalitet	Medelhög

## Rehabiliterande insatser

Bender et al. 2016

Studiedesign, kontext, studieperiod	Interventionsstudie med mixade metoder Kanada maj 2008–juni 2011.
Syfte	Syftet med studien var att utvärdera interventionen "Best Practice Intervention" och dess effekter på tid till återgång i arbete, förlorad arbetstid till följd av sjukfrånvaro samt symtom på posttraumatiskt stressyndrom sex månader efter exponering för olyckshändelse på arbetsplatsen.
Deltagare	N = 141 (I = 79, K = 62) I: 20 % män, 80 % kvinnor (medelålder 46,5, sd 9,5) K: 16 % män, 84 % kvinnor (medelålder 43,5, sd 8,7)  Populationen bestod av transportarbetare som hade upplevt olika former av olyckshändelser på arbetstid och som fyllt i en arbetsplatskadeanmälan.  Inklusionskriterier: Sjukfrånvaro till följd av en traumatisk arbetsrelaterad händelse/incident. Dessa incidenter omfattade att ha blivit överfallen, utsatt för verbala hot, utsatt för hot med vapen, förare av fordon som varit inblandat i en allvarlig eller dödlig incident, tunnelbanerelaterade försök till självmord eller självmord, vittne till brott mot tredje part som rån eller överfall av beskyddare, vittne till trafikolycka och/eller andra arbetsplatsrelaterade olyckor som resulterat i allvarliga skador. Arbetstagare med historik av psykiatriska störningar inkluderades. Möjliga studiedeltagare screenades med MPSS eller SCID I. De som översteg ett tröskelvärde, eller uppfyllde kriterier för humör- och/eller ångeststörning utifrån AXIS 1) remitterades till ett psykologiskt behandlingsprogram för ytterligare bedömning och behandling. Exklusionskriterier: Anställda som ådragit sig allvarliga skador och anställda som rapporterat känslomässigt trauma till följd av arbetsplatskonflikter mellan kollegor och/eller ledning.
Intervention och jämförelsegrupp	I: Bästa praxis-interventionen innehöll tre delar: (1) Utbildningsprogram för anställda, självscreening och råd för att söka hjälp (som omfattade en PowerPoint-presentation, en Response to trauma-guidebok och ett faktablad för anställda och deras familjer som beskrev vanliga reaktioner, symtom på PTSD, behandlingsalternativ); (2) remittering till evidensbaserade, multidisciplinära, behandlingsprogram (omfattande psykiatrisk och psykologisk bedömning och behandling, arbetsterapi, fysioterapi, rådgivning och koordinering för återgång i arbete); (3) specialiserade strategier för återgång i arbete i samarbete med företaget. K: Sedvanlig behandling.
Mätpunkter	1, 3 och 6 månader.
Utfallsmått	Tid till återgång i arbete (dagar från första frånvarodagen till partiell och fullständig återgång i arbete, eller återgång i arbete med anpassade arbetsuppgifter); PTSD-symtom (MPSS-17, SCID)
Resultat	Bland samtliga deltagare var mediantiden för återgång i arbete 30 dagar (SE = 5,83; KI 95 % = 18,57–41,43). För deltagare i gruppen för sedvanlig insats var mediantiden till återgång i arbete 20 dagar (SE = 11,16; 95 % KI = 0,000–41,87). För deltagare i interventionsgruppen var mediantiden till återgång i arbete 52 dagar (SE = 14,42; 95 % KI = 23,73–80,27). Studien rapporterar därmed ett negativt resultat för interventionsgruppen. Studien fann ingen signifikant skillnad mellan grupperna när det gäller antalet individer som partiellt återgått i arbete, eller som återgått till arbete med anpassade arbetsuppgifter ( $p = 0,103$ ).  Studien fann inga statistiska skillnader vid 6-månadersuppföljningen i MPSS-poäng mellan sedvanlig behandling (estimerade marginella medelvärden (SE) = 48,89 (3,92); 34,78 (3,95), och 25,08 (3,95), vid 1 respektive 3 och 6 månader), och interventionsgruppen (estimerade marginella medelvärden (SE) = 53,69 (3,51), 36,58 (3,64), och 23,54 (3,68 vid 1 respektive 3 och 6 månader) ( $p = 0,347$ ).

	Båda grupperna påvisade en signifikant minskning av PTSD-symtom över tid ( $p < 0,001$ ).
Studiekvalitet	Låg

van Beurden 2015

Studiedesign, kontext, studieperiod	RCT Nederländerna Januari 2012–februari 2014
Syfte	Syftet med studien var att utvärdera en utbildningsintervention riktad till företagshälsovårdsläkare och dess effekter på sjukskrivna anställdas tilltro till sin förmåga att återgå i arbete. Det sekundära syftet med studien var att studera huruvida interventionen modifierade förhållandet mellan self-efficacy i återgång i arbete och återgång i arbete tre månader senare.
Deltagare	N = 128, 39,8 % män I: Baslinje = 58, 3 månader = 54. K: Baslinje = 61, 3 månader = 61.  Inklusionskriterier: Anställd, 18–64 år, sjukskriven och registrerad i företagshälsans register med en psykisk ohälsodiagnos.
Intervention och jämförelsegrupp	I: Företagshälsovårdsläkare utbildades i behandlingsriktlinjer för behandling av psykisk ohälsa. Syftet var att öka läkarnas följsamhet till behandlingsrekommendationerna. Utbildningen omfattade 8 gruppsessioner under 12 månader. Läkarna delades upp i peer-learning-grupper och diskuterade innehållet i riktlinjen och i vilken utsträckning detta överensstämde med egen praxis. Sessionerna leddes av en av forskarna i studien. K: Sedvanlig behandling.
Mätpunkter	Baslinje (T0), 3 månader (T1).
Utfallsmått	Anställdas tilltro till egen förmåga att återgå i arbete.
Resultat	Studien fann en statistisk säkerställd skillnad i tilltro till egen förmåga vid återgång i arbete mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen ( $t = 3,431$ , $p \leq 0,05$ ).
Studiekvalitet	Hög



Studiedesign, kontext, studieperiod	RCT Nederländerna Januari 2012–februari 2014
Syfte	Syftet med studien var att utvärdera en utbildningsintervention riktad till företagshälsovårdsläkare om att praktisera enligt riktlinjer för omhändertagande av individer med psykisk ohälsa och studera om interventionen leder till tidigare återgång i arbete hos anställda sjukskrivna pga. psykisk ohälsa.
Deltagare	N = 3 379 (I = 1 493; K = 1 886) I: 39,5 % män, 60,5 % kvinnor (medelålder 45,1 år, sd 11,1) K: 43,3 % män, 56,7 % kvinnor (medelålder 44,1 år, sd 10,8)  Inklusionskriterier: Anställda 18–64 år, första sjukskrivningsdag 1 januari 2012–15 januari 2013. Alla anställda gavs råd av en företagshälsovårdsläkare som deltog i studien och som hade diagnostiserat arbetarna med CMD-diagnos (enligt Dutch Classification of Diseases, baserad på ICD-10).
Intervention och jämförelsegrupp	I: FHV-läkare deltog i gruppssessioner som syftade till ökad användning av behandlingsriktlinjer. Därefter fick anställda rådgivning av dessa läkare. Rådgivningen innehöll följande steg: (1) Problemorientering baserad på företagsläkarens diagnos. (2) Den anställdes förmåga till återhämtning, möjligheter till återgång i arbete samt problemlösning utvärderas av företagsläkaren. (3) Om återhämtningsprocessen avstannar använder sig företagsläkaren av kognitiva beteendetekniker för att öka individens problemlösning förmåga. (4) Konsultation med individen sker var tredje vecka under de tre första månaderna och därefter var sjätte vecka. (5) Företagsläkaren kontakter handledare eller arbetsgivare en gång i månaden.  K: Sedvanlig behandling som kan innehålla vård baserad på riktlinjer. Följsamheten till riktlinjerna vid tiden för studiens genomförande var dock låg.
Mätpunkter	Baslinje (T0) och 12 månaders uppföljning (T1)
Utfallsmått	Primärt: Tid till full återgång i arbete Sekundärt: (1) tid till första återgång i arbete; (2) totalt antal sjukfrånvarotimmar
Resultat	Tid till första återgång i arbete: Ingen säkerställd skillnad i tid till första återgång i arbete under uppföljningsperioden mellan Interventionsgruppen och kontrollgruppen (hazard ratio: 0,96 (95 % KI 0,80–1,15),  Tid till full återgång i arbete: Ingen säkerställd skillnad i tid till full återgång i arbete under uppföljningsperioden mellan Interventionsgruppen och kontrollgruppen (hazard ratio: 0,96 (95 % KI 0,81–1,15),  Totalt antal sjukfrånvarotimmar: Det skattade genomsnittliga totala antalet timmar av sjukfrånvaro var 478 (95 % KI 425–530) i interventionsgruppen och 483 (95 % KI 436–531) i kontrollgruppen (-5,51 (95 % KI -76 till 65), p = 0,88).
Studiekvalitet	Hög

Studiedesign, kontext, studieperiod	RCT Danmark September 2008–januari 2011
Syfte	Det primära syftet med studien var att undersöka en potentiell behandlingseffekt på självrapporterad sömnkvalitet och kognitiva svårigheter. Det sekundära syftet med studien var att utvärdera utvecklingen av sömnproblem och kognitiva svårigheter över tid bland patienter med klinisk nivå av stressymtom.
Deltagare	N = 137 (I = 57, K = 80) I: 15,8 % män, 84,2 % kvinnor (medelålder 45, spann 20–61) K: 16,3 % män, 83,8 % kvinnor (medelålder 45, spann 21–59)  Inklusionskriterier: (i) anställda med sjukfrånvaro till följd av arbetsrelaterad stress; (ii) diagnos anpassningsstörning, reaktion på stress eller måttlig depression; (iii) psykolog har utvärderat den anställdes tillstånd som huvudsakligen arbetsrelaterat; (iv) den anställda har för avsikt att återvända till arbetsplatsen. Exklusionskriterier: (i) Annan psykiatrisk sjukdom (komorbiditet såsom måttlig till grav depression; (ii) annan, nyligen debuterad kronisk somatisk sjukdom; (iii) graviditet; (iv) drogmissbruk; (v) sjukfrånvaro > 4 månader; (vi) någon typ av sjukersättning; och (vii) uppsagd/avskedad eller att den anställda inte har för avsikt att återvända till arbetsplatsen.
Intervention och jämförelsegrupp	I: Interventionen bestod av (1) ett individuellt stresshanteringsprogram baserat på KBT och (2) en kort arbetsplatsriktad intervention. Det individuella KBT-programmet innefattade en timmes sessioner med en psykolog under 16 veckor. Interventionen inkluderade följande aspekter: (1) identifiering av arbetsrelaterade stressorer och utmaningar; (2) identifiering av kognitiva och beteendestrategier som bidrar till utvecklingen av stressymtom; (3) utbildning om arbetsrelaterad stress; (4) hemuppgifter mellan sessionerna. Arbetsplatsinterventionen bestod av ett eller två möten på arbetsplatsen med den anställda, psykolog, chef och/eller annan representant från arbetsplatsen. K: Sedvanlig behandling.
Mätpunkter	Baslinje (T0), 4 månader och 10 månader.
Utfallsmått	Sömnkvalitet (mätt med BNSQ), Kognitiv nedsättning (CFQ)
Resultat	Studien fann att stresshanteringsinterventionen inte var mer effektiv än sedvanlig behandling avseende minskning av självrapporterade sömnproblem och kognitiva svårigheter 10 månader efter insats. T1: BNSQ interventionseffekt -1,44 (95 % KI -3,03–0,15) CFQ-minne interventionseffekt -0,92 (95 % KI -2,49–0,65) CFQ-distraction interventionseffekt -1,89 (95 % KI -3,94–0,15)  T2: BNSQ Interventionseffekt -0,60 (95 % KI -2,22–1,02) CFQ-minne interventionseffekt -0,76 (95 % KI -2,37–0,84) CFQ-distraction interventionseffekt -0,31 (95 % KI -2,4–1,79)
Studiekvalitet	Medelhög

Studiedesign, kontext, studieperiod	RCT Nederländerna Studieperiod 2007–2010
Syfte	Syftet med studien var att utvärdera kostnadsnyttan i en intervention som omfattade manualbaserad självhjälp och problemlösningsbaserade insatser riktade till anställda med depression.
Deltagare	N = 126 (I = 65, K = 61) I: 46,2 % män, 53,8 % kvinnor (medelålder 41,9 år, sd 11,4) K: 45,9 % män, 54,1 % kvinnor (medelålder 43,4 år, sd 11,4)  Inklusionskriterier: Anställda med sjukfrånvaro i 4–12 veckor pga. depressiva symtom genomgick en screening för depressiva symtom med hjälp av PHQ-9.
Intervention och jämförelsegrupp	I: Interventionen bestod av manualbaserad självhjälp, problemlösningsbaserade insatser (PLS), en arbetsplatsinsats och vid behov antidepressiv medicin. Arbetsplatsinsatsen omfattade möte med den anställda, arbetsgivare och läkare för att identifiera möjliga problem för återgång i arbete. Varannan vecka skedde en uppföljning av FHV-koordinator och psykiatriker för att se hur individen svarade på behandlingen, och vid behov intensifierades interventionen med fler PLS-möten, genom att tillföra antidepressiv medicinering eller ändra dosen antidepressiva mediciner. Om symtom kvarstod efter 18 veckor remitterades individen till sekundär psykiatrisk vård.  K: Sedvanlig behandling.
Mätpunkter	Baslinje (T0) och därefter vid 3(T1), 6 (T2), 9 (T3) och 12 (T4) månader.
Utfallsmått	Livskvalitet, kostnadsnyttan Studien beräknade kostnader baserad på: EuroQol (EQ-5D) Kostnader för hälso- och sjukvård Produktivitetskostnader Inkrementell kostnadseffektivitetskvot
Resultat	Livskvalitet visade en statistiskt signifikant ökning över tid för båda grupperna (sedvanlig insats 0,16, KI 95 % 0,11–0,19; intervention 0,11, KI 95 % 0,07–0,14), dock ingen statistisk säkerställd skillnad mellan grupperna (KI 95 % -0,11 till 0,00).  Ingen av grupperna påvisade någon behandlingseffekt på långtidssjukfrånvaro eller sjuknärvaro. Trots att korttidssjukfrånvaro minskade över tid i båda grupperna fanns ingen statistisk säkerställd skillnad i förändring mellan grupperna.  Interventionen var mindre kostsam i förhållande till sedvanlig behandling (Den genomsnittliga hälsovårdskostnaden låg runt €3 900 för interventionsgruppen och runt €4 600 för kontrollgruppen) men hade även lägre effekt avseende livskvalitet jämfört med kontrollgruppen, och är därför inte kostnadseffektiv
Studiekvalitet	Medelhög

Studiedesign, kontext, studieperiod	Kontrollerad, matchad interventionsstudie Tyskland Januari 2008–juni 2009
Syfte	Syftet med studien var att jämföra effektiviteten hos arbetsrelaterad KBT (W-CBT) med sedvanlig KBT (CBT-AU) hos anställda som sjukskrivits pga. depression.
Deltagare	N = 26 (I = 13; K = 13) I: 46 % män, 54 % kvinnor K: 62 % män, 48 % kvinnor  Rekrytering: Anställda med misstänkt, eller konstaterad, psykisk ohälsa rekryterades av förvaltare av sjukvårdsförsäkringar och företagshälsovårdsläkare. Matchningen av de anställda genomfördes av tre legitimerade psykoterapeuter. Matchningen var blind eftersom de psykoterapeuter som skötte fördelningen inte utförde någon behandling inom studien.  Inklusionskriterier: 18 år eller äldre, anställd, pågående sjukskrivning de senaste 21 arbetsdagarna och mött kriterier för major depressive disorder MDD i DSM-IV.  Exklusionskriterier: Anställda med misstänkt utvecklingsstörning eller demenssjukdom, drogberoende, annan psykiatrisk sjukdom såsom bipolär sjukdom, schizofreni eller anorexia nervosa.
Intervention och jämförelsegrupp	I: Arbetsinriktad KBT (W-CBT) gjordes en kartläggning av arbetsplatsen och den anställdes arbetsuppgifter i syfte att se om arbetsplatsen bidrog till den anställdes depressiva symtom, om arbetsplatsen och arbetsuppgifterna var sådana att de upprätthöll den anställdes psykiska ohälsa eller om arbetsplatsen utgjorde en resurs för den anställda. Psykoterapeuterna analyserade bl.a. den anställdes arbetsuppgifter, motivation och tillfredsställelse på arbetet. Kontakt med arbetsplatsen kunde förekomma. De anställda fick individuell återkoppling och därefter utformades psykoterapisessionerna.  K: KBT-behandlingen för depression följde en standardiserad manual och inkluderade (a) beteendeaktivering, (b) rekommendationer enligt en kognitiv beteendemodell, (c) identifiering av negativa automatiska tankar som observerats i det dagliga livet eller som framkallades under mötena, (d) diskussioner om dysfunktionella tankar i syfte att utvärdera och modifiera kognitivt bias, (e) stegvis träning av social förmåga för att förbättra bestämdhet och stärka relationer med andra, (f) strategier för förebyggande av återfall (listor med användbara tekniker som lärts in under utbildningen), och (g) hemuppgifter mellan mötena (t.ex. slutföra en beskrivning av dysfunktionella tankar).
Mätpunkter	Före intervention (baslinje), efter intervention (T1), uppföljning vid 12 månader (T2).
Utfallsmått	Sjukfrånvaro mätt som antal dagar frånvarande från arbetet (DIW). Självrapporterade mått (Beck Depression Inventory [BDI], Symptom Checklist 90-R [GS], Life Satisfaction Questionnaire [FLZ]).
Resultat	Alla deltagare påbörjade och slutförde behandlingen.  Resultaten visade en signifikant minskning i antalet dagar med sjukfrånvaro i båda grupperna och att antalet dagars sjukfrånvaro minskade mer för W-CBT än för CBT-AU.  Vid 12 månaders uppföljning skiljde sig antalet deltagare som helt återgått i arbete signifikant åt mellan grupperna, med fördel för W-CBT (13 respektive 8 anställda; Fisher's exact test, $p = 0,039$ ).  Det fanns ingen skillnad mellan grupperna avseende tidig partiell återgång i arbete (Fisher's exact test, $p = 0,722$ ).
Studiekvalitet	Låg

## Valtonen 2015

Studiedesign, kontext, studieperiod	RCT Finland, 18 hälsovårdsenheter 2004–2009.
Syfte	Syftet med studien var att mäta effekten av en insats riktad mot "känsla av sammanhang" hos anställda med förstagångsinsjuknande i depression
Deltagare	N = 283 (I = 142; K = 141) I: 20,9 % män, 79,1 % kvinnor K: 8 % män, 92 % kvinnor  Deltagarna rekryterades genom företagshälsa. Inklusionskriterier: Anställda, förstagångsinsjuknande i depression. Anställda screenades med den finska versionen av Beck Depression Inventory (BDI med en cut-off-nivå på > 9). För depressiv episod: (1) användning av antidepressiv medicin mindre än 6 månader, eller (2) sjukfrånvaro mindre än 1 månad. Exklusionskriterier: drogberoende, schizofreni, delirium, demenssjukdom, amnesi, utvecklingsstörning
Intervention och jämförelsegrupp	I: Multiprofessionellt rehabiliteringsprogram med fyra kurser. Kurs 1 och 2 var forskningskurser (research courses) och kurs 3 och 4 var rehabiliteringskurser. Programmet pågick i 6 månader och omfattade 31 dagar, och syftade till att öka de anställdas kunskaper om självkänedom, depressiva symtom, ökade kunskaper om effektiv hantering av stressorer och erbjöd kamratstöd och socialt stöd. Programmet baserades på kognitiv beteendeteori och psykodynamiska principer. Forskningskurserna fokuserade på individuella sårbarhetsfaktorer bakom depression. Forskningskurserna varade i 5-dagarsperioder med 3–4 veckors intervaller. I dessa intervaller arbetade deltagarna med sina individuella uppgifter. Rehabiliteringskursen schemalades 3–4 månader efter forskningskursen. Rehabiliteringskurserna fokuserade på hur depressionssjukdomen hanteras och genomfördes som diskussion i grupp. De bestod av en kurs på 14 dagar och en på 7 dagar med 3–4 veckors intervall. K: Sedvanlig behandling.
Mätpunkter	Baslinje (T0) och 12 månaders uppföljning (T1)
Utfallsmått	Sense of Coherence Scale (SOC-13) –känsla av sammanhang
Resultat	De två gruppernas genomsnittliga SOC-värden skiljde sig inte signifikant åt vid 12 månaders uppföljning (62,85 jämfört med 61,64, $p=0,51$ ).  Författarna förkastar därmed hypotes två i studien om att SOC-värdet förväntas öka mer hos anställda med depression som deltar i ett rehabiliteringsprogram (interventionsgrupp) jämfört med deltagarna som fick sedvanlig behandling (kontrollgrupp).
Studiekvalitet	Medelhög

Studiedesign, kontext, studieperiod	Kluster RCT Nederländerna 2011–2013
Syfte	Syftet med studien var att utvärdera effekten av en webbaserad e-hälsointervention jämfört med sedvanlig behandling mätt som tid till återgång i arbete hos sjukskrivna arbetstagare med psykisk ohälsa.
Deltagare	N = 220 (I = 131, K = 89) I = 41,2 % män, 58,8 % kvinnor (medelålder 43,4, sd 9,5) K = 40 % män, 60 % kvinnor (medelålder 45,5, sd 10,7)  Anställda inom små till medelstora företag med symtom på psykisk ohälsa och sjukskrivna i 4–26 veckor rekryterades genom företagshälsa eller direkt via arbetsgivaren/arbetsplatsen.  Inklusionskriterier: >18 år, sjukskrivning i 4–26 veckor och en positiv screening (resultat > 10) på en av följande skattningsskalor: PHQ-9 (depression, PHQ-15 (fysiska symtom), GAD-7 (generaliserat ångestsyndrom).
Intervention och jämförelsegrupp	I: Den webbaserade interventionen inkluderade 2 delar: (1) Return@Work e-hälsomodul och (2) beslutsstöd för företagshälsövårdsläkare via e-post. Interventionen fokuserar på de anställdas kännedom om återgång i arbete med fysiska eller psykiska symtom och möjligheten till att återuppta arbetet, åtminstone delvis, medan symtom fortfarande finns. Samtidigt får den ansvarige företagshälsövårdsläkaren tillgång till ett beslutsstöd med förslag på adekvata behandlingar via e-post. K: Kontrollgruppen fick sedvanligt behandling.
Mätpunkter	Baslinje vid T0 och mätningar vid 3 (T1), 6 (T2), 9 (T3) och 12 (T4) månader efter inklusion.
Utfallsmått	Primärt utfall: tid till första dag åter i arbete eller återgång i arbete på heltid mätt som antal kalenderdagar med sjukfrånvaro från den dag då randomiseringen gjordes. Sekundära utfall: respons och remission av de vanligaste psykiska symtomen (självskattning).
Resultat	Varaktigheten till första dag för återgång i arbete skiljde sig signifikant mellan de två grupperna. Varaktighetsmedianen var 77,0 dagar (IQR 29,0–152,3) i kontrollgruppen och 50,0 dagar (IQR 20,8–99,0) i interventionsgruppen (hazard ratio [HR] 1,390, 95 % KI 1,034–1,870, $P = 0,03$ ). Inga signifikanta skillnader hittades för varaktighet till full återgång i arbete.
Studiekvalitet	Hög

Studiedesign, kontext, studieperiod	Metaanalys Alla studier var genomförda i Nederländerna, förutom en genomförd i Danmark. Januari 2004–april 2014
Syfte	Syftet med studien var att undersöka effekter av interventioner genomförda av företagshälsovård för att minska sjukfrånvaro (antalet dagar med sjukfrånvaro) till följd av psykisk ohälsa
Deltagare	Totalt 10 studier inkluderades i metaanalysen. Deltagarna i varje enskild studie sorterades därefter in i följande subgrupper: 1) sjukskrivna individer, 2) individer som var i arbete vid studiens start, och 3) samtliga inkluderade deltagare i studierna. Dessutom delades de i interventionsgruppen (subgrupp 1, subgrupp 2 respektive totalt; $n = 434, 322, \text{ och } 756$ ) och kontrollgrupp (subgrupp 1, subgrupp respektive totalt; $n = 413, 385 \text{ och } 798$ ).  Artiklarna inkluderades om de motsvarade följande inklusionskriterier: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltagarna var anställda</li> <li>• Psykisk ohälsa som orsak till sjukfrånvaro.</li> <li>• Interventionen genomfördes av företagshälsovårdsläkare eller annan yrkesgrupp vid företagshälsa.</li> <li>• Ett av utfallen var sjukfrånvarotid (dvs. antalet dagar till återgång i arbete eller antalet frånvarodagar under observationstiden).</li> <li>• Studiedesign: RCT eller kluster-RCT.</li> </ul> Ytterligare subgruppskriterier var: Subgrupp 1 – den anställda är sjukskriven vid baslinjen. Utfall: Antalet dagar till återgång i arbete. Subgrupp 2 – den anställda är inte sjukskriven vid baslinjen. Det totala antalet sjukskrivningsdagar under uppföljningstiden.
Intervention och jämförelsegrupp	I: PLS eller insats baserad på KBT som getts av företagshälsa K: Sedvanlig behandling
Mätpunkter	Mätpunkterna var 4–18 månader.
Utfallsmått	Antalet sjukfrånvarodagar hos anställda bland både sjukskrivna och icke sjukskrivna Tid till återgång i arbete efter sjukskrivning Antalet sjukfrånvarodagar hos icke sjukskrivna
Resultat	Interventionsgruppen (PLS eller KBT) hade signifikant minskat antal sjukfrånvarodagar jämfört med kontrollgruppen i gruppen där både sjukskrivna och icke sjukskrivna ingick ( $-6,64$ dagar, KI: $-12,68; -0,59$ ).  Inga signifikanta skillnader avseende sjukfrånvaro kunde rapporteras i subgruppsanalyserna.
Studiekvalitet	Medelhög

I den här rapporten presenteras resultat från en kartläggande litteraturoversikt om insatser som getts av företagshälsovården (FHV) för att förebygga eller minska psykisk ohälsa bland anställda. Den är en uppdatering av en tidigare kartläggande litteraturoversikt (2015) inom området.

Den här rapporten utgör ett underlag för FHV:s arbete med insatser baserade på vetenskapligt grundade metoder. Rapporten kan också vara av intresse för berörda myndigheter, beslutsfattare och forskare inom området samt andra intresserade.

-----  
*Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsothot.*

*Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling.*



Folkhälsomyndigheten

**Solna** Nobels väg 18, SE-171 82 Solna **Östersund** Forskarens väg 3, SE-831 40 Östersund.

[www.folkhalsomyndigheten.se](http://www.folkhalsomyndigheten.se)