

RAPPORT

2021

SYSTEMATISK OVERSIKT

Arbeidsrettede rehabiliteringstiltak ved langtidssykmelding

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for helsetjenester

Tittel Arbeidsrettede rehabiliteringstiltak ved langtidssykmelding: en systematisk oversikt

English title Work-related interventions for people on long-term sick leave: a systematic review

Ansvarlig Camilla Stoltenberg, direktør

Forfattere Alexander Tingulstad, prosjektleder, *forsker, Folkehelseinstituttet*
Jose F. Meneses-Echavez, *forsker, Folkehelseinstituttet*
Line Holtet Evensen, *forsker, Folkehelseinstituttet*
Maria Bjerck, *forsker, Folkehelseinstituttet*
Hilde H. Holte, *seniorforsker, Folkehelseinstituttet*

ISBN 978-82-8406-172-6

Publikasjonstype Systematisk oversikt

Antall sider 67 (100 inklusiv vedlegg)

Oppdragsgiver Arbeids- og velferdsdirektoratet

Emneord(MeSH) Return to work, Sick leave, Vocational intervention

Sitering Tingulstad A, Meneses-Echavez J, Evensen LH, Bjerck M, Holte HH.
Arbeidsrettede rehabiliteringstiltak ved langtidssykmelding: en systematisk oversikt [Work-related interventions for people on long-term sick leave: a systematic review] Rapport –2021. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2021.

Innhold

INNHold	3
HOVEDBUdSKAP	5
SAMMENDRAG	6
KEY MESSAGES	9
EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)	10
FORORD	13
INNLEDNING	14
Beskrivelse av problemet	14
Beskrivelse av tiltaket	16
Avgrensninger	17
Hvorfor er det viktig å utføre denne kunnskapsoppsummeringen?	17
Mål og problemstilling	17
METODE	18
Litteratursøking	18
Inklusjonskriterier	19
Eksklusjonskriterier	20
Artikkelutvelging	20
Vurdering av risiko for systematiske skjevheter	21
Dataekstraksjon	21
Analyser	21
Vurdering av tillit til resultatene	23
Andre vurderinger	24
RESULTATER	25
Resultater av litteratursøket og utvelgelse	25
Beskrivelse av de inkluderte primærstudiene	26
Effekt av tverrfaglig rehabilitering	32
Effekt av arbeidsfokuserert kognitiv terapi	41
Effekt av ekstra arbeidsrelatert dialogmøte	44
Effekt av ekstra ergoterapi	45
Effekt av stressreducerende tiltak	46
Effekt av ekstra arbeidsplass tiltak	47
Effekt av arbeidsrelatert elektronisk helsetiltak	48

Effekt av problemløsning og håndteringsrettet tiltak	49
Oppsummering av trender blant primærstudiene	50
Beskrivelse av de systematiske oversiktene	52
DISKUSJON	56
Hovedfunn	56
Kvaliteten på forskningsresultatene	57
Styrker og svakheter	58
Hvor generaliserbare er resultatene?	58
Overenstemmelse med andre oversikter	59
Resultatenes betydning for praksis	60
Kunnskapshull	60
KONKLUSJON	61
REFERANSER	62
VEDLEGG	68
Vedlegg 1: Søkestrategi	68
Vedlegg 2: Ekskluderte studier	75
Vedlegg 3: Risiko for systematiske skjevheter	90
Vedlegg 4: Beskrivelse av systematiske oversikter	98

Hovedbudskap

Folkehelseinstituttet har på oppdrag fra Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) utført en systematisk oversikt om effekten av arbeidsrettede rehabiliteringstiltak på retur til arbeid for personer som er, eller står i fare for å bli, langtidssykmeldt.

Vi utførte i mai 2020 et systematisk søk i samfunnsmedisinske forskningsdatabaser. Vi vurderte treffene, trakk ut data og analyserte studier som møtte inklusjonskriteriene. Vi inkluderte 20 randomiserte kontrollerte studier, samt 13 systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet. Primærstudiene omhandlet åtte forskjellige tiltak.

Rapportens hovedfunn er:

- Det er usikkert om det er noen forskjell mellom arbeidsrettede rehabiliteringstiltak og andre aktive tiltak eller vanlig praksis i retur til arbeid etter 12 måneder.
- Det er trolig ingen forskjell mellom tverrfaglig rehabilitering og andre aktive tiltak i retur til arbeid etter 24 måneder.
- Det er usikkert om det er noen forskjell mellom arbeidsrettede rehabiliteringstiltak og vanlig praksis i helserelaterte utfall.

Det ser ikke ut til å være noen forskjell på arbeidsrettede rehabiliteringstiltak og andre aktive tiltak eller vanlig praksis i effekt på retur til arbeid for personer som er langtidssykmeldt.

Vår konklusjon sammenfaller med tidligere systematiske oversikter. Fremtidige studier kan endre konklusjonen.

Tittel:

Arbeidsrettede rehabiliteringstiltak ved langtidssykmelding: en systematisk oversikt

Publikasjonstype:

Systematisk oversikt

En systematisk oversikt er resultatet av å

- innhente
 - kritisk vurdere og
 - sammenfatte
- relevante forskningsresultater ved hjelp av forhåndsdefinerte og eksplisitte metoder.

Svarer ikke på alt:

- Ingen studier utenfor de eksplisitte inklusjonskriteriene
- Ingen helseøkonomisk evaluering
- Ingen anbefalinger

Hvem står bak denne publikasjonen?

Folkehelseinstituttet har gjennomført oppdraget etter forespørsel fra Arbeids- og velferdsdirektoratet

Når ble litteratursøket utført?

Søk etter studier ble avsluttet mai 2020.

Ekstern fagfelle:

Chris Jensen (Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering)

Interne fagfeller:

Hege Kornør, Folkehelseinstituttet
Jan Peter William Himmels, Folkehelseinstituttet

Sammendrag

Innledning

Til tross for høy sysselsetting, har Norge et relativt høyt sykefravær sammenlignet med andre OECD-land. De viktigste årsakene til sykefravær er muskel-skjelettlidelser, psykiske lidelser og sykdommer i luftveiene. Det bevilges rundt 10 milliarder kroner til ulike arbeidsmarkedstiltak i Norge hvert år, med formål om å styrke tiltaksdeltakernes muligheter til å skaffe seg eller beholde arbeid. I gjeldende IA-avtale (*Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 2019-2022*) er de to overordnede målene å redusere sykefravær samt å redusere frafall fra arbeidslivet. For denne gruppen tilbyr Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) og helsetjenesten ulike arbeidsrettede rehabiliteringstiltak, men det er usikkert om disse har en effekt på tilbakekomst i arbeid. NAV har derfor bedt Folkehelseinstituttet (FHI) om å utføre en systematisk oversikt over studier på effekten av arbeidsrettede rehabiliteringstiltak på retur til arbeid for langtidssykmeldte eller de som står i fare for langtidssykmelding.

Problemstilling

Målet med denne oversikten er å besvare følgende spørsmål: Hva er effekten av arbeidsrettede rehabiliteringstiltak for personer som er langtidssykmeldt eller som står i fare for å bli langtidssykmeldt?

Metode

Vi utførte en systematisk oversikt over primærstudier. Litteratursøk i relevante databaser og etter grå litteratur ble utført i mai 2020. Vi inkluderte randomiserte kontrollerte studier. I tillegg inkluderte vi systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet for opplisting med sammendrag. Vi inkluderte studier med arbeidsrettede tiltak med en aktiv helsekomponent med mål om å få deltakeren tilbake i arbeid eller blir værende i arbeid. Relevante utfall var retur til arbeid, mestringstro, arbeidsmotivasjon, symptomreduksjon, fysisk/sosial/kognitiv funksjon, og kostnadseffektivitet. To forskere gikk igjennom alle titler og sammendrag og deretter relevante artikler i fulltekst, og de vurderte de inkluderte studiene for mulig risiko for skjevheter. Vi sammenstilte resultatene med metaanalyser der det var mulig og narrativt der det ikke var mulig. Vi vurderte tilliten til hvert resultat ved hjelp av verktøyet GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation). Ved å bruke GRADE beskriver vi med standardiserte uttrykk i hvor stor grad vi kan stole på at resultatene viser 'sannheten' eller den 'virkelige' effekten av tiltakene vi undersøker. Det fins fire nivå av tillit: høy, middels, lav, svært lav. Denne graden av tillit blir påvirket av flere metodiske faktorer, slik som hvor mange studier

som fins. Generelt sett er det slik at jo flere og bedre studier som fins, jo høyere tillit kan vi ha til at resultatene samlet viser den 'sanne' effekten av tiltakene vi undersøker. Når det foreligger svakt/mangelfullt dokumentasjonsgrunnlag, f.eks fordi det fins få studier eller kun studier med systematiske skjevheter, så sier vi at effekten er usikker.

Resultat

Vi leste 7186 sammendrag og 200 artikler i fulltekst. Vi inkluderte 20 primærstudier (presentert i 25 publikasjoner), samt 13 systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet. Studiene var fra Norge, Danmark, Sverige og Nederland. Studiene var publisert mellom 2001 og 2020. Det var totalt 5753 deltakere i alderen 16 til 65 år med en sykmeldingslengde fra fem til 52 uker. De fleste var sykmeldt pga. muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser. Vi identifiserte åtte forskjellige tiltak med ti ulike sammenligninger. De fleste studiene undersøkte effekten av tverrfaglig rehabilitering (10 studier). Fire studier undersøkte arbeidsfokuset kognitiv terapi. De resterende seks studiene undersøkte hvert sitt særskilte tiltak. Kontrolltiltakene var vanlig praksis og andre aktive tiltak. Nedenfor oppsummerer vi hovedfunnene.

Tverrfaglig rehabilitering vs. vanlig praksis. Vi inkluderte fem studier som undersøkte effekten av tverrfaglig rehabilitering versus vanlig praksis. Vi sammenfattet to studier narrativt og kunne utføre metaanalyse med tre av studiene. Resultatene viste ingen forskjell mellom tiltaket og vanlig praksis på antall personer som oppnår retur til arbeid (relativ risiko [RR] 1,01, 95 % konfidensintervall [KI] 0,70 til 1,48). Uttrykt med GRADE har vi svært lav tillit til resultatet. Dokumentasjonsgrunnlaget er altså svakt, pga. ulike metodiske faktorer ved studiene, noe som tilsier at det er usikkert om tverrfaglig rehabilitering har effekt på retur til arbeid. Det er sannsynlig at fremtidig forskning kan endre resultatet. De fleste av studiene målte også helserelaterte utfall. Fordi dokumentasjonsgrunnlaget er svakt har vi svært lav tillit til disse effektestimaterne. Det betyr at effekten av tverrfaglig rehabilitering på helserelaterte utfall er usikker. Tre av de seks studiene evaluerte kostnadseffektivitet av tverrfaglig rehabilitering. To studier rapporterte at tiltaket var kostnadseffektivt sammenlignet med vanlig praksis. Dokumentasjonsgrunnlaget er imidlertid svakt, derfor er det usikkert om tiltakene er kostnadseffektivt.

Tverrfaglig rehabilitering vs. annet aktivt tiltak. Fem studier (seks publikasjoner) presenterte effekten av tverrfaglig rehabilitering versus et annet aktivt tiltak. Resultatet av metaanalysen med alle fem studiene viste ingen forskjell ved 12 måneders oppfølging (RR 1,04; 95 % KI 0,86 til 1,25) og ved 24 måneders oppfølging (RR 0,94; 95 % KI 0,84 til 1,05). Dokumentasjonsgrunnlaget er imidlertid svakt: Vi har svært lav tillit til effektestimaterne ved 12 måneders oppfølging. Vi har middels tillit til effektestimaterne ved 24 måneders oppfølging. Studiene oppga resultater for symptomreduksjon i form av depresjon, smerte, helserelatert livskvalitet, helseplager og frykt- og unngåelsesadferd. Fordi dokumentasjonsgrunnlaget er svakt har vi svært lav tillit til effektestimaterne.

Arbeidsfokuset kognitiv terapi vs. vanlig praksis. To av de tre studiene rapporterte effekter av tiltaket med vesentlig lavere antall sykedager i forhold til vanlig praksis.

Den tredje studien viste ingen forskjell mellom gruppene. Vi har lav tillit til resultatene for sykedager. Én studie evaluerte smerter, depresjon og fysisk funksjon hos personer med muskel- og skjelettlidelser, og fant ingen forskjell mellom gruppene. Fordi dokumentasjonsgrunnlaget er svakt har vi svært lav tillit til effektestimaterne.

Ytterligere resultater. Vi identifiserte syv sammenligninger hvor det var kun én studie som presenterte den aktuelle sammenligningen. Resultatene viste effekt på retur til arbeid for et stressreducerende tiltak, samt et elektronisk helsetiltak som benyttet læring og assistanse over internett. De resterende fem sammenligningene fant ingen tydelige effekter av tiltakene for raskere retur til arbeid. Fordi dokumentasjonsgrunnlaget er svakt har vi svært lav tillit til disse effektestimaterne.

I tre av de 13 inkluderte systematiske oversiktene viste noen av resultatene en mulig effekt for subgrupper eller delmål, men ingen av oversiktene fant tydelige effekter av arbeidsrettede rehabiliteringstiltak på retur til arbeid.

Diskusjon

De inkluderte studiene viser et relativt stabilt fravær av effekt av arbeidsrettede rehabiliteringstiltak for retur til arbeid. Studiene hadde metodiske svakheter, særlig med hensyn til blinding av deltakere og personell, og resultatene var preget av upresise effektestimater. Dermed har vi svært lav til middels tillit til at effektestimaterne ligger nær den sanne effekten. Fordi det nåværende kunnskapsgrunnlaget om effekten av arbeidsrettede rehabiliteringstiltak er tynt er det behov å utvikle og gjennomføre forskningsstudier som har få systematiske skjevheter, mange nok deltakere, og tilfredsstillende rapportering av metode og resultater. Med slike studier vil vi kunne bedre tilliten til resultatene og stole på at det er den virkelige effekten av tiltakene som angis. Våre funn er i overensstemmelse med flere tidligere systematiske oversikter. Tidligere oversikter finner ikke tydelige effekter av arbeidsrettede tiltak. Våre funn sammenfaller også med en systematisk oversikt over kontrollerte studier fra 2005, hvor forskerne rapporterte stor heterogenitet blant studiene og påpekte behovet for å identifisere hvilke komponenter i tiltakene som kunne gi effekter. Resultatene fra vår oversikt og tidligere utførte oversikter viser at forskningen så langt ikke har dokumentert at arbeidsrettede rehabiliteringstiltak er en effektiv oppfølging av sykmeldte utover det som er vanlig praksis.

Konklusjon

Det ser ikke ut til at arbeidsrettede rehabiliteringstiltak har bedre effekt på retur til arbeid enn andre aktive tiltak eller vanlig praksis. Vi har svært lav til middels tillit til samtlige resultater, noe som tilsier at fremtidig godt utviklet og gjennomført forskning kan endre konklusjonen. Ingen av de evaluerte tiltakene viste negative effekter på retur til arbeid. De inkluderte tiltakenes effekt på symptomreduksjon, mestringstro og fysisk-, sosial-, og kognitiv funksjon rapporteres å være bedre eller den samme som andre aktive tiltak eller vanlig praksis. Vår systematiske oversikt fant ingen nye funn sammenlignet med tidligere utførte systematiske oversikter, og konklusjonen sammenfaller med tidligere oversikter.

Key messages

The Norwegian Institute of Public Health (NIPH) was commissioned by the Norwegian Labour and Welfare Administration (NAV) to conduct a systematic review on the effect of work-related interventions on return to work for people on long-term sick leave and people at risk for long-term sick leave.

In May 2020, we conducted a systematic search in electronic databases. We screened the references, extracted data, and analysed the included studies. We included 20 randomized controlled trials (RCTs), and 13 systematic reviews of high methodological quality. The RCTs assessed eight different interventions.

The main findings are:

- It is uncertain whether work-related interventions, compared to other interventions or usual care, makes a difference on return to work after 12 months.
- There is probably no difference between multidisciplinary rehabilitation and other active interventions in return to work after 24 months.
- It is uncertain whether work-related interventions, compared to other interventions or usual care, makes a difference on health-related outcomes.

There seems to be no difference between work-related interventions and other active interventions or usual care in return to work for people on long-term sick leave. Our conclusion is consistent with earlier systematic reviews. Further studies may change the conclusion.

Title:

Work-related interventions for people on long-term sickleave: a systematic review

Type of publication:

Systematic review

A review of a clearly formulated question that uses systematic and explicit methods to identify, select, and critically appraise relevant research, and to collect and analyse data from the studies that are included in the review. Statistical methods (meta-analysis) may or may not be used to analyse and summarise the results of the included studies.

Doesn't answer everything:

- Excludes studies that fall outside of the inclusion criteria
- No health economic evaluation
- No recommendations

Publisher:

Norwegian Institute of Public Health (NIPH)

Updated:

Last search for studies:
May, 2020.

Peer review:

Chris Jensen (Nasjonal kompetanse-tjeneste for arbeidsrettet rehabilitering)
Hege Kornør, NIPH
Jan Peter William Himmels, NIPH

Executive summary (English)

Background

Long-term sick leave is a serious concern in developed countries, including Norway. The most common reasons for sick leave are musculoskeletal disorders, common mental disorders, and respiratory disorders. Yearly, about 10 billion NOK are used for different work-related measures, aiming to prevent sick leave and falling out of working life. The current IA-agreement (*Agreement for a more inclusive working life 2019-2022*) has two key objectives: to reduce sick leave and prevent falling out of working life. The latter relates particularly to people on long-term sick leave who might not return to work (RTW). For this group, the Norwegian Labour and Welfare Administration (NAV) and the health services offer various occupational rehabilitation interventions. However, the effects of these interventions remain uncertain. NAV commissioned the Norwegian Institute of Public Health to carry out a systematic review about the effects of work-related interventions on return to work among people on long-term sick leave or at risk of long-term sick leave.

Objective

The aim of this review was to answer the question: What is the effect of work-related interventions for people on long-term sick leave and people at risk of long-term sick leave?

Method

We conducted a systematic review of primary research. In May 2020, we conducted a systematic search in relevant electronic databases and a search for grey literature. We included randomized controlled trials (RCTs). In addition, we listed the abstracts of systematic reviews of high methodological quality. We included interventions with an active health component that aimed to promote RTW or to remain in work. Eligible outcomes were sick leave, symptom reduction, physical/social/cognitive function and cost-effectiveness. Two researchers screened all identified titles and abstracts, and relevant full texts, and they assessed the risk of bias. When possible, we performed meta-analyses, otherwise we presented the results narratively. We used the GRADE approach (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation) to assess the certainty of the evidence. With GRADE we provide standardized expressions of the degree of certainty to which the results show the 'truth' or the 'actual' effect of the intervention. There are four levels of certainty: high, moderate, low, very low. Certainty is affected by several methodological factors, such as how many studies there are. In general, the more and better studies there are, the higher the degree of certainty that the

results show the ‘true’ effect of the intervention. When there is weak or limited evidence, e.g. because there are few studies or only studies with a high degree of bias, we state that the effect is uncertain.

Results

We screened 7186 abstracts and 200 full-texts. We included 20 studies (reported in 25 publications) and 13 systematic reviews of high methodological quality. The studies were conducted in Norway, Denmark, Sweden and the Netherlands. They were published between 2001 and 2020. The studies comprised 5753 participants between 16 and 65 years, with time on sick leave from five to 52 weeks. Most were on sick leave due to common mental disorders and musculoskeletal disorders. We identified eight different interventions with ten different comparisons. Most studies assessed the effect of multidisciplinary rehabilitation (10 studies). Four studies assessed cognitive therapy. The remaining six studies examined other unique interventions. The control groups received usual care or other active interventions. We summarize the key findings below.

Multidisciplinary rehabilitation vs. Usual care. We included five studies that assessed the effect of multidisciplinary rehabilitation versus usual care. We analyzed two studies narratively and performed a meta-analysis for three of the studies. The results showed no difference in effect between the intervention and usual care on the number of people who returned to work (relative risk (RR) 1.01, 95% confidence interval (CI) 0.70 to 1.48). Stated in GRADE terms, we have very low certainty in the effect estimate. The evidence is weak, due to methodological limitations of the studies and high statistical heterogeneity, which means that it is uncertain whether multidisciplinary rehabilitation has an effect on RTW.

Most studies also reported health related outcomes, such as physical function and pain. We have very low certainty in these effect estimates, due to methodological limitations of the studies and imprecise effect estimates. That means that the effect of multidisciplinary rehabilitation on health-related outcomes is uncertain. Three studies assessed cost effectiveness. Two studies reported the intervention to be cost-effective compared to usual care, and the third found no difference. However, the evidence is weak, and it is uncertain whether multidisciplinary rehabilitation is cost effective.

Multidisciplinary rehabilitation vs. other active intervention. Five studies (six articles) presented the effect of multidisciplinary rehabilitation versus other active intervention. The results of the meta-analysis showed no difference at 12 months follow up (four studies; RR 1.04; 95 % CI 0.86 to 1.25) or at 24 months follow up (two studies; RR 0.94; 95 % CI 0.84 to 1.05). However, the evidence is weak, and we have very low certainty in the effect estimate at 12 months follow up. We have moderate certainty in the effect estimate at 24 months follow up (the findings at 24 months follow up are less heterogeneous than at 12 months follow up). The studies also reported results for symptom reduction for depression, pain, health related quality of life, health problems and fear-avoidance behaviour. Because the evidence is weak, we have very low certainty in the effect estimates.

Work-related cognitive therapy vs. usual care. Two of the three included studies reported that work-related cognitive therapy led to shorter sick leaves compared to usual care. The third study reported no difference between the groups. We have low certainty in this finding due to the studies' methodological limitations. One study assessed symptom reduction among participants with musculoskeletal disorders after six months, and found no difference between the groups in pain, depression and physical function. Because the evidence is weak, we have very low certainty in the effect estimates.

Additional results. We identified seven comparisons where only one study presented the relevant comparison. The results showed effect on return to work for a stress reducing intervention, as did one study using an electronic health intervention with education and assistance on the internet. The remaining five comparisons found no clear effects of the interventions for faster return to work. Because the evidence is weak, we have very low certainty in the effect estimates.

In three of the included systematic reviews, a small effect on return to work was reported for certain subgroups or secondary outcomes, however, none of the reviews found any clear effects of work-related interventions on return to work.

Discussion

Overall, the included studies show no effect of work-related interventions compared to other active interventions or usual care. The studies had various methodological limitations concerning randomization and blinding, and the studies reported imprecise effect estimates. Therefore, our certainty in the effect estimates vary between very low and moderate. Because the present evidence on work related rehabilitation is weak, there is a need for further high-quality randomized trials that involve a sufficient number of participants, and with satisfactory reporting of both methods and results. Such studies will improve our certainty in the findings and that the true effects of the interventions are reported. Our findings are similar to several other systematic reviews, which also found no effects of work-related interventions on RTW. Further, our results correspond with a systematic review from 2005. The researchers reported high heterogeneity among the studies and underlined the need for identifying which intervention components had an effect. The results from our review and previously published reviews show that the research so far has not documented that work-related rehabilitation is a more effective follow up of persons on sick leave than usual care.

Conclusion

Work-related interventions does not appear to increase RTW more than other active interventions or usual care. We have very low to moderate certainty in the results, and future research might change this conclusion. None of the included interventions had any negative effect on RTW. The effect of the interventions on symptom reduction, physical, social and cognitive function is reported as better or the same as other active interventions or usual care.

This systematic review did not uncover any new evidence compared to previous reviews, and our conclusion reflects the findings of previous systematic reviews.

Forord

Våren 2019 fikk Folkehelseinstituttet (FHI), i oppdrag fra Arbeids- og velferdsetaten (NAV) å utarbeide en systematisk oversikt om effekter av arbeidsrettede rehabiliteringstiltak for personer som er langtidssykmeldt eller som står i fare for å bli langtidssykmeldt. Arbeidet med prosjektplanen startet i november 2019. Som en del av oppdraget publiserte vi høsten 2020 en hurtigoversikt vedrørende diagnosegruppen psykiske lidelser (1). Foreliggende systematisk oversikt tar for seg alle relevante studier.

Folkehelseinstituttet følger en felles framgangsmåte i arbeidet med systematisk oversikter, dokumentert i håndboken «Slik oppsummerer vi forskning». Det innebærer blant annet at vi kan bruke standardformuleringer når vi beskriver metoden, resultatene og diskusjon av funnene.

Bidragstere

Prosjektgruppen har bestått av:

- Prosjektleder: Alexander Tingulstad
- Interne prosjektmedarbeidere ved FHI: Forskere Jose F. Meneses-Echavez, Line Holtet Evensen, Maria Bjerk og Hilde H. Holte

Takk til eksterne fagekspertene Gunn Hege Marchand (NTNU) og Randi Wågø Aas (Oslo-Met, Universitetet i Stavanger) for verdifulle innspill på prosjektplanen, og takk til eksterne fagfelle Chris Jensen, samt interne fagfeller Hege Kornør og Jan Peter William Himmels for verdifulle bidrag på prosjektplanen og den ferdige oversikten. En stor takk også til kollega Heather Ames og Heid Nøkleby for bistand med vurdering av referanser, og Gyri Hval for litteratursøket.

Oppgitte interessekonflikter

Alle forfattere og fagfeller har fylt ut et skjema som kartlegger mulige interessekonflikter. Ti personer oppgir ingen interessekonflikter. En ekstern fagfelle oppgir å være engasjert i en interesseorganisasjon på området.

Kåre Birger Hagen
fagdirektør

Rigmor C Berg
avdelingsdirektør

Alexander Tingulstad
prosjektleder

Innledning

Beskrivelse av problemet

Høy sysselsetting er viktig både på individ- og samfunnsnivå, og essensielt i et bærekraftig velferdssamfunn (2). Selv om andelen sysselsatte i Norge er høy sammenlignet med andre OECD-land, så er sykefraværet også høyt (3). IA-avtalen (*Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv*) er en avtale mellom myndighetene og partene i arbeidslivet, og har blant annet som mål å redusere sykefraværet i Norge. Gjeldende avtale har to overordnede mål: 1) å forebygge sykefravær og 2) redusere frafall fra arbeidslivet. Under sistnevnte mål heter det: «med frafall menes personer i yrkesaktiv alder som ikke kommer tilbake til arbeid etter fravær. Det er vanligvis langtidssykmeldte som går over på arbeidsavklaringspenger og etter hvert til uføretrygd eller personer som går over til tidligpensjonering» (IA-avtalen (2), side 2).

I en rapport fra 2018 om måloppnåelse for IA-avtalen fremheves mangelen på kunnskap om effekten av tiltakene som skal bidra til å redusere sykefravær (4). I faggruppens rapport heter det: «Sentrale forskere som har oppsummert kunnskapsstatusen på feltet, har konkludert med at de fleste beslutninger om IA-tiltak har blitt truffet med svakt kunnskapsgrunnlag om hvorvidt tiltakene faktisk virker.» ((4) side 9).

Sykefravær i Norge

De siste årene har sykefraværet i Norge ligget relativt stabilt på litt under seks prosent, og fjerde kvartal 2019 var det totale (sesongjusterte) sykefraværet på 6,0 prosent (5). Det legemeldte var på 5,1 prosent og det egenmeldte på 0,9 prosent. Den viktigste enkeltbegrunnelsen for det legemeldte sykefraværet var muskel- og skjelettlidelser, som utgjorde 31 prosent av alle sykmeldinger i 4. kvartal 2019 (5). Deretter fulgte psykiske lidelser og sykdommer i luftveiene, begge med 17 prosent. Det er sannsynlig at andelen med psykiske lidelser er noe høyere, da internasjonal forskning har vist at psykiske plager ofte underrapporteres som sykmeldingsgrunn (5). Når man ser på fordelingen med hensyn til antall dager sykefravær, steg muskel-skjelettlidelser til 37 prosent og psykiske lidelser til 23 prosent, mens sykdommer i luftveiene sank til seks prosent (tall fra 4. kvartal 2019) (5). De fleste sykefraværstilfellene var kortvarige, 16 dager og under (62 prosent i 4. kvartal 2018). Til sammen var 82 prosent sykmeldt i under åtte uker, mens 18 prosent var sykmeldt i åtte uker eller lenger. Sykefraværstilfeller med varighet over et halvt år utgjorde 6,9 prosent (5).

Tall fra 2017-18 viste at i antall sykefraværsgener utgjør sykmeldingene med varighet over åtte uker 70 prosent, og de med varighet over et halvt år 45 prosent av alle fraværsgener (6). For sykmelding generelt viser statistikk fra NAV en u-kurve; den første tiden er sannsynlighet for friskmelding størst, deretter avtar den sterkt og flater ut rundt seks måneders sykmelding. Fra ni måneder øker sannsynligheten igjen, frem til dagen før sykepengerrettighetene utløper (7). Statistikk fra NAV viser en oversikt over hva 40 000 langtidssykmeldte i 2017 gjorde seks måneder etter at sykepengerrettighetene var brukt opp (8). 20 prosent hadde gått tilbake til arbeid, 56 prosent fikk arbeidsavklaringspenger (hvorav en tredjedel også er i delvis arbeid), åtte prosent fikk uføretrygd (eventuelt gradert), fem prosent fikk alderstrygd/avtalefestet pensjon (to prosent er samtidig i jobb), fire prosent fikk dagpenger og syv prosent fantes det ikke lenger opplysninger om i NAVs register (8). Arbeidstakere *i fare for langtidssykmelding* er en gruppe som mange arbeidsrettede rehabiliteringstiltak også ønsker å nå, i tråd med NAV og helsetjenestens satsning (før Raskere tilbake, nå Helse og arbeid).

Det har vært en markant nedgang i frafall fra arbeidslivet etter langtidssykmelding mellom 2002 og 2017 (8). Mesteparten av denne nedgangen kom imidlertid i 2004-2005 og kan knyttes til endringer i regelverket med hensyn til legers sykmeldingspraksis, aktivitetsplikt for sykmeldte samt økt bruk av gradert sykmelding. Det har også vært en nedgang i antallet som bruker opp sykepengerrettighetene sine (8).

Sykelønnsordningen i Norge

I Norge har arbeidstakere rett på sykepenger i inntil ett år. De første 16 kalenderdagene betales av arbeidsgiver, deretter betaler det offentlige (NAV). Sykepengene tilsvarende, som hovedregel, 100 prosent av arbeidstakers lønn siste tre måneder før første fraværsgener (inntil seks ganger folketrygdens grunnbeløp). Etter ett år må arbeidstaker tilbake i jobb eller over på en annen stønad, i hovedsak arbeidsavklaringspenger, uføretrygd, alderstrygd eller dagpenger.

Gjennom hele sykmeldingsperioden er det et krav fra NAV at den sykmeldte skal være i arbeidsrelatert aktivitet, hvis mulig, og arbeidsgiver har plikt til å legge til rette for dette (9). Det er videre pålagt arbeidsgiver å ha jevnlig kontakt med den sykmeldte, i form av dialogmøter. Arbeidsgiver har ansvar for å innkalle til første møte senest ved syv ukers fravær, mens NAV har ansvar for å innkalle til andre møte senest ved seks måneders fravær og ytterligere ett ved videre sykefravær (9).

Sykelønnsordningen i andre land

Norge har høyere sykefravær enn mange land, og flere faktorer kan ha betydning for dette, som høy arbeidsdeltagelse og gode sykelønnsordninger (3). Sykefravær og sykelønnsordninger i ulike land varierer med hensyn til mange faktorer (3;10-12), som:

- Hva som kreves for å bli sykmeldt (krav til diagnoser e.l.)
- Lengde på og dekningsgrad av sykelønnsutbetaling
- Ansvar for utbetaling av sykelønn (det offentlige, arbeidsgiver, forsikringsselskap)
- Mulighet for å miste arbeid i/etter sykefraværperioden
- Arbeidsledighetsnivå

- Andre eksisterende trygdeordninger

Dette kan gjøre det utfordrende å sammenligne på tvers av kontekster, blant annet fordi det vil være ulike insentiver hos arbeidstaker og arbeidsgiver i ulike land for at arbeidstaker skal komme tilbake i arbeid – som igjen vil tilsi at tiltakene *kan* ha forskjellig effekt i ulike kontekster.

Beskrivelse av tiltaket

Arbeidsmarkedstiltak

Arbeidsmarkedstiltak har som formål: «å styrke tiltaksdeltakernes muligheter til å skaffe seg eller beholde arbeid» (13). Det fins en rekke arbeidsmarkedstiltak med ulikt innhold og ulike målgrupper, hovedgruppene er: avklaring, opplæring, arbeidstrening, lønnstilskudd, oppfølgingstiltak, inkluderingstilskudd, arbeids- og utdanningsreiser, funksjonsassistanse og varig tilrettelagt arbeid (14). Stortinget har i saldert budsjett for 2021 bevilget 10,1 milliarder kroner til arbeidsmarkedstiltak (15).

I en tidligere rapport på oppdrag fra NAV oppsummerte FHI forskningen på effekten av Supported Employment (SE), og en variant av SE; Individual Placement and Support (IPS) for ulike grupper (16). Disse tiltaket innebærer at deltakeren så raskt som mulig skal ut i vanlig arbeid (betalt jobb på ordinær arbeidsplass, heltid eller deltid) med tett oppfølging. IPS er særlig utviklet for personer med psykiske lidelser. Oversikten inkluderte 38 studier, hvorav én var norsk, og konkluderte med at SE/IPS får flere personer med bistandsbehov tilbake i arbeid, sammenlignet med andre tiltak (16;17). Effekten av IPS var best dokumentert for personer med alvorlige psykiske lidelser. Den norske studien som inngikk i oversikten, undersøkte effekten av IPS forsterket med arbeidsrettet kognitiv adferdsterapi sammenlignet vanlig behandling hos personer med milde til moderate psykiske lidelser, og viste også effekter i favør av IPS (17).

Arbeidsrettede rehabiliteringstiltak

Arbeidsrettede rehabiliteringstiltak skal bistå arbeidstaker i å komme tilbake til arbeid på heltid eller deltid etter et sykefravær, eventuelt hjelpe personer som står i fare for å bli sykmeldt til å bli værende i arbeid. Denne type tiltak kan i Norge skje i regi av NAV eller helsetjenesten, utført av private eller offentlige tilbydere. Majoriteten av tiltakene finansieres av helsetjenesten (primært spesialisthelsetjenesten) og henvises til leger (18). For arbeidsrettede rehabiliteringstiltak i regi av NAV vil henvisning komme fra NAV selv (19). Målet med arbeidsrettede rehabiliteringstiltak er å styrke deltakerens arbeidsevne og bidra til mestring av helserelevante og sosiale problemer som kan hindre deltakelse i arbeidslivet. Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering definerer arbeidsrettet rehabilitering slik (20):

Arbeidsretta rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler med deltakelse i arbeidslivet som definert hovedmål. En kombinasjon av helserelevante og arbeidsrelaterte tiltak vil som oftest være påkrevd. I disse prosessene samarbeider flere aktører om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best

mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i arbeidslivet. Arbeidsdeltakelse kan innebære at personen blir i stand til å beholde det arbeidsforholdet som han eller hun har, eller blir i stand til å skaffe arbeid.

Tiltakene kan være intensive, som opphold på en institusjon i kortere eller lenger tid, eller mindre omfattende tiltak i form av poliklinisk rehabilitering/opplæring. Inkluderte elementer i tiltakene kan f.eks. være samtalebehandling individuelt eller i gruppe, fysioterapi, fysisk trening, stressmestring, problemløsning, jobbveiledning, samtaler med arbeidsgiver, mm.

Avgrensninger

I denne kunnskapsoppsummeringen vurderer vi ikke hvorvidt det å komme tilbake i arbeid alltid er hensiktsmessig eller mulig. Det ligger også utenfor denne oversikten å undersøke «egentlige» eller eventuelle underliggende årsaker til at personer blir sykmeldte med en spesifikk diagnose.

Hvorfor er det viktig å utføre denne kunnskapsoppsummeringen?

Det er usikkerhet om virkningen av arbeidsrettede rehabiliteringstiltak på tilbakekomst i arbeid (4). Oppfølging av IA-avtalen peker på behov for kunnskapsutvikling om aktuelle virkemidler. Det er utført flere systematiske oversikter tidligere, uten å besvare alle relevante spørsmål for oppfølging av sykmeldte i Norge (21;22). En systematisk kunnskapsoppsummering om effektene av arbeidsrettede rehabiliteringstiltak for å få langtidssykmeldte tilbake i arbeid vil være et bidrag til kunnskapsbasert oppfølging av langtidssykmeldte. I samarbeid med oppdragsgiver har vi valgt å ikke ha oversikt over oversikter som leveranse, fordi vi mener at mangelen på detaljer om tiltak og populasjoner som dette vil gi, begrenser nytteverdien.

Mål og problemstilling

Målet med denne studien er å besvare følgende spørsmål: Hva er effekten av arbeidsrettede rehabiliteringstiltak for personer som er langtidssykmeldt eller som står i fare for å bli langtidssykmeldt?

Metode

Vi utarbeidet en systematisk oversikt over primærstudier i overensstemmelse med Folkehelseinstituttets metodehåndbok for kunnskapsoppsummeringer (23). Metodeboken bygger igjen på internasjonale veiledere for utarbeidelse av systematiske oversikter, særlig Cochrane Handbook (24). Prosjektplanen for denne oversikten er tilgjengelig på vår hjemmeside (25).

Som anbefalt i Cochrane håndboken (24) var oppdragsgiver involvert helt fra starten i planleggingen av oversikten, for å sikre at den var relevant og meningsfull for dem som er sluttbruker. For eksempel utarbeidet vi seleksjonskriteriene i samarbeid med oppdragsgiver og vi diskuterte eventuelle justeringer i prosjektet underveis med dem. Selve utarbeidelsen av oversikten er imidlertid et uavhengig arbeid av prosjektgruppen ved FHI. Fra starten av prosjektet var oppdragsgiver og vi kjent med at det fins relevante systematiske oversikter om rehabiliteringstiltak for langtidssykmeldte, men i samarbeid med oppdragsgiver valgte vi å inkludere og analysere primærstudier. Dette var knyttet til et ønske om å presentere detaljer om tiltak, populasjoner og resultater. Vi søkte etter, vurderte og beskriver imidlertid også identifiserte relevante systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet.

Litteratursøking

Forskningsbibliotekar Gyri Hval utformet det elektroniske databasesøket. Søket ble fagfellevurdert av en annen bibliotekar. Vi søkte også i grå litteratur, herunder i Google Scholar, på relevante nettsteder og manuelt i referanselistene til relevante primærstudier og systematiske oversikter. Søkestrategien fins i vedlegg 1.

Vi søkte i mai 2020 etter primærstudier og systematiske oversikter i følgende databaser:

- Campbell Collaboration (Subject area: Social Welfare)
- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)
- Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)
- Embase
- Epistemonikos (Broad Synthesis & Systematic Reviews)
- MEDLINE
- PsycINFO
- Scopus
- Sociological Abstracts (inkl. Social Services Abstracts)

Inklusjonskriterier

- Populasjon:**
- Arbeidstakere dvs. personer som er i et aktivt arbeidsforhold (fulltid eller deltid), som er helt eller delvis sykmeldte, med en varighet på 1-24 mnd. Dersom noen har kortere sykmeldingstid må andelen utgjøre <30 % eller gjennomsnittlig sykmeldingstid i utvalget være >2 mnd. ELLER
 - Arbeidstakere som står i fare for å bli langtidssykmeldte, helt eller delvis – inkluderes dersom denne gruppen utgjør <30 % av populasjonen) ELLER
 - Personer som ikke var i aktivt arbeidsforhold når sykmeldingen startet opp delvis – inkluderes dersom denne gruppen utgjør <30 % av populasjonen) OG
 - Er langtidssykmeldte (varighet 1-24 mnd.) uavhengig av sykdomskategori.

-
- Tiltak:**
- Rehabiliteringstiltak med eksplisitt mål om tilbakeføring til arbeid, dvs. inneholder en eller flere komponenter som er rettet mot arbeidsdeltakelse (f.eks. samtaleterapi med fokus på arbeid), ELLER
 - Arbeidsrettede tiltak med en aktiv helsekomponent (inkl. involvering av helsepersonell) herunder: polikliniske tiltak, dag- og døgntilbud, OG
 - Tiltaket må ha som mål å få deltakeren tilbake i arbeid, eventuelt bli værende i arbeid
 - Hvis det er arbeidsrettede tiltak med kombinasjon av helsekomponent og ikke-helsekomponent, inkluderes studien dersom arbeidsrettede tiltak med helsekomponent utgjør >70 % av tiltaket

-
- Sammenligning:**
- Vanlig praksis/standard behandling, annet aktivt tiltak (arbeidsrettet rehabiliteringstiltak eller annet)

-
- Utfall:**
- 1) Primærutfall: retur til arbeid heltid eller deltid (herunder retur til annet arbeid), tid før retur til arbeid, tid i arbeid før ny sykmeldingsperiode
 - 2) Sekundærutfall: mestringstro, arbeidsmotivasjon, symptomreduksjon mht. sykdom/plager, fysisk/sosial/kognitiv funksjon, kostnadseffektivitet

-
- Studiedesign:**
- Primærstudier med følgende studiedesign: randomiserte kontrollerte studier (RCT), ikke-randomiserte kontrollerte studier (ikke-RCT) og kontrollerte før-etter studier (CBA). Hvis vi identifiserte flere godt utførte RCTer, ville vi vurdere å kun inkludere disse.
 - I tillegg inkluderte vi, for oppstilling med sammendrag, systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet (lav risiko for systematiske skjevheter). For å møte kriteriene

for systematiske oversikter må oversikten ha en oppgitt søkestrategi, inneholde klare inklusjonskriterier, og ha kvalitetsvurdert de inkluderte studiene og/eller oversiktene. Metodisk kvalitet (risiko for systematiske skjevheter) vurderes med sjekklister.

Kontekst:	– Alle land
Språk:	– Vi inkluderte studier på språk som prosjektmedarbeiderne eller nære kolleger ved FHI behersker. Dvs. engelsk, tysk, spansk, portugisisk, italiensk, fransk, finsk, dansk, svensk og norsk
År:	– Primærstudier: publisert i år 2000 og senere – Systematiske oversikter: publisert i år 2010 og senere

Eksklusjonskriterier

Populasjon:	– Personer som ikke var i aktivt arbeidsforhold når sykdommen startet opp
Tiltak:	– Individuell jobbstøtte (Individual Placement and Support, IPS), Supported Employment (dette pga vi har utført en systematisk oversikt om effekter av Supported Employment og IPS) (16) – Kun tilrettelagte tiltak på arbeidsplassen, dvs. tiltak uten en helsekomponent – Kun helsehjelp, f.eks. psykoterapi uten arbeidsrettet innhold – Primært forebyggende tiltak, dvs. at >50 % av deltakerne ennå ikke er sykmeldt, men står i fare for å bli det
Studiedesign:	– Ikke-kontrollerte studier, ikke systematiske oversikter, kvalitative studier, ikke-empiriske studier, registerstudier, kohortstudier, observasjonsstudier

Artikkelutvelging

Vi importerte referansene identifisert gjennom litteratursøket til EndNote og slettet duplikater. Vi benyttet referansehåndteringsverktøyet EPPI-Reviewer (26) og gikk igjennom alle titler og sammendrag fra litteratursøkene, og vurderte hvilke som tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Hver referanse ble vurdert av to forskere uavhengig av hverandre. Ved uenighet om hvorvidt en referanse skulle inkluderes, ble en tredje forsker konsultert. Relevante referanser ble deretter innhentet i fulltekst og vurdert i henhold til inklusjonskriteriene av to forskere uavhengig av hverandre. Ved uenighet ble en tredje forsker konsultert.

Vurdering av risiko for systematiske skjevheter

Vi skulle kun presentere systematiske oversikter med lav risiko for systematiske skjevheter. Vi vurderte derfor risiko for systematiske skjevheter i oversiktene ved hjelp av FHI's sjekkliste (basert på EPOC Checklist for Refereeing Protocols for Reviews) (23). Vi vurderte risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte RCTene ved hjelp av Cochranes risk of bias verktøy (23). To forskere gjorde vurderingene av både oversikter og RCTer uavhengig av hverandre. Uenighet om vurderingene løste vi ved diskusjon eller ved å trekke inn en tredje forsker.

Vurdering av risiko for skjevheter (risk of bias) består for RCTer av vurdering av randomiseringsprosedyren; allokeringprosedyren (hvordan randomiseringen ble satt ut i livet, hvordan fordelingen skjedde); blinding av deltakere, personell og forskere; frafall; selektiv rapportering; og eventuelle andre risiko for skjevheter.

Fordi vi identifiserte og inkluderte flere godt utførte RCTer inkluderte vi ikke andre studiedesign, og vi utførte dermed heller ikke vurdering av risiko for systematiske skjevheter i disse studiene. Vi viser til prosjektplanen for detaljer om hvordan vi ville ha gått fram hvis vi hadde inkludert andre studiedesign i tillegg til RCTer.

Dataekstraksjon

Et standardisert datauttrekksskjema ble benyttet. Skjemaet ble pilotert av to forskere som utførte uttrekk på to studier hver, før vi diskuterte mulige endringer av skjemaet. En forsker hentet ut data fra de inkluderte primærstudiene og en annen sjekket at data var komplett og korrekt hentet ut. Uenigheter ble løst ved diskusjon, og ved behov konsultasjon med en tredje forsker.

Vi hentet ut følgende data: førsteforfatter, år, tittel, formålet med studien, antall inkluderte deltakere, studiedesign, populasjon (inkludert kjønn, alder, type arbeid, sosioøkonomisk status), kontekst, tiltak, sammenligning(er), utfall, resultater, oppfølgingsperiode og frafall. Vi trakk også ut data vedrørende kostnadseffektivitet.

For å kunne beskrive relevante systematiske oversikter hentet vi ut beskrivende data om publikasjonen, populasjonen, tiltaket, sammenligningen, hovedutfall og resultater.

Analyser

Fra de inkluderte studiene sorterte vi alle beskrivende data og resultater som var relevante for vår problemstilling. Vi benyttet TIDieR sjekklisten (27) for å beskrive tiltakenes innhold, slik som komponenter, omfang og teoretisk perspektiv. Vi grupperte resultatene iht. sammenligning og utfall. Deretter sammenstilte vi data i tekst og lagde tabeller der det var relevant.

Forskningsspørsmålet i denne oversikten er knyttet til effekt. Vi beregnet effektestimater for relevante utfall rapportert i de inkluderte studiene, enten på studienivå eller med metaanalyser. Der det var mulig sammenstilte vi resultatene fra inkluderte studier i metaanalyser. Det vil si at studiene måtte være tilstrekkelig homogene (tilstrekkelig like) med tanke på studiedesign, deltakere, intervensjon, sammenligning og utfallsmål.

Metaanalyser viser en samlet effektstørrelse for et dikotomt eller kontinuerlig utfall. Derfor, der det var mulig trakk vi effektestimaterne ut fra studiene eller beregnet de selv. Vi analyserte dikotome utfallsmål ved å beregne relativ risiko (RR) og 95 % konfidensintervall (KI). Kontinuerlige utfall analyserte vi ved å bruke gjennomsnittlig forskjell (MD) med 95 % KI, alternativt standardisert gjennomsnittlig forskjell (SMD), når utfallsmålene hadde ulik måleenhet/måleskala. SMD tilsvarer Hedges g og kan vise en liten effektstørrelse = 0,2, en medium effektstørrelse = 0,5 eller stor effektstørrelse = 0,8 (24).

Ettersom vi ikke kunne forvente at populasjoner, intervensjoner, sammenligninger og utfall var identiske i de inkluderte studiene brukte vi random effekt-modellen i analysene. Random effekt-modellen tar utgangspunkt i at studiene har utvalg fra populasjoner som er noe ulike. Vi antar med andre ord at det ikke er én sann effekt, men at studiene hver for seg kan vise litt ulik effekt, og at vi i en metaanalyse finner en gjennomsnittlig effekt. Hvis studiene oppga både justerte og ujusterte effektestimater, brukte vi de justerte estimatene. Vi utførte alle analyser og beregninger i programvaren Review Manager 5 fra Cochrane (28). Vi utførte ingen egne (helse) økonomiske analyser for utfallsmålet kostnadseffektivitet, men utførte en narrativ beskrivelse støttet av tabeller.

Ikke-forventet eller ikke-tilfeldig stor variasjon i resultatene mellom studier uttrykker vi som heterogenitet. For å vurdere statistisk heterogenitet beregnet vi I^2 , utførte Chi² test og inspiserte konfidensintervallene. Der det var høy heterogenitet ($I^2 > 50\%$) og tilstrekkelig antall studier planla vi der det var mulig å gjennomføre subgruppeanalyser på ulike populasjoner og tiltak for å kunne finne mulige forklaringer på heterogeniteten. Det var imidlertid for få studier som kunne slås sammen i metaanalyser til å gjennomføre subgruppeanalyser. Hvis det hadde vært mulig skulle vi, i korte trekk, ta utgangspunkt i følgende aspekter, på bakgrunn av norsk sykefraværstatistikk og tidligere forskning (se referanser):

- Populasjon (yrkesgrupper (5;12), sosioøkonomisk status (29-31), kjønn (5;32;33), alder (5;12))
- Sykdomskategorier (5)
- Tid sykmeldt før tiltak (5;7)
- Ulike typer arbeidsrettede rehabiliteringstiltak (tiltak med ulik faglig innretning, ulik varighet eller intensitet) (4)

Studier som ikke var tilstrekkelig like til å slå resultatene statistisk sammen oppsummerte vi narrativt i tekst og tabeller. Ved en narrativ syntese tok vi i bruk ny veiledning om «synteser uten metaanalyser» (på engelsk, SWiM) (34), for å gjøre analysen mest mulig grundig, transparent og meningsfull.

Vurdering av overførbarhet

Oppdragsgiver skal bruke resultatene fra denne systematiske oversikten i en norsk kontekst. Det er utfordrende å sammenligne tiltak fra inkluderte studier fra andre land med hva som er mulige tiltak innenfor den norske sykkelønnsordningen. Selv i randomiserte studier der både tiltak- og kontrollgruppe tilhører samme kontekst, kan det være usikkerhet knyttet til om effekten av tiltaket er tilsvarende under andre betingelser. I tråd med rammeverket TRANSFER (35) vurderte vi overførbarhet til den norske konteksten. Etter innspill fra eksterne fagfeller, fagekspert og oppdragsgiver valgte vi å vurdere disse faktorene:

- Lengde på og dekningsgrad av sykkelønnsutbetaling
- Mulighet for å miste arbeid i/etter sykefraværsperioden
- Utforming av tjenestesystem (helsetjeneste, NAV/tilsvarende tjeneste, arbeidsplasser)

Vi hentet ut data fra studiene om faktorene i konteksten de ulike studiene er utført i, og inkluderte dette i analysene og som støtte til tolkning av resultatene. Fordi det ikke var tilstrekkelig mange studier til at subgruppeanalyser var mulig gjorde vi analysene om overførbarhet narrativt.

Vurdering av tillit til resultatene

Med vurdering av tillit til resultatene mener vi en bedømmelse av i hvor stor grad vi kan stole på at forskningsresultatene viser 'sannheten' eller den 'virkelige' effekten av tiltakene vi undersøker. En annen måte å uttrykke det på er hvor godt dokumentert forskningsresultatene er. For å vurdere tillit til dokumentasjonen brukte vi GRADE-tilnærmingen (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) (36) og det digitale verktøyet GRADEpro. Grad av tillit er en kontinuerlig størrelse, men er av praktiske hensyn delt inn i fire kategorier: høy, middels, lav, svært lav. Kategoriene defineres slik:

Høy tillit	⊕⊕⊕⊕	Vi har stor tillit til at effektestimatet ligger nær den sanne effekten
Middels tillit	⊕⊕⊕○	Vi har middels tillit til effektestimatet: effektestimatet ligger sannsynligvis (trolig) nær den sanne effekten, men effektestimatet kan også være vesentlig ulik den sanne effekten. Vi bruker uttrykket <i>trolig</i> for å uttrykke vår tillit til resultatet.
Lav tillit	⊕⊕○○	Vi har begrenset tillit til effektestimatet: den sanne effekten kan være vesentlig ulik effektestimatet. Vi bruker uttrykket <i>muligens</i> for å uttrykke vår tillit til resultatet.
Svært lav tillit	⊕○○○	Vi har svært liten tillit til at effektestimatet ligger nær den sanne effekten. Vi bruker uttrykket <i>uklart/usikkert</i> for å uttrykke vår tillit til resultatet.

Vi brukte studiedesign som utgangspunkt og vurderte så fem kriterier for å komme fram til grad av tillit til dokumentasjonen: risiko for systematiske skjevheter (risk of bias), grad av konsistens/overensstemmelse mellom resultatene (consistency), sparsomme data/presisjon av data (precision), direkthet (directness) og formidlingskjevhet (publication bias). Når man inkluderer observasjonsstudier er det også mulig å vurdere oppgradering av dokumentasjonen. Det gjøres ved å vurdere følgende tre kriterier: sterke eller veldig sterke assosiasjoner/sammenhenger mellom tiltak og utfall (det vil si at den beregnede effekten er så stor at det er usannsynlig at den skyldes tilfeldigheter), store eller veldig store dose-responseeffekter, der alle sannsynlige forvekslingsfaktorer (confounders) ville ha bidratt til å redusere effektestimaten. For denne oversikten inkluderte vi ingen observasjonsstudier.

Generelt sett er det slik at jo flere og bedre studier som fins, jo høyere tillit kan vi ha til at resultatene samlet viser den 'sanne' effekten av tiltakene vi undersøker. Når det foreligger svakt/mangelfullt dokumentasjonsgrunnlag, f.eks fordi det fins få studier eller kun studier med systematiske skjevheter, så sier vi at effekten er usikker.

Vi bestemte på forhånd at vi skulle vurdere tilliten til resultatene for opptil syv utfall. Vi vurderte tillit til primærutfallet retur til arbeid. Vi vurderte også tilliten til følgende sekundærutfall: mestringsstro, fysisk, sosial, og kognitiv funksjon, symptomreduksjon og kostnadseffektivitet.

To medarbeidere vurderte tilliten til resultatene. Uenighet om vurderingene løste vi ved diskusjon eller ved å trekke inn en tredje forsker.

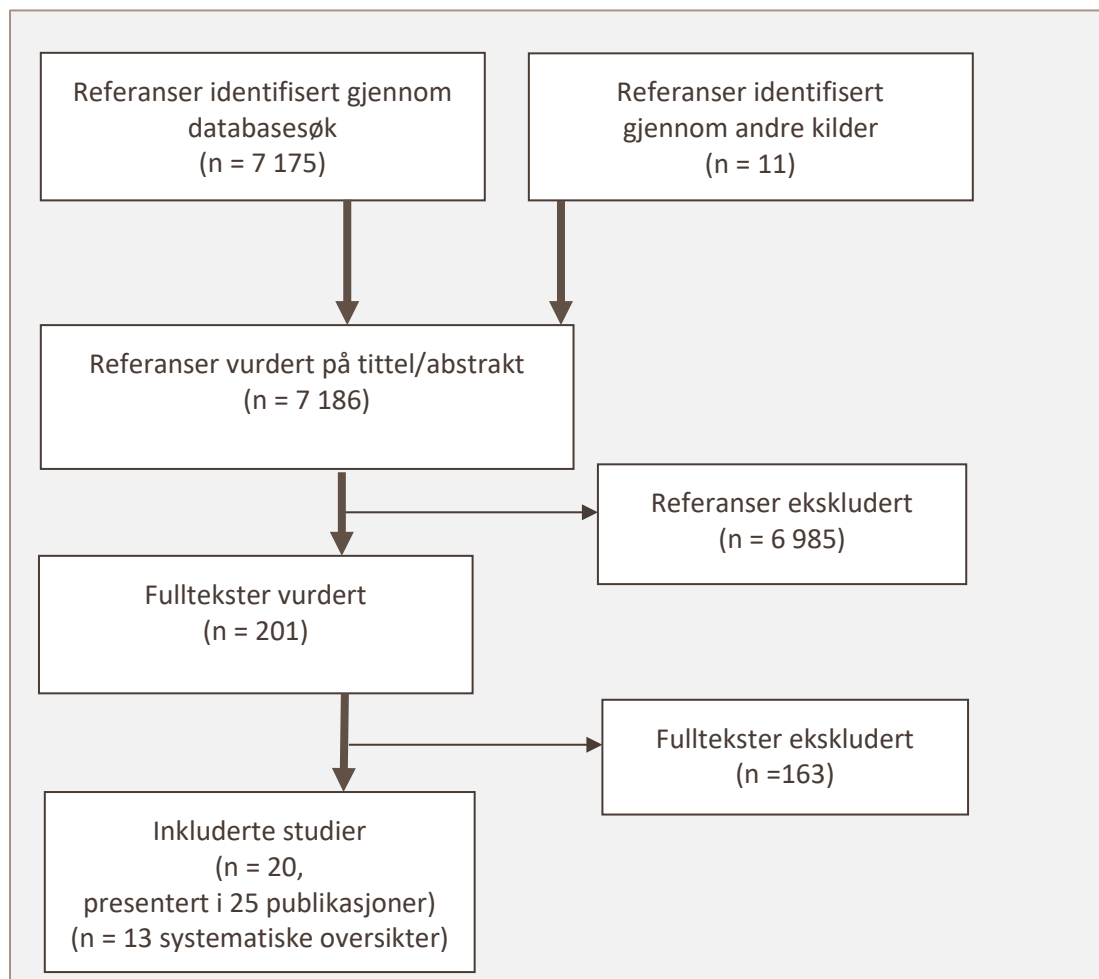
Andre vurderinger

Problemstillingen angikk effekt av arbeidsrettede rehabiliteringstiltak for personer som er langtidssykmeldt eller som står i fare for å bli langtidssykmeldt. Siden det ikke var en del av oppdraget og følgelig heller ikke problemstillingen så vurderte vi ikke etiske eller økonomiske konsekvenser ved arbeidsrettede rehabiliteringstiltak, bortsett fra kostnadseffektivitet (se over). Vi vurderte heller ikke aspekter som aksept, likeverd, organisatoriske følger eller andre konsekvenser ved tiltaket. I en fremtidig beslutningsprosess vil det være viktig å vurdere slike aspekter og konsekvenser ved arbeidsrettede rehabiliteringstiltak samlet.

Resultater

Resultater av litteratursøket og utvelgelse

Søket resulterte i 7 175 referanser (figur 1). Vi vurderte 201 av de identifiserte referansene i fulltekst. Vi inkluderte 20 primærstudier (presentert i 25 publikasjoner). Vi identifiserte også 13 systematiske oversikter, som vi beskriver til slutt i dette resultatkapitlet. En oversikt over referanser som ble ekskludert etter fulltekstlesning og begrunnelse for eksklusjon fins i vedlegg 2.



Figur 1. Flytskjema over utvelgelse av studier

Beskrivelse av de inkluderte primærstudiene

Vi inkluderte 20 primærstudier, presentert i 25 publikasjoner, som undersøkte effekten av arbeidsrelaterte rehabiliteringstiltak for langtidssykmeldte. Disse var publisert i årene 2001 til 2020. Vi presenterer hovedtrekkene for hver studie i tabell 1.

Det var syv studier fra Danmark som var rapportert i ni publikasjoner (37-45), seks studier fra Nederland som var rapportert i syv publikasjoner (46-52), fire studier rapportert i fem publikasjoner fra Norge (53-57), og tre studier fra Sverige rapportert i fire publikasjoner (58-61).

Studiedesign

Alle de 20 inkluderte studiene var randomiserte kontrollerte studier (RCTer).

Populasjon

Det var totalt 5753 deltakere i de 20 studiene. Størrelsen på utvalgene varierte fra 34 til 1757 deltakere. Deltakernes alder var i gjennomsnitt omtrent 41 år, men studiene omfatter hele aldersgruppen i yrkesaktiv alder, 16-65 år, og både menn og kvinner. Studiedeltakernes sykmeldingslengde varierte fra fem og 52 uker.

Utvalgene bestod av personer med både generelle og spesifikke diagnoser. Som vist i tabell 1 inkluderte fem studier personer med generelle psykiske lidelser (41;46;51;52;60), tre studier fokuserte på muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser (45;54;56;57), og fire studier undersøkte generelle muskel- og skjelettlidelser (37;50;53;59). De resterende åtte studiene undersøkte spesifikke tilstander: rygg- og nakkesmerter (n=2) (55;58), korsryggsmerter (n=2) (39;49), og en studie hver som omhandlet depresjon (47), tilpasningsforstyrrelser og depresjon (38), nakke- og skuldersmerter (42), stress (44).

Tiltak

I de inkluderte studiene identifiserte vi åtte forskjellige tiltak med ulike fokusområder (tabell 1). Tiltakene var heterogene, med ulik grad av komponenter rettet mot arbeidsdeltakelse og aktive helsekomponenter. De forskjellige tiltakene som ble testet i studiene var: tverrfaglig behandling med mange fokusområder (n=10) (37;39;41;42;45;49;50;53-55;57), arbeidsfokusert kognitiv terapi (n=4) (38;58-60), problemløsning og håndteringsrettet behandling (n=1) (52), læring og oppfølging over internett med et elektronisk helse- og arbeidstiltak (n=1) (51), gruppebasert ergoterapi og læring om arbeidskvalitet (n=1) (47), ekstra dialogmøte (n=1) (46), ekstra arbeidsplassiltak (n=1) (56) og stressreducerende tiltak (n=1) (44). De inkluderte studiene og sammenligningene er kategorisert i tabell 2. En beskrivelse av hvert enkelt tiltak fins i avsnittene om effekten av tiltakene under.

Kontrolltiltak

I de fleste inkluderte studiene (n=11) sammenlignet forskerne tiltaket med det de betegnet som vanlig praksis (tabell 1). Vanlig praksis var i noen tilfeller oppfølging av helsepersonell (fastlege, bedriftslege, fysioterapeut, ergoterapeut, psykolog). I andre tilfeller var det utarbeidelse av en plan og tiltak for retur til arbeid i samarbeid med en rådgiver.

I de andre ni inkluderte studiene sammenlignet forskerne tiltaket med et annet aktivt tiltak. Eksempler på disse tiltakene er arbeidsfokuset terapi, kognitiv terapi, ekstra konsultasjoner med helsepersonell, dialogmøter eller gruppebehandling.

Utfall

Alle studiene rapporterte primærutfallet retur til arbeid, men de operasjonaliserte dette utfallet på ulike måter (tabell 1). De oppga bl.a. tid til retur til arbeid, antall sykedager, tid til vedvarende full- eller delvis retur til arbeid. Noen rapporterte utfallsmålet som et kontinuerlig utfall mens andre oppga det som et dikotomt utfall. De fleste studiene målte arbeidsstatus basert på registerdata, mens fem studier benyttet selvrapporing fra deltakerne.

Studiene rapporterte og vi kunne trekke ut data for følgende sekundærutfall: mestringstro, endring av symptomer (depresjon, smerte, helserelatert livskvalitet, helseplager, frykt- og unngåelsesadferd, frykt for bevegelse), fysisk funksjon, kognitiv funksjon, sosial funksjon og kostnadseffektivitet. Ingen av de 20 inkluderte studiene rapporterte arbeidsmotivasjon.

Tabell 1. Kort beskrivelse av de inkluderte studiene (n=20)

Studie (land)	Populasjon	Tiltak (oppfølgingstid)	Kontrolltiltak	Utfallsmål
Aasdahl 2018 (57) (Norge)	N=168, 45 (18-60) år, 77 % kvinner, psykiske lidelser, muskel- og skjelettlidelser; sykmeldt median 224 dager	Tverrfaglig rehabilitering (12 mnd)	Aksept- og Forpliktelsesterapi	- antall sykedager 6 og 12 mnd - tid til vedvarende retur til arbeid 1 mnd
Gismervik 2020 (54) (Norge)	N=166, 46 (18-60) år, 81 % kvinner, psykiske lidelser (43 %) og muskel- og skjelettdiagnoser (57 %); sykmeldt gj.snitt 210 dager	Tverrfaglig rehabilitering (12 mnd)	Aksept- og forpliktelsesterapi	antall sykedager - tid til vedvarende retur til arbeid - smerte - angst - depresjon - helseplager - helserelatert livskvalitet
Brendbekken 2017 (53) (Norge)	N=284, 40 (20-60) år, 55 % kvinner, muskel- og skjelett diagnoser; sykmeldt gj.snitt 147 dager	Tverrfaglig rehabilitering (24 mnd)	Kort to-faglig oppfølging	- fullt og delvis retur til arbeid

Brouwers 2006 (52) (Nederland)	N=194, 40 (18-60) år, 58 % kvinner, psykiske lidelser; sykmeldt <3 mnd.	Problemløsning og håndteringsrettet behandling (18 mnd)	Vanlig praksis	- antall dager sykmelding - angst - depresjon
Bültmann 2009 (37) (Danmark)	N=113, 44 år, 55 % kvinner, muskel- og skjelettlidelser; sykmeldt gj.snitt 39 dager	Tverrfaglig og rehabilitering (12 mnd)	Vanlig praksis	- antall timer sykefravær - arbeidsstatus - smerteintensitet - funksjonsbegrensninger
Dalgaard 2017 (38) (Danmark)	N=163, 45 (28-60) år, 74 % kvinner, tilpasningsforstyrrelser og depresjon; sykmeldt <4 mnd.	Arbeidsfokustert kognitiv terapi (10 mnd)	(1) Klinisk undersøkelse og vanlig praksis (2) Vanlig praksis	- tid til vedvarende retur til arbeid - sykmelding status - lengde sykmelding
De Weerd 2016 (46) (Nederland)	N=60, 40 år, 58 % kvinner, psykiske lidelser; sykmeldt gj.snitt 42 dager	Arbeidsfokustert kognitiv terapi med ekstra arbeidsrelatert dialogmøte	Arbeidsfokustert kognitiv terapi	- tid til første og full retur til arbeid - mental helse
Hees 2013 (47) (Nederland)	N=117, 43 (18-65) år, 47 % kvinner, depresjon; sykmeldt >8 uker	Psykiatrisk behandling og ergoterapi (18 mnd)	Psykiatrisk behandling	- arbeidsdeltagelse i form av sykefravær - tid til delvis eller full retur til arbeid - depresjon - funksjon på arbeid - funksjon mht helse
Jensen 2011, 2012 (39;40) (Danmark)	N=351, 42 (16-60) år, 54 % kvinner, korsryggsmerter; sykmeldt 3 til 16 uker	Tverrfaglig rehabilitering, inkl. klinisk undersøkelse og informasjon (24 mnd)	Klinisk undersøkelse og informasjon	- tid til retur til arbeid 4 uker - arbeidsstatus uke 52 og 104 - smerte - funksjonsbegrensninger - livskvalitet - frykt- og unngåelsesadferd
Lambeek 2010, 2010 (48;49) (Nederland)	N=134, 46 (18-65) år, 44 % kvinner, korsryggsmerter; sykmeldt median 142 dager (tiltaksgruppe) og 163 dager (kontrollgruppe)	Tverrfaglig rehabilitering (12 mnd)	Vanlig praksis	- antall dager sykmeldt til vedvarende (4 uker) retur til arbeid - smerte - funksjonsbegrensninger - kostnads-effektivitet - kvalitetsjusterte leveår
Lindell 2008 (58) (Sverige)	N=123, 42 (<59) år, 34 % kvinner, rygg- og nakkesmerter; sykmeldt; sykmeldt	Arbeidsfokustert kognitiv terapi (18 mnd)	Vanlig praksis	- retur til arbeid 1 mnd - sannsynlighet for retur til arbeid

	6 uker (42 dager) til 2 år (730 dager)			- antall sykedager - bruk av helsetjenester
Marhold 2001 (59) (Sverige)	N=72, 46 (25-60) år, 100 % kvinner, muskel- og skjelettsmerter; sykmeldt gj.snitt 3 mnd.	Arbeidsfokusert kognitiv terapi (6 mnd)	Vanlig praksis	- antall dager sykmelding - håndteringsstrategier - smerte - depresjon - funksjonsbegrensninger
Martin 2013 (41) (Danmark)	N=196, 41 (20-60) år, 69 % kvinner, psykiske lidelser; sykmeldt gj.snitt 8 uker	Tverrfaglig rehabilitering (12 mnd)	Vanlig praksis	- tid til retur til arbeid - arbeidsstatus
Meijer 2006 (50) (Nederland)	N=34, 39 (18-65) år, 61 % kvinner, muskel- og skjelettlidelser; sykmeldt 4 til 20 uker	Tverrfaglig rehabilitering (12 mnd)	Vanlig praksis	- retur til arbeid - fysisk funksjon - funksjonsbegrensninger - smerte - kostnads-effektivitet
Moll 2018 (42) (Danmark)	N=168, 40 (18-60) år, 69 % kvinner, nakke- og skuldremerter; sykmeldt 4 til 12 uker	Tverrfaglig rehabilitering (12 mnd)	Kort tverrfaglig oppfølging	- retur til arbeid 1 mnd - smerte - funksjonsbegrensning
Poulsen 2014 (45) (Danmark)	N=1757, 41 år, 59 % kvinner, psykiske og somatiske lidelser; sykmeldt ≥8 uker	Tverrfaglig rehabilitering (12 mnd)	Vanlig praksis	- retur til arbeid
Momsen 2016 (43) (Danmark)	N=443, 44 (18-65) år, 62 % kvinner, muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser	Tverrfaglig rehabilitering (12 mnd)	Vanlig praksis	- retur til arbeid 1 mnd
Myhre 2014 (55) (Norge)	N=405, 40 (18-60) år, 44 % kvinner, nakke- og ryggsmertesmerter; sykmeldt 4 uker til 12 mnd.	Tverrfaglig rehabilitering rettet mot arbeid (12 mnd)	Tverrfaglig rehabilitering og kort oppfølging	- retur til arbeid 5 uker
Netterstrøm 2013 (44) (Danmark)	N=199, 44 år, 82 % kvinner, arbeidsrelatert stress; sykmeldt gj.snitt 70 dager	Stressreducerende tiltak (3 mnd)	(1) Vanlig praksis med behandling hos psykolog, (2) Venteliste	- retur til arbeid - psykologiske symptomer - arbeidsevne
Salomonsson 2017, 2020 (60;61) (Sverige)	N=211, 42 (21-64) år, 79 % kvinner, psykiske lidelser; sykmeldt 4 til 26 uker	Arbeidsfokusert kognitiv terapi (12 mnd)	(1) Kognitiv terapi, (2) Kombinasjon av arbeidsfokusert kognitiv terapi og kognitiv terapi	- antall dager sykmelding - sykmeldingsstatus - psykiatriske symptomer - livskvalitet

				- arbeidsevne
Skagseth 2019 (56) (Norge)	N=175, 45 (18-60) år, 77 % kvinner, psykiske lidelser, muskel- og skjelett-diagnoser; sykmeldt gj.snitt 184 dager	Tverrfaglig rehabilitering med ekstra arbeidsplasser (12 mnd)	Tverrfaglig rehabilitering	- antall sykedager - tid til vedvarende retur til arbeid 1 mnd - sykepenger - sykmeldinger
Volker 2015 (51) (Nederland)	N=220, 44 år, 59 % kvinner, psykiske lidelser; sykmeldt median 70 dager	Elektronisk helsetil-tak (12 mnd)	Vanlig praksis	- antall dager til retur til arbeid. - antall dager sykmeldt - depresjon - angst - tilbakefall av psykiske symptomer

Vurdering av studienes risiko for systematiske skjevheter

Vi benyttet Cochranes Risk of bias assessment tool for RCTer på hver av de 20 studiene (hovedpublikasjonene). Vi benyttet det samme verktøyet for fem av de seks tilleggs-publikasjonene, fordi disse hadde andre utfallsmål og oppga ekstra datamateriale ut-over hovedstudien/publikasjonen.

Våre vurderinger av risiko for skjevheter er presentert i figur 2 og flere detaljer fins i vedlegg 3. Vi vurderte at de fleste studiene hadde en overvekt av lav risiko for skjevhet mens fem studier hadde en overvekt av uklar risiko eller høy risiko for skjevheter. Den mest hyppige grunnen til høy risiko for skjevhet var mangel på blinding av deltakere. Vi anerkjenner at dette kan være vanskelig eller ikke gjennomførbart for enkelte studier innen dette forskningsfeltet, men det kan likevel medføre risiko for skjevhet på resultatene.

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Aasdahl 2018	?	+	-	+	+	+	+
Brendbekken 2017	+	+	-	+	+	+	+
Brouwers 2006	?	+	-	-	-	?	+
Bultmann 2009	+	?	-	+	+	?	+
Dalgaard 2017	+	+	-	+	+	+	-
De Weerd 2016	?	?	-	-	-	?	?
Gismervik 2020	?	+	-	+	+	+	+
Hees 2013	+	+	-	+	+	+	+
Jensen 2011	+	+	-	+	+	?	+
Jensen 2012	+	+	-	+	+	?	+
Lambeek 2010 a	+	+	-	+	+	?	+
Lambeek 2010 b	+	+	-	+	?	?	+
Lindell 2008	+	+	-	+	+	+	+
Marhold 2001	?	?	?	+	+	+	+
Martin 2013	-	-	-	+	-	+	-
Meijer 2006	+	+	-	+	+	+	-
Moll 2018	?	+	-	+	+	+	+
Momsen 2016	?	?	-	+	-	+	+
Myhre 2014	+	?	-	+	+	+	+
Netterstrøm 2013	+	?	-	-	+	+	+
Poulsen 2014	+	+	-	+	+	+	+
Salomonsson 2017	+	+	-	+	+	+	+
Skagseth 2019	+	+	-	+	+	+	+
Volker 2015	+	+	-	+	+	+	+

Figur 2. Risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte studiene

Kategorisering av studiene

Vi grupperte resultatene etter sammenligning. Som beskrevet over fant vi at de 20 studiene beskrev åtte forskjellige tiltak, og kontrolltiltakene bestod av enten vanlig praksis eller et annet aktivt tiltak. Det utgjorde ti ulike sammenligninger (tabell 2). Fem studier sammenlignet effekten av tverrfaglig rehabilitering vs. annet tiltak og fem studier sammenlignet tverrfaglig rehabilitering vs. vanlig praksis. Tre studier sammenlignet arbeidsfokuseret kognitiv terapi vs. vanlig praksis. For syv av sammenligningene var det kun én studie som presenterte den aktuelle sammenligningen.

Tabell 2. Beskrivelse av sammenligninger med antall studier

Sammenligninger	Studier
Tverrfaglig rehabilitering vs. annet tiltak	5
Tverrfaglig rehabilitering vs. vanlig praksis	5
Arbeidsfokuseret kognitiv terapi vs. vanlig praksis	3
Arbeidsfokuseret kognitiv terapi vs. annet tiltak	1
Ekstra arbeidsrelatert dialogmøte vs. annet tiltak	1
Ekstra ergoterapi vs. annet tiltak	1
Stressreducerende tiltak vs. vanlig praksis	1
Ekstra arbeidsplass tiltak vs. annet tiltak	1
Arbeidsrelatert elektronisk helsetiltak vs. vanlig praksis	1
Problemløsning og håndteringsrettet tiltak vs. vanlig praksis	1

I de neste avsnittene presenterer vi resultatene for hvert tiltak eller sammenligning. Hver av disse starter med en kort presentasjon av studiene som undersøkte tiltaket før vi beskriver resultatene. En oppsummering på tvers av studiene er presentert sist i kapitlet (tabell 17).

Effekt av tverrfaglig rehabilitering

Ti studier benyttet en versjon av tverrfaglig rehabilitering og sammenlignet det med vanlig praksis (n=5) (37;41;45;49;50) eller et annet aktivt tiltak (n=5) (39;42;53-55;57). De ti studiene er presentert kort i tabell 3.

Tabell 3: Studier, sammenligninger og utvalg for tverrfaglig rehabilitering

Studier	Tverrfaglig rehabilitering vs.:	Utvalg - Personer med:
Bültmann 2009 (37)	Vanlig praksis	Muskel- og skjelettlidelser
Lambeek 2010, 2010 (48;49)	Vanlig praksis	Korsryggsmerter
Martin 2013 (41)	Vanlig praksis	Psykiske lidelser
Meijer 2006 (50)	Vanlig praksis	Muskel- og skjelettlidelser
Poulsen 2014/ Momsen 2016 (43;45)	Vanlig praksis	Psykiske- og somatiske lidelser
Aasdahl 2018/ Gismervik 2020 (54;57)	Aksept- og forpliktelsesterapi	Muskel- og skjelettdiagnoser og psykiske lidelser
Brendbekken 2017 (53)	Kort to-faglig oppfølging	Muskel- og skjelettdiagnoser

Jensen 2011, 2012 (39;40)	Klinisk undersøkelse og informasjon	Korsryggsmarter
Moll 2018 (42)	Kort tverrfaglig oppfølging	Nakke- og skuldersmarter
Myhre 2014 (55)	Tverrfaglig rehabilitering og kort oppfølging	Nakke- og ryggsmarter

Studiene som undersøkte effekten av tverrfaglig rehabilitering varierte i stor grad når det gjaldt tiltakskomponenter og varighet. I de fleste studiene var tverrfaglig rehabilitering definert ved at deltakerne ble fulgt opp av et team, ofte bestående av psykolog, fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom og bedriftslege. I noen tilfeller var sykepleier, saksbehandler, fastlege eller idrettspedagog deltakende i teamet.

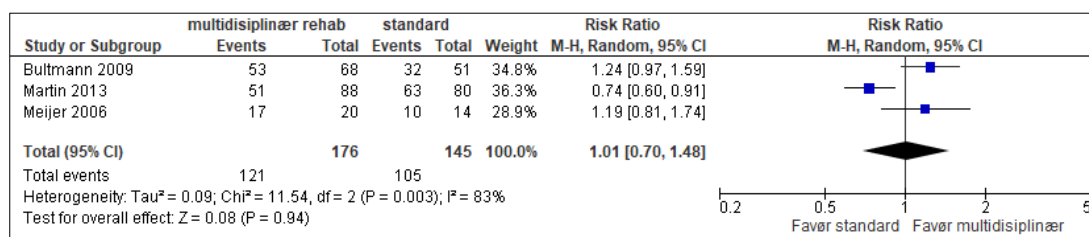
Når det gjelder type behandling ble den utført individuelt i seks av studiene, i gruppe i en av studiene og både i gruppe og individuelt i fem av studiene. Prosedyrene og innholdet i intervensjonene varierte i stor grad. Eksempler på tiltak var ulike kombinasjoner av: ergonomi, fysisk aktivitet, mindfulness, undervisning, kognitiv terapi, rehabiliteringsplan, psykologisk behandling, stressmestring og motiverende intervju. Varigheten av tiltakene varierte fra 3,5 uker til 18 uker, og settingen varierte fra besøk på poliklinikk til døgnopphold. Flest studier hadde imidlertid en tiltaksvarighet på 12 uker. Når det gjelder intensitet varierte antall timer fra 5,5 timer i løpet av tre måneder til 80 timer i løpet av to måneder.

Tverrfaglig rehabilitering vs. vanlig praksis

Fem studier sammenlignet effekten av tverrfaglig rehabilitering med vanlig praksis. De oppga resultater for retur til arbeid, symptomreduksjon, helsestatus, fysisk funksjon og kostnadseffekt. Ingen av studiene målte mestringstro, arbeidsmotivasjon, sosiale utfall eller kognitive utfall. Vi angir resultatene for hvert utfall nedenfor.

Retur til arbeid

Tre av studiene oppga tilstrekkelig informasjon som gjorde at vi kunne sammenstille resultatene for retur til arbeid i en metaanalyse. Resultatet viste ingen forskjell ved 12 måneders oppfølging (RR 1,01; 95 % KI 0,7 til 1,48) (figur 3). Vi har svært liten tillit til dette effektestimatet på grunn av metodiske skjevheter, høy inkonsistens og bredt konfidensintervall (tabell 4).



Figur 3. Metaanalyse for utfallet retur til arbeid (12 mnd) i sammenligning tverrfaglig rehabilitering vs. vanlig praksis

To studier i tre publikasjoner kunne ikke inkluderes i metaanalysen (43;45;49). En studie (Lambeek 2010) rapporterte median antall dager sykefravær i løpet av 12 måneder,

og fant at tiltaksgruppen hadde 82 dager (interkvartilbredde: 51 til 164 dager) og kontrollgruppen hadde 175 dager (interkvartilbredde: 91 til 365 dager) (Mann-Whitney U test; $P=0,003$) (49). En annen studie (Poulsen 2014) rapporterte hazard ratio (HR) for retur til arbeid i løpet av 12 måneder for tiltaksgruppen vs. kontrollgruppen (45). Resultatene ble rapportert separat for de deltagende kommunene på grunn av ulik effekt, HR (kommune 1): 1,12; 95 % KI 0,97 til 1,29) og HR (kommune 3): 0,80; 95 % KI 0,63 til 1,03). En annen publisasjon (Momsen 2016) gjorde subgruppeanalyser basert på deltakerne i en av de ovennevnte kommunene (43). Median antall uker før retur til arbeid var 30 (interkvartilbredde: 13 til 51 uker) i tiltaksgruppen og 23,5 (interkvartilbredde: 10 til 51 uker) (RR 0,92; 95 % KI 0,78 til 1,08). Vi har svært lav tillit til effektestimaterne (tabell 4).

Tabell 4. Oppsummeringstabell: Effekt av tverrfaglig rehabilitering versus vanlig praksis på retur til arbeid

Sammenligning: tverrfaglig rehabilitering versus vanlig praksis						
Kontekst: Danmark, Nederland						
Intervensjon: tverrfaglig rehabilitering						
Kontroll: vanlig praksis						
Populasjon: voksne både i og utenfor arbeid, både full og delvis sykmelding, muskel- og skjelettproblemer og psykiske lidelser						
Utfall	Relativ effekt (95 % KI)	Forventet absolutt effekt* (95 % KI)			Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)
		Forventet risiko med vanlig praksis	Forventet risiko med tverrfaglig rehabilitering	Absolutt forskjell (Intervensjon minus kontroll)		
Retur til arbeid ved 12 mnd	RR 1,01 (0,70 til 1,48)	72 per 100 personer	73 per 100 personer (50 til 107 personer)	1 person mer (30 færre til 48 flere personer)	321 deltakere (3 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹²³
Retur til arbeid ved 12 mnd	-	-	-	En studie fant ingen forskjell mellom gruppene. En studie fant at intervensjonsgruppen hadde kortere periode med sykmelding enn kontrollgruppen	1891 deltakere (2 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹²³

* Antatt effekt i intervensjonsgruppen (og 95 % konfidensintervall) er basert på en antatt effekt i kontrollgruppen og en relativ effekt av intervensjonen (og dens 95 % konfidensintervall). **KI**: Konfidensintervall; **RCT**: Randomisert kontrollert studie; **RR**: Risk ratio

1. Nedgradert to nivåer pga. uklar rapportering om randomisering og blinding av deltakere
2. Høy inkonsistens ($I^2 > 80$ %)
3. Upresise effektestimater, brede konfidensintervall

Symptomreduksjon

Tre av studiene rapporterte resultater for smerte (37;49;50). Resultatene var oppgitt ulikt og kunne derfor ikke slås sammen i metaanalyse. Meijer 2006 målte smerte med VAS-skala (0 til 10; 0=ingen smerter; 10=verst tenkelig smerte) (50). Både tiltaksgruppen og kontrollgruppen oppnådde reduksjon i smerte over tid ($P < 0,001$). Gjennomsnittlig VAS etter 2, 6 og 12 måneder var 3,1 (95 % KI 2,0 til 4,3), 2,7 (95 % KI 1,3 til 4,0) og var 2,0 (95 % KI 0,6 til 3,5) i tiltaksgruppen. I kontrollgruppen var gjennomsnittlig VAS etter 2, 6 og 12 måneder 5,7 (95 % KI 4,4 til 7,1), 3,7 (95 % KI 2,1 til 5,3) og 2,8 (95 % KI 1,1 til 4,5). P -verdi for forskjell mellom gruppene ved 12 måneder var 0,023. Meijer 2006 målte også alvorlighetsgrad av plager annet enn smerte. Begge gruppene oppnådde reduksjon over tid ($P < 0,001$). Gjennomsnittlig VAS etter 12 måneder var 2,1 (95 % KI 0,9 til 3,2) i tiltaksgruppen og 1,7 (95 % KI 0,3 til 3,2) i kontrollgruppen ($P=0,023$). Vi har svært lav tillit til effektestimaterne (tabell 5).

Lambeek 2010 målte endring i smerte med VAS-skala (ikke oppgitt størrelse) (49). Ved 3, 6 og 12 måneders oppfølging var forskjellen i endring mellom gruppene henholdsvis 0,99 (95 % KI 1,3 til 2,1), 0,47 (95 % KI -0,6 til 1,6) og 0,21 (95 % KI -0,8 til 1,2) i favør av kontrollgruppen. Vi har svært lav tillit til effektestimaterne (tabell 5).

Bültmann 2009 målte smerte med *Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire* (0 til 10; 0=ingen smerter; 10=verst tenkelig smerte) (37). Forskjellen mellom gruppene i gjennomsnittlig smerte var 1,64 (95 % KI 0,47 til 2,81) etter 3 måneder og 1,13 (95 % KI -0,11 til 2,38) etter 12 måneder i favør av intervensjonsgruppen. Vi har svært lav tillit til effektestimaterne (tabell 5).

Meijer 2006 målte også frykt for bevegelse med *Dutch version of the Tampa Scale* (oppgir ikke størrelse på skalaen) (50). Forskjell mellom gruppene (*Cohen's d*) ved 2, 6 og 12 måneder var henholdsvis 2,07, 1,37 og 1,71. Ved 12 måneder var gjennomsnittlig verdi 26,4 (95 % KI 22,7 til 30,2) i tiltaksgruppen og 40,4 (95 % KI 35,2 til 45,6) i kontrollgruppen ($P=0,000$). Vi har svært lav tillit til effektestimaterne (tabell 5).

Fysisk funksjon

Tre studier målte fysisk funksjon (37;49;50). Meijer 2006 målte funksjon med *the Dutch version of the Disability Arm and Shoulder Hand questionnaire (DASH)* (50). Forskjell mellom gruppene (*Cohens's d*) ved 2, 6 og 12 måneder var henholdsvis 0,92, 0,40 og 0,34. Ved 12 måneder var gjennomsnittlig verdi 16,1 (95 % KI 4,6 til 27,5) i tiltaksgruppen og 24,9 (95 % KI 11,3 til 38,6) i kontrollgruppen ($P=0,016$). Vi har svært lav tillit til effektestimaterne (tabell 5).

Lambeek 2010 målte endring fysisk funksjon med *Roland disability questionnaire* (ikke oppgitt størrelse på skalaen) (49). Ved 3, 6 og 12 måneders oppfølging var forskjellen i endring mellom gruppene (reduksjon tolkes som gunstig endring) henholdsvis 0,11 (95 % KI -2,4 til 2,6), 0,06 (95 % KI -2,3 til 2,5) og -2,86 (95 % KI -4,9 til -0,9). Vi har svært lav tillit til effektestimaterne (tabell 5).

Bültmann 2009 målte funksjon med *Danish version of the Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire* (0-100; høyere skår er gunstig) (37). Forskjellen i gjennomsnitt var -5,83 (95 % KI -12,46 til 0,79) etter 3 måneder og -7,27 (95 % KI -15,01 til 0,46) ved 12 måneder i favør av tiltaksgruppen. Vi har svært lav tillit til effektestimaterne (tabell 5).

Kostnadseffekt

Tre studier oppga informasjon med hensyn til kostnadseffekt (37;49;50). De oppga resultatene på ulike måter. Bültmann 2009 oppga at de totale kostnadsbesparelsene med tiltaket var USD 1 366 per person (6 mnd.), USD 10 666 per person (12 mnd.) og at kostnadseffektsratio (kostnader unngått pr fraværsdag) var DKK 183 (USD 33,7) (37). Lambeek 2010 oppga en ICER (incremental kostnadseffektratio) på GBP -3 per unngått fraværsdag (48). Meijer 2006 oppga at det tverrfaglige tiltaket ikke var kostnadseffektivt sammenlignet med vanlig praksis (50). For å oppnå en halv dag med retur til arbeid i uken var kostnaden EUR 39 i uken over tolv måneder. Det var ingen vesentlig forskjell på kostnadene knyttet til de sykmeldte deltakerne i de to gruppene; kostnadene besto

av produksjonstap (61 %), behandling (26 %) og tap av fritid (11 %). To av studiene rapporterer dermed at tiltakene er kostnadseffektive sammenlignet med vanlig praksis. Kost-nytten av tiltakene har tett sammenheng med studienes effekt på retur til arbeid. Vi har svært lav tillit til effektestimaterne (tabell 5).

Tabell 5. Oppsummeringstabell: Effekt av tverrfaglig rehabilitering versus vanlig praksis på ulike utfall

Sammenligning: tverrfaglig rehabilitering versus vanlig praksis						
Kontekst: Danmark, Nederland						
Intervensjon: tverrfaglig rehabilitering						
Kontroll: vanlig praksis						
Populasjon: voksne både i og utenfor arbeid, både full og delvis sykmelding, muskel- og skjelettproblemer og psykiske lidelser						
Utfall	Relativ effekt (95 % KI)	Forventet absolutt effekt* (95 % KI)			Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)
		Forventet risiko med vanlig praksis	Forventet risiko med tverrfaglig rehabilitering	Absolutt forskjell (Intervensjon minus kontroll)		
Symptomreduksjon: smerte, ved 2 måneder	ingen effektestimater ble rapportert.	-	-	En studie rapporterte reduksjon av smerte i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen	38 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹²
Symptomreduksjon: smerte, ved 3 måneder	-	-	-	En studie viste mindre smerte i kontrollgruppe, mens en annen studie ikke fant forskjell mellom gruppene	253 deltakere (2 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1 3}
Symptomreduksjon: smerte, ved 6 måneder	-	-	-	Ingen forskjell mellom gruppene i smertenivå	172 deltakere (2 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹²
Symptomreduksjon: smerte, ved 12 måneder	-	-	-	Ingen forskjell mellom gruppene i smertenivå	291 deltakere (3 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1 3}
Symptomreduksjon: frykt for bevegelse (Opp til 12 måneder)	1,71 Cohen's <i>d</i> (12 måneder etter baseline)	-	-	Intervensjonsgruppen hadde mindre frykt for bevegelse enn kontrollgruppen over tid i opptil 12 måneder	38 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹²
Fysisk funksjon, ved 2 måneder	0,92 Cohen's <i>d</i>	-	-	Intervensjonsgruppen hadde bedre fysisk funksjon enn kontrollgruppen	38 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹²
Fysisk funksjon, ved 3 måneder	-	-	-	Ingen forskjell mellom gruppene	253 deltakere (2 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1 3}
Fysisk funksjon, ved 6 måneder	-	-	-	En studie rapporterte bedre fysisk funksjon i intervensjonsgruppen, mens en annen studie ikke fant forskjell mellom gruppene	172 deltakere (2 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹²
Fysisk funksjon, ved 12 måneder	-	-	-	To studier rapporterte bedre fysisk funksjon i intervensjonsgruppen, mens en tredje studie fant ingen forskjell mellom gruppene	291 deltakere (3 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1 3}
Kostnadseffekt	-	-	-	2 studier rapporterte at tverrfaglig rehabilitering var kostnadseffektivt sammenlignet med vanlig praksis	291 deltakere (3 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1 3}

KI: Konfidensintervall; RCT: Randomisert kontrollert studie; MD: Gjennomsnittlig forskjell; RTW: Retur til arbeid

1. Nedgradert to nivåer for høy risiko for skjevhet pga. uklare prosedyrer for randomisering av deltakere og utfallsmål og selektiv rapportering.

2. Nedgradert ett nivå for lite utvalg (upresise effektestimater).

3. Nedgradert ett nivå for brede konfidensintervaller (upresise effektestimater).

Samlet viser dokumentasjonen at når vi sammenligner tverrfaglig rehabilitering med vanlig praksis for personer med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser, så er det *usikkert* om det er en forskjell i:

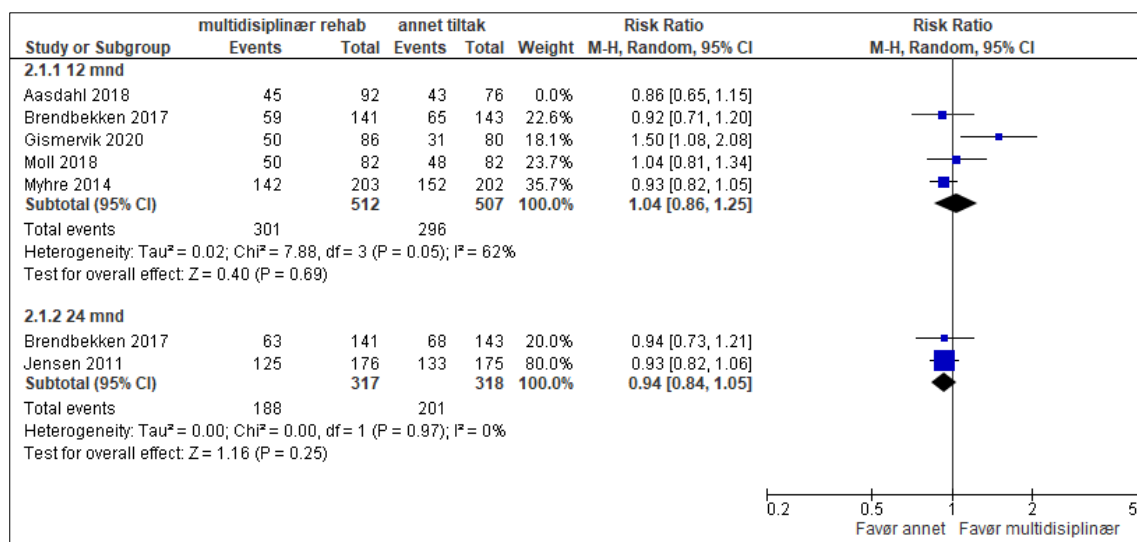
- retur til arbeid
- smerter
- frykt for bevegelse
- fysisk funksjon
- kostnadseffekt

Tverrfaglig rehabilitering vs. annet aktivt tiltak

Fem studier presentert i seks publikasjoner sammenlignet effekten av tverrfaglig rehabilitering med et annet aktivt tiltak (39;42;53-55;57). De oppga resultater for retur til arbeid, symptomreduksjon og funksjon. Ingen av studiene målte mestringstro eller kostnadseffekt. Vi angir resultatene for hvert utfall nedenfor.

Retur til arbeid

Fem studier oppga tilstrekkelig informasjon som gjorde at vi kunne sammenstille resultatene for retur til arbeid i en metaanalyse. Resultatet viste ingen forskjell ved 12 måneders oppfølging (RR 1,04; 95 % KI 0,86 til 1,25) og ved 24 måneders oppfølging (RR 0,94; 95 % KI 0,84 til 1,05) (figur 4). Vi har svært liten tillit til effektestimater ved 12 måneders oppfølging og begrenset tillit til effektestimater ved 24 måneders oppfølging på grunn av metodiske skjevheter, høy inkonsistens og brede konfidensintervaller (tabell 6). Aasdahl 2018 er ikke vektet i metaanalysen siden det er en publikasjon fra samme studien som Gismervik 2020 (54;57). Aasdahl 2018 evaluerte tverrfaglig tiltak med 4 dager på rehabiliteringssenter i uke 1, fulgt av 2 uker hjemme, og til slutt 4 dager på rehabiliteringssenteret i uke 4 (57). Det tverrfaglige tiltaket viste ingen effekt på retur til arbeid ved 12 måneders oppfølging (RR 0,86; 95 % KI 0,65 til 1,15) sammenlignet med gruppebasert aksept- og forpliktelsesterapi. Resultatet står i kontrast til den mer omfattende tverrfaglige rehabiliteringen med en varighet på 3,5 uke på rehabiliteringssenteret evaluert i samme studie (54), som hadde effekt på retur til arbeid sammenlignet med samme kontrollgruppe (RR 1,50; 1,08 til 2,08).



Figur 4. Metaanalyse for utfallet retur til arbeid i sammenligning tverrfaglig rehabilitering vs. annet tiltak

Tabell 6. Oppsummeringstabell: Effekt av tverrfaglig rehabilitering versus annet tiltak på retur til arbeid

Sammenligning: tverrfaglig rehabilitering versus annet tiltak						
Kontekst: Norge, Danmark						
Intervensjon: tverrfaglig rehabilitering						
Kontroll: annet tiltak						
Populasjon: voksne både i og utenfor arbeid, både full og delvis sykmelding, muskel- og skjelettproblemer og psykiske lidelser						
Utfallsmål	Relativ effekt (95 % KI)	Antatt absolutt effekt* (95 % KI)			Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)
		Antatt kontroll	Antatt intervensjon	Absolutt forskjell (Intervensjon minus kontroll)		
Retur til arbeid ved 12 måneder	RR 1,04 (0,86 til 1,25)	59 per 100 personer	61 per 100 personer (51 to 74 personer)	Tre flere personer (14 færre personer til 25 flere personer)	851 deltakere (4 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2}
Retur til arbeid ved 24 måneder	RR 0,94 (0,84 til 1,05)	63 per 100 personer	59 per 100 personer	4 færre personer (16 færre personer til 5 flere personer)	635 deltakere (2 RCTer)	⊕⊕⊕○ MIDDELS ³

* Antatt effekt i intervensjonsgruppen (og 95 % konfidensintervall) er basert på en antatt effekt i kontrollgruppen og en relativ effekt av intervensjonen (og dens 95 % konfidensintervall). KI: Konfidensintervall; RCT: Randomisert kontrollert studie; RR: Risk ratio

1. Nedgradert to nivåer pga. uklare rapportering om randomisering og blinding av deltakere
2. Høy inkonsistens (I² > 50 %)
3. Nedgradert et nivå pga. blinding av deltakere

Symptomreduksjon

Tre av studiene oppga resultater for ett eller flere utfall relatert til symptomreduksjon. Tre studier målte smerte (39;42;54), men resultatene var oppgitt ulikt og kunne derfor ikke slås sammen i metaanalyse. Gismervik 2020 målte smerte med en skala fra 1-10 (høyere skåre indikerer mer smerte). Ved 12 måneder var MD -0,95 poeng (95 % KI -1,7 til -0,2) i favør av kontrollgruppen (54). Jensen 2011 målte smerte med *The LBP Rating Scale*, en sumskår av seks spørsmål relatert til smerte i rygg og bein, hvert av de målt med VAS-skala (0 til 10; maksimal sumskår=60). MD ved 12 måneder var -0,07

(95 % KI – 3,41 til 3,54) i favør av tiltaksgruppen (39). Moll 2018 målte smerte med en numerisk skala fra 0 til 10 (0=ingen smerte; 10=verst tenkelige smerte. Ujustert odds ratio (tiltaksgruppe vs. kontrollgruppe) for en klinisk viktig reduksjon i smerte (definert som ≥ 2 poeng) ved 12 måneder var (1,10; 95 % KI 0,54 til 2,26) (42). Vi har svært lav tillit til effekttestimatene (tabell 7).

To studier undersøkte helserelatert livskvalitet (39;54). Resultatene viste ingen forskjell mellom gruppene ved 12 måneders oppfølging. Gismervik 2020 målte livskvalitet med verktøyet *15D* (0-1; høyere skår indikerer bedre livskvalitet) (54). MD ved 12 måneder var -0,02 (95 % KI -0,06 til 0,02) i favør av tiltaksgruppen. Jensen 2011 målte livskvalitet med *36-item Short Form Survey (SF-36; General Health)* (39). Ved 12 måneder var MD 0,99 (95% KI –3,75 til 5,74) i favør av tiltaksgruppen. Vi har svært lav tillit til effekttestimatene (tabell 7).

Gismervik 2020 målte depresjon med *Hospital Anxiety and Depression Scale* (0-21; lavere skår indikerer mindre symptomer) (54). Ved 12 måneder var MD -0,72 (95 % KI -2,3 til 0,9) i favør av tiltaksgruppen. Gismervik 2020 målte helseplager med *Subjective Health Complaints Inventory total score* (0-87; høyere skår indikerer mer plager). MD ved 12 måneder var -0,35 (95 % KI –3,1 til 2,4) i favør av tiltaksgruppen. Vi har svært lav tillit til effekttestimatene (tabell 7).

Jensen 2011 målte frykt- og unngåelsesadferd med *Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire* (ikke oppgitt størrelse) (39). Ved 12 måneder var MD -0,12 (95 % KI –2,13 til 1,90) (39). Vi har svært lav tillit til effekttestimatet (tabell 7).

Fysisk/sosial/kognitiv funksjon

To studier målte fysisk funksjon ved 12 måneders oppfølging (39;42). Jensen 2011 målte fysisk funksjon med SF-36 (Physical Functioning), og oppga en justert forskjell på -2,11 (95 % KI -7,33 til 3,11) etter 12 måneder (39). Moll 2018 målte fysisk funksjon med *Copenhagen Neck Functional Disability Scale* (ikke oppgitt størrelse), og oppga en betakoeffisient på 1,37 (95 % KI –1,91 til 4,64) høyere i tiltaksgruppen ved 12 måneder (skulderpasientene i studien inngikk ikke i denne analysen) (42). Vi har svært lav tillit til effekttestimatene (tabell 7).

Jensen 2011 målte også sosial og kognitiv funksjon, med komponentene *Social Functioning* og *Mental Health* i verktøyet SF-36, ved 12 måneders oppfølging (39). For kognitiv funksjon var MD 4,64 (95 % KI 0,08 til 9,20; skala 0-100) i favør av tiltaksgruppen. For sosial funksjon var MD 1,58 (95 % KI –3,96 til 7,12) i favør av tiltaksgruppen. Vi har svært lav tillit til effekttestimatene (tabell 7).

Tabell 7. Oppsummeringstabell: Effekt av tverrfaglig rehabilitering versus annet tiltak på ulike utfall

Sammenligning: tverrfaglig rehabilitering versus annet aktivt tiltak
Kontekst: Norge, Danmark
Intervensjon: tverrfaglig rehabilitering
Kontroll: annet aktivt tiltak
Populasjon: voksne både i og utenfor arbeid, både full og delvis sykmelding, muskel- og skjelettproblemer og psykiske lidelser

Utfall	Relativ effekt (95 % KI)	Forventet absolutt effekt* (95 % KI)			Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)
		Forventet risiko med annet aktiv tiltak	Forventet risiko med tverrfaglig rehabilitering	Absolutt forskjell (Intervensjon minus kontroll)		
Symptomreduksjon: depresjon ved 12 måneder	MD -0,72 (95 % KI -2,3 til 0,9)	-	-	Ingen forskjell mellom gruppene	166 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹²
Symptomreduksjon: smerte	-	-	-	En studie (Gismervik 2020) viste liten forbedring i smerte nivå i kontrollgruppen sammenlignet med intervensjonsgruppen, mens to studier viste ingen forskjeller mellom gruppene	574 deltakere (3 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹³
Symptomreduksjon: helse-relatert livskvalitet ved 12 måneder	-	-	-	Ingen forskjell mellom gruppene	404 deltakere (2 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹³
Symptomreduksjon: helseplager ved 12 måneder	MD -0,35 (95 % KI -3,1 til 2,4)	-	-	Ingen forskjell mellom gruppene	166 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹²
Symptomreduksjon: frykt- og unngåelsesadferd ved 12 måneder	justert forskjell -0,12 (95 % KI -2,13 til 1,90) †	-	-	Ingen forskjell mellom gruppene	232 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ³⁴
Sosial funksjon ved 12 måneder	forskjell 1,58 poeng (95 % KI -3,96 til 7,12) ††	-	-	Ingen forskjell mellom gruppene	232 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ³⁴
Fysisk funksjon ved 12 måneder	-	-	-	Ingen forskjell mellom gruppene	312 deltakere (2 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹³
Kognitiv funksjon ved 12 måneder	MD 4,64 (95 % KI 0,08 til 9,20)	-	-	Intervensjonsgruppen rapporterte bedre kognitiv funksjon sammenlignet med kontrollgruppen	240 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ³⁴

CI: Konfidensintervall; MD: Gjennomsnittlig forskjell, RCT: Randomisert kontrollert studie; SF-36: 36-Item Short Form Survey

†Subjective Health Complaints Inventory total score

†† SF Social Functioning

1. Nedgradert to nivåer pga. uklar rapportering om randomisering og blinding av deltakere
2. Nedgradert ett nivå for lite utvalg (upresise effektestimater)
3. Upresise effektestimater, brede konfidensintervall
4. Nedgradert to nivåer for uklar rapportering om blinding og selektiv rapportering

Samlet viser dokumentasjonen at når vi sammenligner tverrfaglig rehabilitering med et annet aktivt tiltak for personer med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser, så er det *usikkert* om det er en forskjell i:

- retur til arbeid etter 12 måneder
- smerter
- depresjon
- frykt- og unngåelsesadferd
- helserelatert livskvalitet

- fysisk funksjon
- sosial funksjon
- kognitiv funksjon

Videre viser den samlede dokumentasjonen at når vi sammenligner tverrfaglig rehabilitering med et annet aktivt tiltak for personer med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser, så er det *trolig* ingen forskjell i retur til arbeid etter 24 måneder.

Effekt av arbeidsfokuset kognitiv terapi

Fire studier benyttet arbeidsfokuset kognitiv terapi og sammenlignet det med vanlig praksis (n=3) (38;58;59) eller et annet aktivt tiltak (n=1) (60). De fire studiene er presentert kort i tabell 8.

Tabell 8: Studier, sammenligninger og utvalg for arbeidsfokuset kognitiv terapi

Studier	Arbeidsfokuset kognitiv terapi vs.:	Utvalg - Personer med:
Dalgaard 2017 (38)	Klinisk undersøkelse + vanlig praksis Vanlig praksis	Tilpasningsforstyrrelser og depresjon
Lindell 2008 (58)	Vanlig praksis	Rygg- og nakkesmerter
Marhold 2001 (59)	Vanlig praksis	Muskel- og skjelettsmerter
Salomonsson 2017, 2020 (60;61)	Kognitiv terapi	Psykiske lidelser

De fire studiene som undersøkte effekten av arbeidsfokuset kognitiv terapi varierte noe når det gjaldt varighet og innhold. Eksempler på innhold var mindfulness, dialog med arbeidsplass, kognitiv terapi rettet mot arbeidsmiljø, mestringsstrategier relatert til arbeid og undervisning. I tre av studiene ble behandlingen utført individuelt, mens i en av studiene ble den utført i gruppe. Varigheten på tiltakene varierte fra åtte uker til åtte måneder. I tre av studiene ble behandlingen utført av psykolog med erfaring innen kognitiv terapi. I en studie kunne det også være annet helsepersonell som utførte behandlingen, som lege eller sosionom, men da med videreutdanning i kognitiv terapi.

Arbeidsfokuset kognitiv terapi vs. vanlig praksis

Tre studier (Dalgaard 2017, Lindell 2008 og Marhold 2001) sammenlignet effekten av arbeidsfokuset kognitiv terapi med vanlig praksis (38;58;59). De oppga resultater for retur til arbeid, symptomreduksjon og funksjon. Ingen av studiene målte mestringsstro, arbeidsmotivasjon og kostnadseffektivitet. Vi angir resultatene for hvert utfall nedenfor og i tabell 9.

Retur til arbeid

De tre studiene undersøkte alle retur til arbeid. Resultatene var presentert ulikt og kunne derfor ikke slås sammen i metaanalyse. Resultatene viste signifikante effekter av arbeidsfokuset kognitiv terapi sammenlignet med vanlig praksis i to av studiene

(38;59). Dalgaard 2017 målte retur til varig arbeid ved 44 uker (38). Intervensjonsgruppen hadde raskere retur sammenlignet med gruppen som fikk klinisk undersøkelse i tillegg til vanlig praksis (HR 1,57, 95 % KI 1,01 til 2,44). Median antall uker (95 % KI) for varig retur til arbeid var for intervensjonsgruppen 15 (12-19), gruppen som fikk en klinisk undersøkelse i tillegg til vanlig praksis 19 (15-30), gruppen som kun fikk vanlig praksis 32 (22). Marhold 2001 rapporterte lavere antall dager sykefravær i intervensjonsgruppen ved fire måneder (henholdsvis 25,4 og 37,2 dager) og seks måneder (henholdsvis 21,0 og 39,7 dager) (59). Den tredje studien (Lindell 2008) viste ingen forskjell ved 18 måneders oppfølging da 57 % av deltakerne i både tiltak- og kontrollgruppen oppnådde vedvarende retur til arbeid (58). Vi har lav tillit til de samlede effekttestimatene (tabell 9).

Symptomreduksjon

Marhold 2001 målte smerte med *Multidimensional Pain Inventory* (skår fra 0 til 6) ved seks måneders oppfølging, og rapporterte ingen forskjell (59). Marhold 2001 målte depresjonssymptomer med *Beck Depression Inventory* (0 til 63), og rapporterte ingen forskjell mellom gruppene i reduksjon av symptomer ved seks måneders oppfølging. Vi har svært lav tillit til effekttestimatene (tabell 9).

Fysisk funksjon

Marhold 2001 målte fysisk funksjon med *Disability Rating Index* (skår fra 0 til 63), og rapporterte ingen forskjell mellom gruppene ved seks måneders oppfølging (59). Vi har svært lav tillit til effekttestimatene (tabell 9).

Tabell 9. Oppsummeringstabell: Effekt av arbeidsfokusert kognitiv terapi versus vanlig praksis på retur til arbeid

Sammenligning: arbeidsfokusert kognitiv terapi versus vanlig praksis						
Kontekst: Sverige, Danmark						
Intervensjon: arbeidsfokusert kognitiv terapi						
Kontroll: vanlig praksis						
Populasjon: voksne både i og utenfor arbeid, både full og delvis sykmelding, muskel- og skjelettproblemer og psykiske lidelser						
Utfall	Relativ effekt (95 % KI)	Forventet absolutt effekt* (95 % KI)			Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)
		Forventet risiko med vanlig praksis	Forventet risiko med arbeidsfokusert kognitiv terapi	Absolutt forskjell (Intervensjon minus kontroll)		
Retur til arbeid	-	-	-	To studier viste at intervensjonsgruppen hadde raskere vedvarende RTW sammenlignet med kontrollgruppen på oppfølging 4 måneder og 6 måneder. En studie fant ingen forskjell mellom gruppene ved 18 måneder oppfølging	311 deltakere (3 RCTer)	⊕⊕○○ LAV ¹
Symptomreduksjon: depresjon ved 6 måneder	ANOVA F-verdi for interaksjonseffekter (gruppe X tid) 0,12	-	-	Ingen forskjeller mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen	72 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹²
Symptomreduksjon: smerte ved 6 måneder	ANOVA F-verdi for interaksjonseffekter (gruppe X tid) 0,60	-	-	Ingen forskjeller mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen	72 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹²

Fysisk funksjon ved 6 måneder	ANOVA F-verdi 0,46	-	-	Ingen forskjeller mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen	72 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2}
-------------------------------	-----------------------	---	---	--	-------------------------	----------------------------------

ANOVA: analyse av variasjon; **KI:** Konfidensintervall; **HR:** Hazard ratio; **RCT:** Randomisert kontrollert studie; **RTW:** retur til arbeid

1. Nedgradert to nivåer pga. uklare rapportering om randomisering og blinding av deltakere og personell

2. Nedgradert ett nivå for lite utvalg (upresise effektestimater)

Dokumentasjonen viser at når vi sammenligner arbeidsfokuset kognitiv terapi med vanlig praksis for personer med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser, så er det *usikkert* om det er en forskjell i:

- depresjon
- smerter
- fysisk funksjon

Dokumentasjonen viser videre at når vi sammenligner arbeidsfokuset kognitiv terapi med vanlig praksis for personer med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser, så er det *muligens* en forskjell i retur til arbeid.

Arbeidsfokuset kognitiv terapi vs. annet aktivt tiltak

Én studie (Salomonsson 2017) sammenlignet effekten av arbeidsfokuset kognitiv terapi med en gruppe som fikk kognitiv terapi og en tredje gruppe som fikk en kombinasjon av arbeidsfokuset kognitiv terapi og kognitiv terapi (60). Prosjekttiden var tolv måneder, men deltakerne i tiltaksgruppen ble fulgt opp med 10 behandlinger over 20 uker. Studien målte ikke arbeidsmotivasjon, funksjon, mestringstro eller kostnadseffekt.

Studien rapporterte ingen forskjell mellom gruppene for retur til arbeid etter tolv måneder. Deltakerne i tiltaksgruppen hadde gjennomsnittlig (SA) 123,5 (104,5) dager med sykefravær, kontrollgruppen med kognitiv terapi hadde 146,5 (124,3) dager sykefravær, og den tredje gruppen med kombinasjon av de andre tiltakene hadde 133 (109,2) dager sykefravær. Studien rapporterte ingen forskjell mellom gruppene ved undersøkelse av symptomendring av depresjon, angst, stress og livskvalitet (tabell 10).

Tabell 10. Oppsummeringstabell: Effekt av arbeidsfokuset kognitiv terapi versus annet tiltak på ulike utfall

Sammenligning: arbeidsfokuset kognitiv terapi vs annet tiltak						
Kontekst: Sverige						
Intervensjon: arbeidsfokuset kognitiv terapi						
Kontroll: annet tiltak						
Populasjon: voksne i arbeid, både full og delvis sykmelding, psykiske lidelser						
Utfall	Relativ effekt (95 % KI)	Forventet absolutt effekt* (95 % KI)			Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)
		Forventet risiko med annet tiltak	Forventet risiko med arbeidsfokuset kognitiv terapi	Absolutt forskjell (Intervensjon minus kontroll)		
Retur til arbeid ved 12 måneder	Intervensjon vs CBT: gjennomsnitt 27 dager (95 % KI -8,7 to 62,8)	-	-	Ingen forskjell mellom gruppene når det gjelder sykmeldingsdager	211 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2}

Symptomreduksjon: depresjon ved 12 måneder	MD 0,2, 95 % KI -0,2 til 0,5	-	-	Ingen forskjeller i depresjon mellom deltakerne i CBT sammenlignet med RTW intervensjonen	211 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹ ₂
Symptomreduksjon: angst ved 12 måneder	MD 0,2, 95 % KI -0,3 til 0,5	-	-	Ingen forskjeller i nivå av angst mellom deltakerne i CBT sammenlignet med RTW intervensjonen †	211 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹ ₂
Symptomreduksjon: stress ved 12 måneder	MD 0,2, 95 % KI -0,2 til 0,6	-	-	Ingen forskjeller i opplevd stress mellom deltakerne i CBT sammenlignet med RTW intervensjonen	211 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹ ₂
Symptomreduksjon: livskvalitet ved 12 måneder	MD 0,2, 95 % KI -0,2 til 0,6	-	-	Ingen forskjeller i livskvalitet mellom deltakerne i CBT sammenlignet med RTW intervensjonen ††	211 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹ ₂

CBT: Kognitiv terapi; KI: Konfidensintervall; RCT: Randomisert kontrollert studie; RTW: Retur til arbeid

† Hospital and Anxiety Rating Scale

†† Quality of Life Inventory

1. Nedgradert ett nivå pga. uklar rapportering om blinding av deltakere og personell

2. Nedgradert to nivåer for brede konfidensintervaller (upresise effektestimater)

Dokumentasjonen viser at når vi sammenligner arbeidsfokuseret kognitiv terapi med et annet aktivt tiltak for personer med psykiske lidelser, så er det *usikkert* om det er en forskjell i:

- retur til arbeid
- depresjon
- angst
- stress
- livskvalitet

Effekt av ekstra arbeidsrelatert dialogmøte

En studie sammenlignet effekten av et arbeidsrelatert dialogmøte i tillegg til arbeidsrettet kognitiv terapi med kun arbeidsrettet kognitiv terapi hos personer med psykiske lidelser (46). Begge gruppene fikk seks sesjoner med arbeidsrettet kognitiv terapi i løpet av fire uker, og intervensjonsgruppen fikk i tillegg et 90 minutters dialogmøte. Det er ikke oppgitt hvor lang oppfølgingstiden var. Kontrollgruppen brukte kortere tid enn intervensjonsgruppen frem til full retur til arbeid, men denne forskjellen var ikke statistisk signifikant. Det var ingen signifikant forskjell mellom gruppene når det gjaldt tid til første retur til arbeid eller endring i psykiske symptomer målt med *Symptoms Checklist-90 items*. Resultatene er oppsummert i tabell 11.

Tabell 11. Oppsummeringstabell: Effekt av ekstra arbeidsrelatert dialogmøte versus annet tiltak på retur til arbeid og kognitiv funksjon

Sammenligning: ekstra arbeidsrelatert dialogmøte vs. annet tiltak				
Kontekst: Nederland				
Intervensjon: ekstra arbeidsrelatert dialogmøte				
Kontroll: annet tiltak				
Populasjon: voksne i arbeid, sykemeldt, psykiske lidelser				
Utfall	Relativ effekt (95 % KI)	Forventet absolutt effekt* (95 % KI)	Antall deltakere (studier)	

						Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)
		Forventet risiko med annet tiltak	Forventet risiko med ekstra arbeidsrelatert dialogmøte	Absolutt forskjell (Intervensjon minus kontroll)		
Retur til arbeid: dager til første RTW	MD -2,02 95 % KI -28,2 til 24,2	-	-	Ingen forskjell mellom gruppene	60 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹ ₂
Retur til arbeid: full RTW	MD 48 95 % KI -2,9 til 100,8	-	-	Ingen forskjell mellom gruppene	60 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹ ₂
Kognitiv funksjon	MD -3,2 95 % KI -27,8 til 21,3	-	-	Ingen forskjell mellom gruppene	60 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹ ₂

KI: Konfidensintervall; MD: Gjennomsnittlige forskjeller; RCT: Randomisert kontrollert studie; RTW: Retur til arbeid

† Symptom Checklist-90

1. Nedgradert to nivåer for mangelfull rapportering av prosedyrer for randomisering, allokering, blinding av deltakere og personell og utfallsmål, frafall, selektiv rapportering og andre forhold som kan gi skjevheter.

2. Nedgradert ett nivå for lite utvalg og brede konfidens intervaller (upresise effektestimater).

Dokumentasjonen viser at når vi sammenligner ekstra arbeidsrelatert dialogmøte med annet tiltak for personer med psykiske lidelser, så er det *usikkert* om det er forskjell i:

- retur til arbeid
- kognitiv funksjon

Effekt av ekstra ergoterapi

Én studie undersøkte effekten av ergoterapi i tillegg til vanlig psykiatrisk behandling sammenlignet med kun vanlig psykiatrisk behandling hos personer sykmeldt med depresjon (47). Intervensjonsgruppen fikk i gjennomsnitt 18 møter med ergoterapeut, med omtrent halvparten som individuelle møter og halvparten som en del av en gruppe. Oppfølgingen varte i 18 måneder. Resultatene viste at intervensjonsgruppen oppnådde raskere delvis retur til arbeid enn kontrollgruppen, men denne forskjellen var ikke signifikant. Det var ingen forskjell mellom gruppene når det gjaldt tid til full retur til arbeid. For depresjonssymptomer var det en forskjell i favør av intervensjonsgruppen, men det var ingen forskjell mellom gruppene når det gjaldt fysisk funksjon. Resultatene er presentert i tabell nedenfor (tabell 12).

Tabell 12. Oppsummeringstabell: Effekt av ekstra ergoterapi versus annet tiltak på ulike utfall

Sammenligning: ekstra ergoterapi versus annet tiltak						
Kontekst: Nederland						
Intervensjon: ekstra ergoterapi						
Kontroll: annet tiltak						
Populasjon: voksne i arbeid, både full og delvis sykmelding, psykiske lidelser						
Utfall	Relativ effekt (95 % KI)	Forventet absolutt effekt [†] (95 % KI)			Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)
		Forventet risiko med annet tiltak	Forventet risiko med ekstra ergoterapi	Absolutt forskjell (Intervensjon minus kontroll)		

Retur til arbeid ved 18 måneder: delvis RTW	HR 0,72 95 % KI 0,44 til 1,11	-	-	Ingen forskjell mellom gruppene	117 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2}
Retur til arbeid ved 18 måneder: full RWT	HR 0,93; 95 % KI 0,57 til 1,53	-	-	Ingen forskjell mellom gruppene	117 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2}
Mestringstro ved 18 måneder	justert forskjell -0,2, 95 % KI -2,2 til 1,8	-	-	Ingen forskjell mellom gruppene i mestringstro [†]	117 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2}
Symptomreduksjon: depresjon ved 18 måneder	justert forskjell -2,8, 95 % KI -5,5 til -0,2	-	-	Intervensjonsgruppen hadde bedre reduksjon av depresjon sammenlignet med kontrollgruppen ^{††}	117 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,3}
Fysisk funksjon ved 18 måneder	justert forskjell -5,2, 95 % KI -12,8 til 2,3	-	-	Ingen forskjell mellom gruppene i fysisk funksjon ^{†††}	117 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2}

KI: Konfidensintervall; HR: Hazard ratio; RCT: Randomisert kontrollert studie; RTW: Retur til arbeid

[†] Expectations regarding work resumption

^{††} Hamilton Rating Scale for Depression

^{†††} Medical Outcomes Study-Short Form

1. Nedgradert to nivåer for uklar rapportering om blinding av deltakere og personell
2. Nedgradert to nivåer for lite utvalg og brede konfidens intervaller (upresise effektestimater)
3. Nedgradert ett nivå for lite utvalg

Dokumentasjonen viser at når vi sammenligner ekstra ergoterapi med annet tiltak for personer med psykiske lidelser, så er det *usikkert* om det er forskjell i:

- retur til arbeid
- mestringstro
- depresjon
- fysisk funksjon

Effekt av stressreducerende tiltak

Én studie (Netterstrøm 2013) undersøkte effekten av stressreducerende tiltak sammenlignet med to ulike kontrollgrupper, én som fikk vanlig praksis med behandling hos psykolog og én med personer på venteliste (44). Intervensjonen bestod av både individuell behandling og et gruppebasert kurs i mindfulness med fokus på stressreduksjon. Oppfølgingen varte i tre måneder. Resultatene viste at intervensjonsgruppen hadde signifikant bedre effekt enn kontrollgruppen på venteliste når det gjaldt retur til arbeid. I intervensjonsgruppen oppnådde 67 % retur til arbeid mot 36 % i gruppen som mottok vanlig praksis og 24 % i kontrollgruppen på venteliste. Intervensjonsgruppen hadde signifikant bedre effekt enn de som stod på venteliste når det gjaldt forbedring av depresjonssymptomer. Det var imidlertid ingen forskjell mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen som fikk vanlig praksis når det gjaldt forbedring av depresjonssymptomer. Resultatene er vist i tabell 13.

Tabell 13. Oppsummeringstabell: Effekt av stressreducerende tiltak versus vanlig praksis på retur til arbeid og symptomreduksjon

Sammenligning: stressreducerende tiltak versus vanlig praksis
Kontekst: Danmark
Intervensjon: stressreducerende tiltak

Kontroll: vanlig praksis, venteliste						
Populasjon: voksne i arbeid, både full og delvis sykmelding, psykiske lidelser						
Utfall	Relativ effekt (95 % KI)	Forventet absolutt effekt* (95 % KI)			Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)
		Forventet risiko med vanlig praksis, venteliste	Forventet risiko med stressreducerende tiltak	Absolutt forskjell (Intervensjon minus kontroll)		
Retur til arbeid ved 3 måneder	OR 8,1, 95 % KI 3,2–20,7	-	-	Intervensjonsgruppen hadde bedre tilbakeføring til full RTW sammenlignet med kontrollgruppen på venteliste	199 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹ ₂
Symptomreduksjon: depresjon ved 3 måneder	Cohen's <i>d</i> 0,50	-	-	Ingen forskjell mellom intervensjonsgruppen og vanlig praksis. Intervensjonsgruppen hadde forbedringer i depresjon sammenlignet med venteliste kontrollgruppen†	199 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹ ₂

KI: Konfidensintervall; RCT: Randomisert kontrollert studie; RTW: retur til arbeid, OR: Odds ratio

† Symptom Check List 92

1. Nedgradert to nivå for mangelfull rapportering av allokering og blinding av deltakere, personell og utfallsmål.

2. Nedgradert to nivåer for lite utvalg og brede konfidens intervaller (upresise effektestimater)

Dokumentasjonen viser at når vi sammenligner stressreducerende tiltak med vanlig praksis, så er det *usikkert* om det er forskjell i:

- raskere retur til arbeid
- bedring i psykiske symptomer

Effekt av ekstra arbeidsplasstiltak

Én studie (Skagseth 2019) sammenlignet effekten av en intervensjon som inkluderte rehabilitering og i tillegg et ekstra tiltak rettet spesifikt mot arbeidsplassen med en kontrollgruppe som kun mottok kun rehabilitering (56). Intervensjonen hadde en varighet på fire uker og oppfølgingstiden var tolv måneder. Studien målte ikke arbeidsmotivasjon, symptomreduksjon, funksjon, mestringstro eller kostnadseffektivitet. Studien rapporterte at det ikke var noen signifikante forskjeller i retur til arbeid mellom gruppene. Når det gjaldt vedvarende retur til arbeid var det en ikke-signifikant forskjell, 42 % i tiltaksgruppen og 52 % i kontrollgruppen (tabell 14).

Tabell 14. Oppsummeringstabell: Effekt ekstra arbeidsplasstiltak versus annet tiltak på retur til arbeid

Sammenligning: ekstra arbeidsplasstiltak versus annet tiltak						
Kontekst: Norge						
Intervensjon: rehabiliteringstiltak og ekstra arbeidsplasstiltak						
Kontroll: rehabiliteringstiltak						
Populasjon: voksne i arbeid, både full og delvis sykmelding, både muskel- og skjelettproblemer og psykiske lidelser						
Utfall	Relativ effekt (95 % KI)	Forventet absolutt effekt* (95 % KI)			Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)
		Forventet risiko med rehabiliteringstiltak	Forventet risiko med ekstra arbeidsplasstiltak	Absolutt forskjell (Intervensjon minus kontroll)		

Retur til arbeid ved 12 måneder	HR 0,74, 95 % KI 0,48 til 1,16	52 av 100 personer	42 av 100 personer	Vedvarende RTW rate var 42 % i intervensjonsgruppen versus 52 % i kontrollgruppen.	175 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹ ₂
---------------------------------	--------------------------------	--------------------	--------------------	--	-----------------------	--

KI: Konfidensintervall; HR: Hazard ratio; RCT: Randomisert kontrollert studie; RTW: retur til arbeid

1. Nedgradert ett nivå for mangelfull rapportering av blinding av deltakere og personell

2. Nedgradert to nivåer for lite utvalg og brede konfidens intervall (upresise effektestimat).

Dokumentasjonen viser at når vi sammenligner ekstra arbeidsplasstiltak med annet tiltak for personer med muskel- og skjelett lidelser og psykiske lidelser, så er det *usikkert* om det er forskjell i:

- retur til arbeid

Effekt av arbeidsrelatert elektronisk helsetiltak

Én studie (Volker, 2015) sammenlignet effekten av et arbeidsrettet elektronisk helsetiltak med vanlig praksis. Intervensjonen bestod av 16 sesjoner, der varighet og tidspunkt varierte (51). Oppfølgingstiden var tolv måneder. Studien målte ikke arbeidsmotivasjon, funksjon, mestringstro eller kostnadseffektivitet. Det var en signifikant forskjell mellom gruppene når det gjelder median antall dager til første retur til arbeid, og for intervensjonsgruppen var det 50 mens for kontrollgruppen var det 77 dager. Det var ingen forskjeller i varighet til full retur til arbeid. Studien rapporterte heller ingen forskjeller mellom gruppene vedrørende depresjon (tabell 15).

Tabell 15. Oppsummeringstabell: Effekt av arbeidsrelatert elektronisk helsetiltak versus vanlig praksis på retur til arbeid og symptomreduksjon

Sammenligning: arbeidsrelatert elektronisk helsetiltak versus vanlig praksis						
Kontekst: Nederland						
Intervensjon: arbeidsrelatert elektronisk helsetiltak						
Kontroll: vanlig praksis						
Populasjon: voksne både i og utenfor arbeid, både full og delvis sykmelding, muskel- og skjelettproblemer og psykiske lidelser						
Utfall	Relativ effekt (95 % KI)	Forventet absolutt effekt* (95 % KI)			Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)
		Forventet risiko med vanlig praksis	Forventet risiko med arbeidsrelatert elektronisk helsetiltak	Absolutt forskjell (Intervensjon minus kontroll)		
Retur til arbeid ved 12 måneder: dager til første RTW	HR 1,39, 95 % KI 1,03 til 1,87	77 dager til første RTW	50 dager til første RTW	Intervensjonsgruppen kom tilbake til arbeid 27 dager fortere enn kontrollgruppen	131 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹ ₂
Retur til arbeid ved 12 måneder: dager til full RTW	-	Median 178 dager (IQR 72,0-243,3)	Median 131 dager (IQR 68,5-198)	Intervensjonsgruppen opplevde kortere tid til full RTW enn kontrollgruppen (forskjell i median 47 dager)	131 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹ ₂
Symptomreduksjon: depresjon ved 9 måneder	Ingen effektestimater rapportert.			Ingen forskjell mellom gruppene.	131 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹ ₃

IQR: interkvartilbredde; KI: Konfidensintervall; HR: Hazard ratio; RCT: Randomisert kontrollert studie; RTW: retur til arbeid

1. Nedgradert ett nivå for mangelfull blinding av deltakere og personell

2. Nedgradert to nivåer for lite utvalg (upresise effektestimater)

3. Nedgradert to nivåer for både lite utvalg og ukomplett rapportering av effekt data

Dokumentasjonen viser at når vi sammenligner arbeidsrelatert elektronisk helsetiltak med vanlig praksis for personer med muskel- og skjelett lidelser og psykiske lidelser, så er det *usikkert* om det er forskjell i:

- retur til arbeid
- depresjon

Effekt av problemløsning og håndteringsrettet tiltak

Én studie (Brouwers 2006) sammenlignet effekten på et tiltak med fokus på håndtering og problemløsning med vanlig praksis (52). Intervensjonen hadde en varighet på ti uker og oppfølgingstiden var 18 måneder. Studien målte ikke arbeidsmotivasjon, mestringstro eller kostnadseffektivitet. Studien målte ingen signifikante forskjeller mellom gruppen i full retur til arbeid ved oppfølginger inntil 18 måneder. Det ble heller ikke rapportert noen forskjeller mellom gruppene når det gjelder symptomreduksjon (depresjon), fysisk livskvalitet eller psykisk livskvalitet (tabell 16).

Tabell 16. Oppsummeringstabell: Effekt av problemløsning og håndteringsrettet tiltak versus vanlig praksis på ulike utfall

Sammenligning: problemløsning og håndteringsrettet tiltak versus vanlig praksis						
Kontekst: Nederland						
Intervensjon: problemløsning og håndteringsrettet tiltak						
Kontroll: vanlig praksis						
Populasjon: voksne i arbeid med psykiske lidelser						
Utfall	Relativ effekt (95 % KI)	Forventet absolutt effekt* (95 % KI)			Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)
		Forventet risiko med vanlig praksis	Forventet risiko med problemløsning og håndteringsrettet tiltak	Absolutt forskjell (Intervensjon minus kontroll)		
Retur til arbeid ved 3 måneder: full RTW	-	39 av 100 personer	37 av 100 personer	Ingen forskjell mellom gruppene i full RTW	194 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹ ₂
Retur til arbeid ved 6 måneder: full RTW	-	62 av 100 personer	58 av 100 personer	Ingen forskjell mellom gruppene i full RTW	194 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹ ₂
Retur til arbeid ved 18 måneder: full RTW	HR 1,04, 95 % KI 0,76 til 1,42	79 av 100 personer	85 av 100 personer	Ingen forskjell mellom gruppene i full RTW	194 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹ ₂
Symptomreduksjon: depresjon: 18 måneder	-	-	-	Ingen forskjell i depresjonsnivå mellom gruppene †	194 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹ ₂
Fysisk funksjon: 18 måneder	-	-	-	Ingen forskjell mellom gruppene i fysisk livskvalitet ††	194 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹ ₂
Kognitiv funksjon: 18 måneder	-	-	-	Ingen forskjell mellom gruppene i psykisk livskvalitet ††	194 deltakere (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹ ₂

KII: Konfidensintervall; RCT: Randomisert kontrollert studie; HR: Hazard ratio; RTW: retur til arbeid

† Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

†† 36-Item Short Form Survey (SF-36)

1. Nedgradert to nivåer for uklar rapportering om randomisering, mangel på blinding av deltakere og personell og begrensninger når det gjelder utfallsmål. I tillegg hadde studien metodiske svakheter når det gjelder håndtering av frafall.

2. Nedgradert ett nivå for lite utvalg (upresise effektestimater).

Dokumentasjonen viser at når vi sammenligner problemløsning og håndteringsrettet tiltak med vanlig praksis for personer med psykiske lidelser, så er det *usikkert* om det er forskjell i:

- retur til arbeid
- depresjon
- fysisk funksjon
- kognitiv funksjon

Oppsummering av trender blant primærstudiene

I tabell 17 presenterer vi en oppsummering av retningen til resultatene i studiene. Denne fremstillingen tar ikke hensyn til størrelse på en eventuell effekt eller tilliten til resultatene. Det er derfor en forenklet oppsummering for å kunne gi en grunnleggende oversikt over trendene blant studiene.

Tabell 17. Oppsummering av trender i primærstudiene (n=20)

Forfatter År	Sammenligning	Retur til arbeid	Symptom- reduksjon	Funksjon	Mestri- ngstro	Kostnads- effekt
Bültmann 2009 (37)	TR vs. vanlig praksis	+	Smerte +	Fysisk +		+
Lambeek 2010, 2010 (48;49)	TR vs. vanlig praksis	+	Smerte =	Fysisk +		+
Martin 2013 (41)	TR vs. vanlig praksis	-				
Meijer 2006 (50)	TR vs. vanlig praksis	=	Smerte = Helse- plager + Frykt for be- vegelse +	Fysisk +		=
Poulsen 2014/ Momsen 2016 (43;45)	TR vs. vanlig praksis	=				
Aasdahl 2018 (57)	TR vs. annet til- tak	=				

Brendbekken 2017 (53)	TR vs. annet tiltak	=				
Gismervik 2020 (54)	TR vs. annet tiltak	+	Smerte = Depresjon = Helse-relatert livskvalitet = Helseplager =			
Jensen 2011, 2012 (39;40)	TR vs. annet tiltak	=	Smerte = Frykt- og unngåelsesadferd = Livskvalitet =	Fysisk = Sosial = Kognitiv +		
Moll 2018 (42)	TR vs. annet tiltak	=	Smerte =	Fysisk =		
Myhre 2014 (55)	TR vs. annet tiltak	=				
Dalgaard 2017 (38)	AKT vs. vanlig praksis	+				
Lindell 2008 (58)	AKT vs. vanlig praksis	=				
Marhold 2001 (59)	AKT vs. vanlig praksis	+	Smerte = Depresjon =	Fysisk =		
Salomonsen 2017, 2020 (60;61)	AKT vs. annet tiltak	=	Depresjon = Livskvalitet =			
Brouwers 2006 (52)	Problemløsning og håndteringsrettet behandling vs. vanlig praksis	=	Depresjon =			
De Weerd 2016 (46)	AKT med ekstra arbeidsrelatert dialogmøte vs. AKT	=		Kognitiv =		

Hees 2013 (47)	Psykiatrisk behandling og ergoterapi vs. vanlig praksis	=	Depresjon +		=	
Netterstrøm 2013 (44)	Stressreduserende tiltak vs. vanlig praksis	+	Depresjon =			
Skagseth 2019 (56)	Tverrfaglig rehabilitering med ekstra arbeidsplass tiltak vs. annet tiltak	=				
Volker 2015 (51)	Elektronisk helsetiltak vs. vanlig praksis	+		Kognitiv =		

Forklaring: + positiv effekt (grønn); = ingen forskjell (gul); - negativ effekt (rød);
 AKT=Arbeidsfokustert kognitiv terapi; TR=Tverrfaglig rehabilitering
 *ingen studier undersøkte arbeidsmotivasjon

Beskrivelse av de systematiske oversiktene

I tillegg til primærstudier valgte vi å inkludere og kort beskrive relevante systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet.

Overordnet beskrivelse av de systematiske oversiktene

Vi inkluderte totalt 13 systematiske oversikter. Disse er publisert i årene 2012-2020. Antall inkluderte primærstudier i oversiktene varierte fra 0 til 36.

Oversiktens problemstilling og resultater

Formålet med de inkluderte systematiske oversiktene var noe ulikt, men alle undersøkte effekten av forskjellige tiltak rettet mot ulike arbeidsrelaterte utfallsmål. Deltakerne i oversiktene var sykmeldt grunnet ulike årsaker: alle lidelser (21;62;63), psykiske lidelser (64-67), muskel- og skjelett og psykiske lidelser (68;69), kroniske smerter (70), rygg smerter (22), traumer (71) og hjerneslag (72). De fleste oversiktene inkluderte sykmeldte arbeidstakere, men noen inkluderte i tillegg personer uten arbeidsforhold. Det var variasjon mellom oversiktene når det gjaldt hvilken type tiltak som var i fokus. Blant tiltakene som ble evaluert var det tiltak innen bedriftshelsetjenesten, medisinsk behandling, psykologiske tiltak og koordineringsprogram. Noen av oversiktene omhandlet imidlertid et bredt spekter av tiltak.

Ingen av de 13 systematiske oversiktene rapporterte en klar effekt av tiltakene. I tre av oversiktene viser noen av resultatene en mulig liten effekt for subgrupper eller delmål; alle evaluerer ulike psykologiske tiltak (62;64;69). De resterende oversiktene rapporterer at det er ingen eller uklar effekt for de samme tiltakene og populasjonene.

Mer detaljert beskrivelse av oversiktens mål og konklusjoner er angitt i avsnittene nedenfor og i vedlegg 4.

Beskrivelse av hver oversikt og resultater i oversiktene

Andersen 2019 (63)

Formålet med denne oversikten var å vurdere forskning om hvorvidt helse, miljø og sikkerhet (HMS) regler/lover og forskrifter på arbeidsplassen kunne forbedre arbeidsmiljøet i form av redusert antall personer med yrkesskader og dødsfall, muskel-skjellett lidelser, arbeidstakers misnøye, sykefravær og bivirkninger av eksponering for helseskadelige stoffer i arbeidsmiljøet. Forskerne inkluderte 50 studier. Denne oversikten indikerer at lovgivning kan redusere yrkesskader (16 studier) og øke andelen som følger HMS forskriftene (seks studier). Et vesentlig forskningshull ble identifisert med hensyn til effekten av HMS forskrifter som fokuserer på psykologiske lidelser og muskel-skjellett lidelser (to studier).

Arends 2012 (67)

Dette er en systematisk oversikt og metaanalyse med ni randomiserte kontrollerte studier. Hensikten med oversikten var å vurdere effekten av tiltak for å fasilitere retur til arbeid hos sykmeldte personer med tilpasningsforstyrrelser. De ni inkluderte studiene fokuserte på ti ulike psykologiske intervensjoner og en kombinert intervensjon. Fem av intervensjonene var basert på kognitiv terapi og de resterende fem var basert på problemløsningsterapi. Forfatterne konkluderte med at det ikke er dokumentasjon for at kognitiv terapi er mer effektivt enn standardbehandling på tid til delvis eller full retur til arbeid. Videre konkluderte de med at problemløsningsterapi var mer effektivt enn vanlig praksis på tid til delvis retur til arbeid, men ikke på full retur til arbeid.

Axén 2020 (64)

I denne systematiske oversikten ønsket forfatterne å evaluere effekt av ulike tiltak rettet mot sykefravær og symptomer for personer med psykiske lidelser eller i risiko for å utvikle psykiske lidelser. I alt 33 studier var inkludert, hvorav 18 var rettet mot sykmeldte, mens de resterende hadde et forebyggende fokus. Intervensjonene inneholdt mange behandlingsformer. Forfatterne utførte en narrativ analyse og konkluderte med at tiltak rettet mot problemløsning og arbeidsfokusert kognitiv terapi kunne ha effekt på snarlig retur til arbeid. Effekt på full retur til arbeid og langtidseffekter uteble eller forble uklart.

Brouns 2019 (72)

I denne systematiske oversikten hadde forskerne som målsetting å identifisere og evaluere effekten av intervensjoner som litteraturen oppgir at øker tilbake til arbeid etter ischemisk slag. Tiltakene omfattet 1) tre måneders behandling som omfattet nevropsykologisk tilbud i tillegg til møte med sosionom og fysioterapeut og ergoterapeut, 2) intravenøs trombolytisk behandling. Oversikten inkluderte to studier med henholdsvis 172 og 276 deltakere. Selv om tilbake til arbeid er anerkjent som et viktig individuelt og sosialt mål for personer som har overlevd ischemisk slag, er forfatternes viktigste funn en slående mangel på forskningsdata. På det nåværende tidspunkt er det ikke nok data til å kunne anbefale yrkesmessig tilbakeføring for denne populasjonen.

Cullen 2018 (68)

I denne systematiske oversikten undersøkte forskerne effekten av ulike tiltak på arbeidsevne og tiltak ved arbeidsplassen på retur til arbeid hos personer med psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser. Tiltakene inkluderte blant annet koordinering med arbeidsplass, gradert aktivitet og plan for retur til arbeid. Oversikten inkluderte 36 studier hvorav ti omhandlet personer med lidelser relatert til mental helse. Forfatterne utførte egne analyser på de ulike diagnosegruppene. Det var ikke rapportert hvor mange studier som inkluderte sykmeldte personer. Forfatterne brukte en «best evidence»-tilnærming for å sammenfatte resultatene. De konkluderte med at multikomponent-tiltak hadde en effekt i form av redusert varighet av fravær fra jobb og lavere kostnader for alle diagnosegruppene. De rapporterte også at tiltak basert på kognitiv terapi, som ikke samtidig har komponenter av arbeidsplasstilpasning eller koordineringstjenester, ikke var effektive for å oppnå retur til arbeid hos personer med psykiske lidelser.

Doki 2015 (65)

Forfatterne av denne systematiske oversikten inkluderte ti randomiserte kontrollerte studier hvor bedriftshelsetjenesten utførte tiltak for personer med psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser. Deltakerne i seks av studiene var sykmeldt, og i de resterende studiene var deltakerne ikke sykmeldt eller snarlig tilbake i arbeid. Alle tiltakene var basert på problemløsning for den sykmeldte eller arbeidsfokusert kognitiv terapi. Ved analyse av gruppen med 434 sykmeldte personer var det ingen signifikant forskjell på tiltaks- og kontrollgruppen.

Finnes 2019 (69)

Denne systematiske oversikten og metaanalysen inkluderte totalt 30 randomiserte kontrollerte studier. Forfatterne ønsket å evaluere effekten av psykologiske tiltak for å redusere sykefravær hos sykmeldte personer med psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser. I de inkluderte studiene ble det brukt tiltak som problemløsningsterapi, aksept og forpliktelsesterapi, og ulike former for kognitiv terapi. I 16 av de inkluderte studiene var deltakerne sykmeldt med psykiske lidelser og i tre av studiene var deltakerne sykmeldt med både psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser. Forfatterne konkluderte med at det var en liten, men signifikant effekt av psykologiske tiltak for å redusere sykefravær.

Hou 2017 (71)

Formålet var å vurdere effekten av arbeidstilpasset rehabiliteringsprogrammer for å øke tilbakekomst til arbeid for arbeidere med skader i øvre ekstremiteter. Forfatterne identifiserte ingen relevante studier.

Nigatu 2016 (66)

Dette er en systematisk oversikt og metaanalyse hvor 16 randomiserte kontrollerte studier var inkludert. Målet var å undersøke effekten av ulike intervensjoner med fokus på retur til arbeid hos personer med arbeidsfravær grunnet psykiske lidelser. Alle intervensjonene var basert på kognitiv terapi, men hadde ulikt innhold og form for implementering. Forfatterne konkluderte med at det ikke var evidens for at tiltakene hadde

bedre effekt enn kontrollene på andelen som returnerer til arbeid, men at lengde på sykmeldingen var kortere hos de i tiltaksgruppen.

Schaafsma 2013 (22)

Forfatterens formål var å vurdere effekten av fysisk tilpasset trening som del av en strategi for tilbake til arbeid ved å redusere tapt tid på arbeid og forbedre arbeidsstatus for arbeidere med ryggsmarter. Men effekten av tiltaket sammenlignet med standard behandling eller øvelser, er usikker. For arbeidere med akutte ryggsmarter har fysisk tilpasning muligens ingen effekt på varigheten av sykefravær (tre studier med 340 deltakere). Det er motstridende resultater for personer med subakutte ryggsmarter: muligens vil det å inkludere besøk på arbeidsplassen og gjennomføring av programmet på arbeidsplassen gjøre at programmet blir effektivt (tre studier med 395 deltakere). For arbeidere med kroniske ryggsmarter har fysisk tilpasning en liten effekt på å redusere varighet av sykefravær sammenlignet med standard behandling etter tolv måneders oppfølging (fem studier med 1093 deltakere).

Schandelmayer 2012 (62)

Forskerne gjennomførte en systematisk oversikt og metaanalyser av randomiserte kontrollerte studier som undersøkte effekten av koordinering av tilbake til arbeid sammenlignet med vanlig praksis for uførhet, tilbake til arbeid, funksjon, livskvalitet og fornøydhet blant ansatte som mottar lønnstilskudd. I alt var ni studier i 15 artikler inkludert. Resultatene antyder en liten, men muligens viktig fordel av koordinering av tilbake til arbeid. Oppfølging etter lang tid og kostnadseffekt av programmene vil kreve studier med lav risiko for systematiske skjevheter, som måler utfall på fortsatt arbeid og uførhet, herunder også uførepensjonering.

Vogel 2017 (21)

Dette er en systematisk oversikt og metaanalyse hvor forfatterne undersøkte effekten av koordineringsprogrammer med fokus på retur til arbeid hos sykmeldte arbeidstakere. Oversikten inkluderte 14 randomiserte kontrollerte studier, hvorav elleve fokuserte på muskel- og skjelettlidelser, to på psykiske lidelser og en studie som fokuserte på begge disse gruppene. Forfatterne konkluderte med at tverrfaglige koordineringsprogrammer ikke hadde bedre effekt enn vanlig praksis for noen av diagnosegruppene på utfallsmål relatert til arbeidsretur.

Wainwright 2019 (70)

For å undersøke betydningen av økt motstandskrav i arbeidsdeltakere blant personer med kronisk smerte, oppsummerte forfatterne effekten av eksisterende tiltak. Effekten av tiltak for motstandskraft og utholdenhet blant personer med kronisk smerte på å komme tilbake til arbeid er usikker, og ikke så hjelpsom som antatt. Av 24 studier fant fire at intensiv tverrfaglig behandling sammenlignet med vanlig praksis forbedret andelen, fire hadde motstridende resultater, mens 16 ikke viste bedring. I følge forskerne er arbeid med å bli enige om begreper og terminologi, samt hva som er tilbake til arbeid, også nødvendig.

Diskusjon

Hovedfunn

I denne oversikten skulle vi vurdere effekten av arbeidsrelaterte rehabiliteringstiltak for langtidssykmeldte og de som står i fare for å bli langtidssykmeldt. Vi fant og inkluderte mange relevante studier fra de siste 20 årene som belyste problemstillingen. Vi inkluderte 20 randomiserte kontrollerte studier. Studiene var fra henholdsvis Norge, Danmark, Sverige og Nederland, og hadde 5753 studiedeltakere. Vi inkluderte også 13 systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet for opplisting.

Retur til arbeid

Effektestimatene fra metaanalysene viste at det er ingen bedre effekt av tverrfaglig rehabiliteringstiltak på retur til arbeid enn sammenligningstiltakene (svært lav til middels tillit til effektestimatene). I studiene som ikke ble inkludert i metaanalysen der sammenligningen var vanlig praksis viste en studie en vesentlig forskjell i retur til arbeid i favør tiltaksgruppen (49), mens den andre studien rapporterte ingen forskjell mellom gruppene (45). På bakgrunn av disse resultatene kan vi ikke dokumentere at sykmeldte personer kommer raskere tilbake i arbeid ved hjelp av tverrfaglig rehabilitering.

For arbeidsfokusert kognitiv terapi rapporterte to av de fire studiene noe bedre effekt av tiltaket for personer med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser sammenlignet med vanlig praksis eller andre aktive tiltak. Vi fant at det er muligens liten eller ingen forskjell mellom tiltakene (svært lav til lav tillit til effektestimatene). Vi ekskluderte to relaterte studier, på bakgrunn av våre inklusjonskriterier, som undersøker arbeidsfokusert kognitiv terapi benyttet alene og i kombinasjon med annet tiltak (17;73). De to studiene rapporterer raskere retur til arbeid for intervensjonsgruppen for personer med psykiske lidelser.

Vi vurderte seks sammenligninger av tiltak som er undersøkt i kun én studie. For vårt primære utfall er det to av de seks studiene som indikerer at tiltaket har bedre effekt enn sammenligningen. Et stressreducerende tiltak sammenlignet med vanlig praksis og en gruppe på venteliste rapporterte gode resultater på retur til arbeid (svært lav tillit til effektestimatet) (44). Volker 2015 evaluerte et tiltak som innebærer en elektronisk modul over internett for å påvirke tankesettet til deltakerne vedrørende retur til arbeid

(51). Tiltaket førte til at deltakerne kom raskere tilbake i arbeid, men det var ingen forskjell på gruppene for retur til arbeid i full stilling (svært lav tillit til effektestimater). For de fire resterende studiene er det små forskjeller i favør både tiltaks- og kontrollgruppen (svært lav tillit til effektestimaterne), og vi kan ikke trekke klare konklusjoner om effekten på retur til arbeid for disse tiltakene (46;47;52;56). På bakgrunn av at tiltakene er evaluert av kun en studie og svært lav tillit til resultatene, er det lav sannsynlighet for at tiltakene vil gi den samme effekten ved nye forsøk.

Sekundære utfall

De sekundære utfallene i denne rapporten var mestringstro, arbeidsmotivasjon, symptomreduksjon, fysisk/sosial/kognitiv funksjon, og kostnadseffekt. Vi kunne ikke rapportere resultater for arbeidsmotivasjon siden ingen av de inkluderte studiene har evaluert dette utfallet.

Flere av de inkluderte studiene som sammenlignet tverrfaglig rehabilitering med vanlig praksis undersøkte effekt av tiltakene på symptomreduksjon i form av smerte, helseplager og frykt for bevegelse, samt fysisk funksjon og kostnadseffekt. Vi har svært lav tillit til effektestimaterne. Alle de tre studiene som evaluerte fysisk funksjon rapporterte bedre funksjon etter tolv måneder for deltakerne i intervensjonsgruppen (37;49;50). For smertenivå fant vi mer inkonsekvente resultater og ingen tydelig retning på effekten. En studie med 34 deltakere fant effekt på frykt for bevegelse, men vi kan ikke trekke noen slutninger basert på at det er kun en studie med få deltakere i hver gruppe.

For kostnadseffekt rapporterte to av tre studier at tiltaket var kostnadseffektivt sammenlignet med vanlig praksis (37;49). Kost-nyttens til tiltaket vil henge sammen med effekt på retur til arbeid (nyttens), og de studiene som ikke oppnår nevneverdig raskere retur til arbeid vil ha vanskeligheter med å være kostnadseffektive sammenlignet med vanlig praksis (50;74).

Når tverrfaglig rehabilitering sammenlignes med andre aktive tiltak er det usikkert om det er en liten eller ingen forskjell mellom gruppene som det fremkommer i tabell 7 (svært lav tillit). Dette fraværet av effekt kan henge sammen med at kontrollgruppene får ekstra behandling utover hva som er vanlig praksis i oppfølgingen av sykmeldte.

For arbeidsfokustert kognitiv terapi og de resterende seks sammenligningene fremkommer det ingen nevneverdig forskjell mellom intervensjons- og kontrollgruppene (svært lav tillit). Om dette fraværet av effekt har sammenheng med tiltakene, oppfølging i vanlig praksis, eller andre faktorer kan vi ikke si med sikkerhet.

Kvaliteten på forskningsresultatene

Risiko for skjevheter

Studiene ble vurdert for risiko for skjevheter. Nitten av studiene ble vurdert til å ha en overvekt av lav risiko for skjevhet, mens fem studier ble vurdert til å ha en overvekt av

uklar eller høy risiko for skjevhet. Det kritiske punktet var mangelfull blinding av deltakerne. Ingen av studiene ble vurdert å ha blindet deltakerne, noe som påvirker risikoen for skjevheter gjennomgående. Vi er kjent med utfordringer med blinding av deltakere ved forskning i dette fagfeltet, noe også andre systematiske oversikter rapporterer (21;75). Det vil likevel være slik at mangel på blinding, at studiedeltakerne kjenner til hvilket tiltak de får, kan føre til skjevheter i resultatene.

Tillit til dokumentasjonen

Vi brukte GRADE-verktøyet for å vurdere vår tillit til forskningsresultatene. Vi nedgraderte tilliten primært for upresise effektestimater og brede konfidensintervall og blinding av deltakerne. Dette innebærer at vi har svært lav til moderat tillit til at effektestimatene ligger nær den sanne effekten.

Styrker og svakheter

Det er en styrke at vi har benyttet en systematisk tilnærming og har redusert risiko for feil når to personer har jobbet uavhengig av hverandre i artikkelutvelging, dataekstraksjon og vurdering av systematiske skjevheter.

Til tross for et systematisk og bredt litteratursøk er det en mulighet for at vi ikke har fanget opp alle relevante studier, samt at det kan ha tilkommet flere studier etter at søket ble avsluttet. Det kan være studier, deriblant ikke-randomiserte studier, som innehar nyttig informasjon om problemstillingen, men som av ulike grunner har havnet utenfor våre inklusjonskriterier. Videre var en del av studiene for ulike til at vi kunne slå de sammen, og tilliten til resultatene ble svært lav for mindre enkeltstudier. Det var også heterogenitet blant flere av studiene som ble sammenstilt. En del studier hadde mangelfull rapportering, noe som gjorde at vi ikke kunne hente ut alle detaljer og resultater vi ønsket.

Vi inkluderte relevante systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet. Det er en mulig begrensning i rapporteringen da vi ikke har oppsummert resultatene fra oversiktene systematisk.

Hvor generaliserbare er resultatene?

I hvilken grad de inkluderte studienes resultater er overførbare til en norsk kontekst er påvirket av flere faktorer i studiene og deres kontekst. Til tross for at vi ikke hadde noen geografisk begrensning i søket etter relevante studier, inkludere vi studier fra antatt sammenlignbare land. Fire av de 20 inkluderte studiene er utført i Norge, og de resterende i Sverige, Danmark og Nederland. Tiltakene som blir utført i de fire norske studiene innebærer tverrfaglig rehabilitering, mens det i de resterende studiene undersøkes flere andre variasjoner av tiltak. Til tross for at studiene evaluerer tverrfaglig rehabilitering, er det flere forskjeller ved tiltakene som gjør at de kan ha ulike komponenter som bidrar til en eventuell effekt på retur til arbeid.

Sverige, Danmark og Nederland kan i utgangspunktet antas å være sammenlignbare med Norge, men kan det være essensielle forskjeller når det gjelder praksis, lover og regler innenfor sykelønnsordningen. De respektive land og forskere kan ha ulike grunnlag for definisjon av arbeidsrettet rehabilitering og kravene som stilles til tverrfaglig rehabilitering.

I tråd med rammeverket TRANSFER (35) forhåndsbestemte vi viktige faktorer (beskrevet i metodekapitlet) i samråd med fagekspertter og oppdragsgiver. Det er mange likheter mellom de inkluderte landene, men også noen ulikheter som kan påvirke effekten på utfallsmålet retur til arbeid. Detaljer vedrørende sykelønnsordningen i Norge er presentert i innledningen. Vi utførte ingen subgruppeanalyser – derfor kunne vi ikke presentere effektestimater for studier basert på ulik kontekst -- men vi vurderte overførbareheten basert på de forhåndsbaserte faktorene.

Lengde på sykelønnsutbetaling er 52 uker i både Sverige og Danmark, mens det i Nederland kan utbetales i 104 uker (3). Dekningsgraden av sykelønnsutbetalingen i Sverige er på 80 %, i Danmark har omtrent 65 % krav på full lønn under sykdom, og i Nederland er det minimum 75 %. Mange arbeidstagere har avtaler om ekstra kompensasjon gjennom arbeidsgiver og forsikringsselskaper (3). I Danmark er inntrykket at relativt mange mister jobben ved langvarig sykdom, mens i Nederland er det mulig å miste jobben på bakgrunn av at arbeidstagerens helse ikke tåler belastningen stillingen krever. I Sverige er det som i Norge, at sykdom ikke er gyldig grunn til oppsigelse. Utformingen av tjenestesystemet skiller seg ut i Nederland, hvor det er en egen sosialforsikringslege som administrerer sykmelding, utformer tilpasninger i arbeidet og eventuelle tiltak (3).

Dette er viktige faktorer som potensielt kan påvirke sykefraværsløpet til deltakerne i studiene, og igjen påvirke resultatene. Resultatene på tvers av studiene fra de ulike landene skiller seg imidlertid ikke fra hverandre, da effekten av tiltakene varierer uavhengig av kontekst. Vi antar derfor at hovedtrekkene i denne systematiske oversikten er overførbare til den norske konteksten.

Overenstemmelse med andre oversikter

I denne oversikten inkluderte vi 13 systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet publisert mellom 2012 og 2020. Disse gjenspeiler i stor grad funnene i vår oversikt hvor konsise effekter av arbeidsrelaterte tiltak uteblir. En av de inkluderte oversiktene, utgitt av Cochrane, undersøkte effekten av ulike koordineringsprogrammer med fokus på arbeid som blant annet innebar tverrfaglig rehabilitering (21). Denne oversikten rapporterte ingen vesentlige forskjeller mellom tiltakene og vanlig praksis for arbeidsrelaterte utfall. Disse resultatene er ikke unike historisk sett. En systematisk oversikt fra 2005 undersøkte effekten av arbeidsrelaterte tiltak for personer med uspesifikke kroniske muskel- og skjelettlidelser. Forskerne inkluderte 18 randomiserte og ikke-randomiserte kontrollerte studier (76). De rapporterte stor heterogenitet blant de inkluderte studiene og påpekte behovet for å identifisere hvilke komponenter i tiltakene som kunne gi effekt på retur til arbeid. Oversikten fra 2005 hadde overlapp på kun én

studie med vår oversikt, vi har dermed dekket kunnskapsgrunnlaget for 30 år med lignende resultater.

Resultatenes betydning for praksis

Resultatene i denne systematiske oversikten gir et bilde av evaluerte behandlingstiltak som kan benyttes for å hjelpe sykmeldte personer tilbake i arbeid. Det ser ikke ut til å være av betydning for sykmeldte om de blir fulgt opp med arbeidsrettede tiltak, andre helsetiltak, eller det som er vanlig praksis i dag. Vi har ikke funnet sammenligninger hvor deltagerne ikke får oppfølging i det hele tatt, da alle har blitt fulgt opp med det som er vanlig praksis eller ytterligere tiltak. Hvorvidt våre funn gjenspeiler at helsetiltak eller vanlig praksis for oppfølging av sykmeldte er effektive virkemidler for retur til arbeid sammenlignet med ingen oppfølging, er ikke besvart av oss. Det er flere studier som rapporterer en viss effekt på retur til arbeid sammenlignet med vanlig praksis og andre tiltak, og disse resultatene kan brukes videre til å identifisere nyttige komponenter i arbeidsrettet rehabilitering. Det var stor heterogenitet blant studiene vedrørende sykmeldingslengde, og som beskrevet i kapittelet om sykefravær i Norge kan dette ha stor betydning på raten for retur til arbeid. Vi kan ikke utelukke at forskjellige tiltak kan ha ulik effekt i forskjellige faser i sykmeldingen. Det er opp til beslutningstagere å vurdere om resultatene kan brukes som beslutningsstøtte for oppfølging av sykmeldte personer med arbeidsrettede tiltak med en aktiv helsekomponent.

Kunnskapshull

Resultatene fra denne oversikten og tidligere utførte oversikter viser at det fremdeles er mangel på arbeidsrettede tiltak som er mer effektive enn de eksisterende tiltakene for oppfølging av sykmeldte. Til tross for at det er utført mye forskning over lengre tid fortsetter forskningen å presentere varierende resultater. På bakgrunn av dette er det fremdeles et behov for å utvikle og evaluere både eksisterende og nye oppfølgingstiltak for sykmeldte.

Det fremkommer i både tidligere oversikter og denne oversikten at det er generell lav tillit til resultatene. Derfor er det relevant å forsøke å utvikle og gjennomføre forskningsstudier som kan redusere risiko for skjevheter, ha mange nok deltakere, og ha tilfredsstillende rapportering av metode og resultater. I så fall vil vi kunne bedre tilliten til resultatene og stole på at det er den virkelige effekten av tiltakene som blir rapportert. Resultatene i denne oversikten vil kunne stimulere til videre forskning for å optimalisere oppfølgingen av sykemeldte.

Konklusjon

I denne oversikten vurderte vi effekten av arbeidsrettede tiltak på retur til arbeid for personer som er langtidssykmeldt eller som står i fare for å bli langtidssykmeldt. Det ser ikke ut til å være noen forskjell på arbeidsrettede rehabiliteringstiltak og andre aktive tiltak eller vanlig praksis i effekt på retur til arbeid. Vi har svært lav til middels tillit til resultatene, noe som tilsier at fremtidig godt utviklet og gjennomført forskning kan endre konklusjonen.

Ingen av de evaluerte tiltakene viste negative effekter på retur til arbeid. De inkluderte tiltakenes effekt på symptomreduksjon, mestringstro og fysisk-, sosial-, og kognitiv funksjon rapporteres å være bedre eller den samme som andre aktive tiltak eller vanlig praksis.

Vår systematiske oversikt rapporterer ikke nye funn sammenlignet med tidligere utførte systematiske oversikter, og konklusjonen sammenfaller med tidligere kunnskapsoppsummeringer.

Referanser

1. Tingulstad A, Meneses-Echavez J, Evensen LH, Johansen TB. Arbeidsrettede rehabiliteringstiltak ved langtidssykmelding hos personer med psykiske lidelser: en hurtigoversikt [Work-related interventions for people on longterm sick leave due to common mental disorders: a rapid review]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2020.
2. IA-avtalen. Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv. Et arbeidsliv med plass for alle. 1. januar 2019 – 31. desember 2022. 2018. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende_arbeidsliv/ia-avtalen-20192022/ia-avtalen-20192022/id2623741/
3. PROBA. Internasjonal sammenligning av sykefravær. Rapport 2014 - 03. Proba samfunnsanalyse. Tilgjengelig fra: <https://proba.no/rapport/internasjonal-sammenligning-av-sykefravaeret/>
4. Faggruppen for IA-avtalen. Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk. Rapport 2018. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/malene-om-et-mer-inkluderende-arbeidsliv--status-og-utviklingstrekk-rapport-2018/id2606323/>
5. Sundell T. Utviklingen i sykefraværet 4. kvartal 2019 [Notat]. Oslo: Arbeids- og velferdsetaten; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravar/sykefravar-statistikknoter>
6. Faggruppen for IA-avtalen. Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk. Rapport 2019. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/asd/dokumenter/2019/ia-rapport_2019_uuweb.pdf
7. Nossen JP, Brage S. Forløpsanalyse av sykefravær: Når blir folk friskmeldt? Arbeid og velferd 2016;(3):75-99.
8. Lysø N, Nossen JP. Frafall fra arbeidslivet etter langtidssykemelding. Arbeid og velferd 2019;(1):19-34.
9. Helsedirektoratet. Faglig veileder for sykmeldere. Kapittel 8 Sykmelders rolle i sykmeldingsperioden: Oppfølgingsplan, aktivitetskravet og dialogmøter [Nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 7. desember 2016; lest 22. januar 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sykmelderveileder>
10. NOU 2019:7. Arbeid og inntektssikring - Tiltak for økt sysselsetting. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-7/id2637967/>
11. Ose SO, Kaspersen SL, Kalseth K. Sykefraværsoppfølging i Danmark, Finland, Island, Nederland, Norge, Sverige og Tyskland. SINTEF; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.sintef.no/en/publications/publication/?pubid=CRISin+1644663>

12. Spasova S, Bouget D, Vanhercke B. Sick pay and sickness benefit schemes in the European Union. Background report for the Social Protection Committee's In-depth Review on sickness benefits (17 October 2016), European Social Policy Network (ESPN). Brussels: European Commission; 2016. Tilgjengelig fra: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/fc7a58b4-2599-11e7-ab65-01aa75ed71a1>
13. Tiltaksforskriften (2015). Forskrift om arbeidsmarkedstiltak (FOR-2015-12-11-1598). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-12-11-1598?q=tiltaksforskriften#shareModal>
14. Arbeids- og sosialdepartementet. Hvilke arbeidsmarkedstiltak finnes?[oppdatert 3. september 2020; lest 25. januar 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmarked-og-syssetting/innsikt/arbeidsmarkedstiltak/hvilke-arbeidsrettede-tiltak-finnes/id2076683/>
15. Stortinget. Statsbudsjettet 2021. Saldert budsjett vedtatt i Stortinget høsten 2020. Tilgjengelig fra: https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/budsjettsiden/blaabok_2021.pdf
16. Nøkleby H, Blaasvær N, Berg RC. Supported Employment for arbeidssøkere med bistandsbehov: en systematisk oversikt. [Supported Employment for people with disabilities: a systematic review] Rapport. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2017.
17. Reme SE, Grasdahl AL, Lovvik C, Lie SA, Overland S. Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial. *Occupational & Environmental Medicine* 2015;72(10):745-52.
18. Helsedirektoratet. Faglig veileder for sykmeldere. Kapittel 13 Tiltak og virkemidler for å forebygge og følge opp sykefravæ [Nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 19. september 2018; lest 25. januar 2021].
19. Arbeids- og velferdsetaten. Arbeidsrettet rehabilitering[oppdatert 1. desember 2019; lest 25. januar 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/person/arbeid/oppfolging-og-tiltak-for-a-komme-i-jobb/tiltak-for-a-komme-i-jobb/arbeidsrettet-rehabilitering>
20. Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering. Arbeidsrettet rehabilitering skal hjelpe folk med helseproblemer tilbake til arbeid[lest 25. januar 2021].
21. Vogel N, Schandelmaier S, Zumbrunn T, Ebrahim S, de Boer WE, Busse JW, et al. Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017;2017 (3) (no pagination)(CD011618).
22. Schaafsma F, Karyn W, Allard JvdB, Ludeke CvdEL, Anneli O, Jos HV. Physical conditioning as part of a return to work strategy to reduce sickness absence for workers with back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013;8(8):CD001822.
23. Folkehelseinstituttet. Slik oppsummerer vi forskning: Folkehelseinstituttet [lest]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/hva-er-en-kunnskapsoppsummering/>
24. CochraneCollaboration. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions[lest 05.01.2021]. Tilgjengelig fra: <https://training.cochrane.org/handbook/current>
25. Prosjektplan. Arbeidsrettede rehabiliteringstiltak ved langtidssykmelding - prosjektbeskrivelse: Folkehelseinstituttet [lest]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/cristin-prosjekter/avsluttet/arbeidsrettede-rehabiliteringstiltak-ved-langtidssykmelding/>
26. EPPI-Reviewer. [lest 16.12.2020]. Tilgjengelig fra: <http://eppi.ioe.ac.uk/cms/>

27. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ : British Medical Journal* 2014;348:g1687.
28. Revman5. Cochrane Review Manager[lest 18.12.2020]. Tilgjengelig fra: <https://training.cochrane.org/online-learning/core-software-cochrane-reviews/revman>
29. Vinberg E, Karlsson L, Møller B, Ursin G, Larsen I. Sosial ulikehet, innvandring og kreft. En rapport on kreftforekomst etter landbakgrunn, utdanning, inntekt og bosted. Kreftregisteret. 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Rapporter/special-issue/2018-special-issue/>
30. Folkehelseinstituttet. Sosiale helseforskjeller i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge[lest 06.01.2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>
31. Roche A, Kostadinov V, Fischer J, Nicholas R, O'Rourke K, Pidd K, et al. Addressing inequities in alcohol consumption and related harms. *Health Promot Int* 2015;30 Suppl 2:ii20-35.
32. Nossen JP. Kjønnforskjellen i sykefravær: Hvor mye er det mulig å forklare med registerdata? *Arbeid og velferd* 2019;(4). [lest 10.01.2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/kjonnforskjellen-i-sykefravaer-hvor-mye-er-det-mulig-a-forklare-med-registerdata>
33. Ose SO, Jiang L, Bungum B. Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og kvinners arbeidshelse. SINTEF, NTNU; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.sintef.no/prosjekter/det-kjonnssdelte-arbeidsmarkedet-og-kvinnens-arbeid/>
34. Campbell M, McKenzie JE, Sowden A, Katikireddi SV, Brennan SE, Ellis S, et al. Synthesis without meta-analysis (SWiM) in systematic reviews: reporting guideline. *BMJ* 2020;368:l6890.
35. Munthe-Kaas H, Nøkleby H, Lewin S, Glenton C. The TRANSFER Approach for assessing the transferability of systematic review findings. *BMC Medical Research Methodology* 2020;20(1):11.
36. GRADE. The Grading of Recommendations Assessment DaE. GRADE Working Group [lest 16. september 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.gradeworkinggroup.org/>
37. Bültmann U, Sherson D, Olsen J, Hansen CL, Lund T, Kilsgaard J. Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *Journal of occupational rehabilitation* 2009;19(1):81-93.
38. Dalgaard VL, Aschbacher K, Andersen JH, Glasscock DJ, Willert MV, Carstensen O, et al. Return to work after work-related stress: A randomized controlled trial of a work-focused cognitive behavioral intervention. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 2017;43(5):436-46.
39. Jensen C, Jensen OK, Christiansen DH, Nielsen CV. One-year follow-up in employees sick-listed because of low back pain: Randomized clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention. *Spine* 2011;36(15):1180-9.
40. Jensen C, Jensen OK, Nielsen CV. Sustainability of return to work in sick-listed employees with low-back pain. Two-year follow-up in a randomized clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2012;13 (no pagination)(156).
41. Martin MHT, Nielsen MBD, Madsen IEH, Petersen SMA, Lange T, Rugulies R. Effectiveness of a coordinated and tailored return-to-work intervention for sickness absence beneficiaries with mental health problems. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2013;23(4):621-30.

42. Moll LT, Jensen OK, Schiøttz-Christensen B, Stapelfeldt CM, Christiansen DH, Nielsen CV, et al. Return to Work in Employees on Sick Leave due to Neck or Shoulder Pain: A Randomized Clinical Trial Comparing Multidisciplinary and Brief Intervention with One-Year Register-Based Follow-Up. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2018;28(2):346-56.
43. Momsen AH, Stapelfeldt CM, Nielsen CV, Nielsen MB, Aust B, Rugulies R, et al. Effects of a randomized controlled intervention trial on return to work and health care utilization after long-term sickness absence. *BMC Public Health* 2016;16(1):1149.
44. Netterstrøm B, Friebel L, Ladegaard Y. Effects of a multidisciplinary stress treatment programme on patient return to work rate and symptom reduction: results from a randomised, wait-list controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics* 2013;82(3):177-86.
45. Poulsen OM, Aust B, Bjorner JB, Rugulies R, Hansen JV, Tverborgvik T, et al. Effect of the Danish return-to-work program on long-term sickness absence: Results from a randomized controlled trial in three municipalities. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 2014;40(1):47-56.
46. De Weerd BJ, Van Dijk MK, Van Der Linden JN, Roelen CAM, Verbraak MJPM. The effectiveness of a convergence dialogue meeting with the employer in promoting return to work as part of the cognitive-behavioural treatment of common mental disorders: A randomized controlled trial. *Work* 2016;54(3):647-55.
47. Hees HL, De Vries G, Koeter MWJ, Schene AH. Adjuvant occupational therapy improves long-term depression recovery and return-to-work in good health in sick-listed employees with major depression: Results of a randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine* 2013;70(4):252-60.
48. Lambeek LC, Bosmans JE, Van Royen BJ, Van Tulder MW, Van Mechelen W, Anema JR. Effect of integrated care for sick listed patients with chronic low back pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. *BMJ* 2010;341:c6414.
49. Lambeek LC, Van Mechelen W, Knol DL, Loisel P, Anema JR. Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. *BMJ (Online)* 2010;340(7749):750.
50. Meijer EM, Sluiter JK, Heyma A, Sadiraj K, Frings-Dresen MHW. Cost-effectiveness of multidisciplinary treatment in sick-listed patients with upper extremity musculoskeletal disorders: A randomized, controlled trial with one-year follow-up. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 2006;79(8):654-64.
51. 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. *Journal of Medical Internet Research* 2015;17(5):No Pagination Specified.
52. Brouwers EPM, Tiemens BG, Terluin B, Verhaak PFM. Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: a randomized controlled effectiveness trial. *General Hospital Psychiatry* 2006;28(3):223-9.
53. Brendbekken R, Eriksen HR, Grasdahl A, Harris A, Hagen EM, Tangen T. Return to Work in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: Multidisciplinary Intervention Versus Brief Intervention: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2017;27(1):82-91.
54. Gismervik SO, Aasdahl L, Vasseljen O, Fors EA, Rise MB, Johnsen R, et al. Inpatient multimodal occupational rehabilitation reduces sickness absence among individuals with musculoskeletal and common mental health disorders: a

- randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2020;05:05.
55. Myhre K, Marchand GH, Leivseth G, Keller A, Bautz-Holter E, Sandvik L, et al. The effect of work-focused rehabilitation among patients with neck and back pain: a randomized controlled trial. *Spine* 2014;39(24):1999-2006.
 56. Skagseth M, Fimland MS, Rise MB, Johnsen R, Borchgrevink PC, Aasdahl L. Effectiveness of adding a workplace intervention to an inpatient multimodal occupational rehabilitation program: A randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2019;13:13.
 57. Aasdahl L, Pape K, Vasseljen O, Johnsen R, Gismervik S, Halsteinli V, et al. Effect of Inpatient Multicomponent Occupational Rehabilitation Versus Less Comprehensive Outpatient Rehabilitation on Sickness Absence in Persons with Musculoskeletal- or Mental Health Disorders: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2018;28(1):170-9.
 58. Lindell O, Johansson SE, Strender LE. Subacute and chronic, non-specific back and neck pain: Cognitive- behavioural rehabilitation versus primary care. A randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2008;9 (no pagination)(172).
 59. Marhold C, Linton SJ, Melin L. A cognitive-behavioral return-to-work program: Effects on pain patients with a history of long-term versus short-term sick leave. *Pain* 2001;91(1-2):155-63.
 60. Salomonsson S, Santoft F, Lindsäter E, Ejeby K, Ljótsson B, Öst LG, et al. Cognitive-behavioural therapy and return-to-work intervention for patients on sick leave due to common mental disorders: a randomised controlled trial. *Occupational and environmental medicine* 2017;74(12):905-12.
 61. Salomonsson S, Santoft F, Lindsäter E, Ejeby K, Ingvar M, Ljótsson B, et al. Effects of cognitive behavioural therapy and return-to-work intervention for patients on sick leave due to stress-related disorders: Results from a randomized trial. *Scandinavian Journal of Psychology* 2020;61(2):281-9.
 62. Schandelmaier S, Ebrahim S, Burkhardt SCA, de Boer WEL, Zumbrunn T, Guyatt GH, et al. Return to Work Coordination Programmes for Work Disability: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *PLoS ONE* 2012;7 (11) (no pagination)(e49760).
 63. Andersen HL, Kiil A, Pejtersen JH. Litteraturoversigt over effektstudier af indsatser til at nedbringe sygefravær. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2019. Tilgængelig fra: <https://www.vive.dk/da/udgivelser/litteraturoversigt-over-effektstudier-af-indsatser-til-at-nedbringe-sygefravaer-13036/>
 64. Axen I, Bjork Bramberg E, Vaez M, Lundin A, Bergstrom G. Interventions for common mental disorders in the occupational health service: a systematic review with a narrative synthesis. *International Archives of Occupational & Environmental Health* 2020;03:03.
 65. 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. *International Archives of Occupational & Environmental Health* 2015;88(6):659-67.
 66. Nigatu YT, Liu Y, Uppal M, McKinney S, Rao S, Gillis K, et al. Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine* 2016;46(16):3263-74.
 67. Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-Gromen A, et al. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;12:CD006389.

68. Cullen KL, Irvin E, Collie A, Clay F, Gensby U, Jennings PA, et al. Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2018;28(1):1-15.
69. Finnes A, Enebrink P, Ghaderi A, Dahl JA, Nager A, Öst LG. Psychological treatments for return to work in individuals on sickness absence due to common mental disorders or musculoskeletal disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 2019;92(3):273-93.
70. Wainwright E, Wainwright D, Coghill N, Walsh J, Perry R. Resilience and return-to-work pain interventions: systematic review. *Occupational Medicine (Oxford)* 2019;69(3):163-76.
71. Hou WH, Chi CC, Lo HL, Chou YY, Kuo KN, Chuang HY. Vocational rehabilitation for enhancing return-to-work in workers with traumatic upper limb injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017;2017 (12) (no pagination)(CD010002).
72. Brouns R, Valenzuela Espinoza A, Goudman L, Moens M, Verlooy J. Interventions to promote work participation after ischaemic stroke: A systematic review. *Clinical Neurology and Neurosurgery* 2019;185 (no pagination)(105458).
73. Lagerveld SE, Blonk RWB, Brenninkmeijer V, de Meij LW, Schaufeli WB. Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: A comparative outcome study. *Journal of Occupational Health Psychology* 2012;17(2):220-34.
74. Brouwers EPM, Bruijne MCD, Terluin B, Tiemens BG, Verhaak PFM. Cost-effectiveness of an activating intervention by social workers for patients with minor mental disorders on sick leave: A randomized controlled trial. *European Journal of Public Health* 2007;17(2):214-20.
75. van Vilsteren M, van Oostrom SH, de Vet HC, Franche RL, Boot CR, Anema JR. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015;(10):CD006955.
76. Meijer EM, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. Evaluation of effective return-to-work treatment programs for sick-listed patients with non-specific musculoskeletal complaints: A systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 2005;78(7):523-32.

Vedlegg

Vedlegg 1: Søkestrategi

Database: Campbell Library, Social Welfare

Search date: 2020-05-04

https://campbellcollaboration.org/component/jak2filter/?Itemid=1352&is-search=1&isc=1&category_id=101&ordering=publishUp

Database: Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Protocols

Search date: 2020-05-04

IDSearchHits

#1((sick leave or sickness absence) NEAR/3 (duration or reduc* or decreas*)):ti,ab,kw493

#2MeSH descriptor: [Sick Leave] this term only546

#3((sick or medical) NEXT (leave or listed or listing))1708

#4((work or job) NEXT absence)129

#5((sickness or illness or sick or medical) NEAR/5 (absenteeism or absence)) or (long term sick or sick employee*)945

#6#2 or #3 OR #4 or #52494

#7MeSH descriptor: [Return to Work] this term only218

#8"return to work" OR "returns to work" OR "returned to work" OR "returning to Work"2300

#9rtw207

#10"work focused rehabilitation"4

#11"back to work"76

#12(workability or "work ability")471

#13((workplace* or work-site* or worksite* or job-site* or jobsite*) NEAR/3 (intervention or integration))683

#14re-employment22

#15"vocational rehabilitation"488

#16#7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #153676

#17#6 and #16699

#18#1 or #17 with Cochrane Library publication date Between Jan 2010 and Dec 2020, in Cochrane Protocols22

#19#1 or #17 with Cochrane Library publication date Between Jan 2000 and Dec 2020, in Trials850

Database: Cochrane Database of Systematic Reviews

Search date: 2020-05-04

IDSearchHits

#1sick leave:ti185

#2"return to work":ti285

#3((sick leave or sickness absence) NEAR/3 (duration or reduc* or decreas*)):ti,ab,kw493

#4#1 or #2 or #3843

#5MeSH descriptor: [Sick Leave] this term only546

#6((sick or medical) NEXT (leave or listed or listing)):ti,ab,kw1583

#7((work or job) NEXT absence):ti,ab,kw81

#8((sickness or illness or sick or medical) NEAR/5 (absenteeism or absence)) or (long term sick or sick employee*)):ti,ab,kw822

#9#5 or #6 OR #7 or #82256

#10MeSH descriptor: [Return to Work] this term only218

#11"return to work" OR "returns to work" OR "returned to work" OR "returning to Work":ab,kw1977

#12rtw:ab,kw190

#13"work focused rehabilitation":ti,ab,kw4

#14"back to work":ti,ab,kw67

#15(workability or "work ability"):ti,ab,kw438

#16((workplace* or work-site* or worksite* or job-site* or jobsite*) NEAR/3 (intervention or integration)):ti,ab,kw630

#17re-employment:ti,ab,kw17

#18"vocational rehabilitation":ti,ab,kw435

#19#10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #183266

#20#9 and #19583

#21#4 or #20 with Cochrane Library publication date Between Jan 2010 and Dec 2020, in Cochrane Reviews19

Database: Embase <1974 to 2020 May 01>

Search date: 2020-05-02

1 *medical leave/ (1938)

2 sick leave.ti. (1244)

3 *return to work/ (1610)

4 return to work.ti. (2546)

5 ((sick leave or sickness absence) adj3 (duration or reduc* or decreas*)).ti,ab,kw. (833)

6 or/1-5 (5746)

7 medical leave/ (6603)

8 ((sick or medical) adj (leave or listed or listing)).ti,ab,kw. (7232)

9 ((work or job) adj absence).ti,ab,kw. (545)

10 ((sickness or illness or sick or medical) adj5 (absenteeism or absence)).ti,ab,kw. or (long term sick or sick employee*).ti,ab,kw. (6933)

11 or/7-10 (15449)

12 return to work/ (6032)

13 vocational rehabilitation/ (8152)

14 return* to work.ab,kw. (11400)

15 rtw.ab. (1348)

16 work focused rehabilitation.ti,ab,kw. (9)

17 back to work.ti,ab,kw. (1087)

18 (workability or work ability).ti,ab,kw. (2865)

19 ((workplace* or work site* or worksite* or job site* or jobsite*) adj3 (intervention or integration)).ti,ab,kw. (1240)

20 re-employment.ti,ab,kw. (204)

- 21 vocational rehabilitation.ti,ab,kw. (3365)
- 22 or/12-21 (25865)
- 23 11 and 22 (2450)
- 24 6 or 23 (6937)
- 25 exp crossover procedure/ (62959)
- 26 exp double blind procedure/ (171908)
- 27 exp single blind procedure/ (38740)
- 28 exp clinical trial/ (1486789)
- 29 exp randomized controlled trial/ (601868)
- 30 (randomis* or randomiz* or randomly or trial or intervention? or effect? or impact? or multicenter or multi center or multicentre or multi centre or controlled or control group? or quasiexperiment* or quasi experiment* or double blind* or single blind* or assign* or allocat* or volunteer* or crossover or cross over).ti,ab. (10108981)
- 31 or/25-30 (10543506)
- 32 24 and 31 (3379)
- 33 limit 32 to yr="2000 -Current" (3122)
- 34 limit 24 to ("reviews (maximizes sensitivity)" and yr="2010 -Current") (2769)
- 35 33 or 34 (4168)
- 36 limit 35 to embase (1893)

Database: Epistemonikos

Search date: 2020-05-04

(title:(title:(title:(sick OR medical) AND (leave OR listing OR listed)) OR ((work OR job) AND absence) OR ((sickness OR illness OR sick OR medical) AND (absenteeism OR absence)) OR "long term sick" OR "sick employee" OR "sick employees") OR abstract:(title:(sick OR medical) AND (leave OR listing OR listed)) OR ((work OR job) AND absence) OR ((sickness OR illness OR sick OR medical) AND (absenteeism OR absence))) OR "long term sick" OR "sick employee" OR "sick employees") AND (title:(return to work" OR rtw OR "work focused rehabilitation" OR "back to work" OR workability OR "work ability" OR ((workplace* OR work-site* OR worksite* OR job-site* OR jobsite*) AND (intervention OR integration)) OR re-employment OR "vocational rehabilitation") OR abstract:(return to work" OR rtw OR "work focused rehabilitation" OR "back to work" OR workability OR "work ability" OR ((workplace* OR work-site* OR worksite* OR job-site* OR jobsite*) AND (intervention OR integration)) OR re-employment OR "vocational rehabilitation")) OR abstract:(title:(sick OR medical) AND (leave OR listing OR listed)) OR ((work OR job) AND) OR ((sickness OR illness OR sick OR medical) AND (absenteeism OR absence)) OR "long term sick" OR "sick employee" OR "sick employees") OR abstract:(title:(sick OR medical) AND (leave OR listing OR listed)) OR ((work OR job) AND absence) OR ((sickness OR illness OR sick OR medical) AND (absenteeism OR absence))) OR "long term sick" OR "sick employee" OR "sick employees") AND (title:(return to work" OR "returns to work" OR "returned to work" OR "returning to work" OR rtw OR "work focused rehabilitation" OR "back to work" OR workability OR "work ability" OR ((workplace* OR work-site* OR worksite* OR job-site* OR jobsite*) AND (intervention OR integration)) OR re-employment OR "vocational rehabilitation") OR abstract:(return to work" OR "returns to work" OR "returned to work" OR "returning to work" OR rtw OR "work focused rehabilitation" OR "back to work" OR workability OR "work ability" OR ((workplace* OR work-site* OR worksite* OR job-site* OR jobsite*) AND (intervention OR integration)) OR re-employment OR "vocational rehabilitation")))) (Limits: last 10 years) : 2 Broad synthesis, 3 Structured summaries, 82 systematic reviews

Database: Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions(R) <1946 to May 01, 2020>

Search date: 2020-05-02

- 1 *Sick Leave/ [hvp] (3320)

- 2 sick leave.ti. [hvp] (1120)
- 3 *Return to Work/ [hvp] (1635)
- 4 return to work.ti. [hvp] (2159)
- 5 ((sick leave or sickness absence) adj3 (duration or reduc* or decreas*)).ti,ab,kf. (654)
- 6 or/1-5 [hvp] (6548)
- 7 Sick Leave/ (5761)
- 8 ((sick or medical) adj (leave or listed or listing)).ti,ab,kf. (5699)
- 9 ((work or job) adj absence).ti,ab,kf. (392)
- 10 ((sickness or illness or sick or medical) adj5 (absenteeism or absence)).ti,ab,kf. or (long term sick or sick employee*).ti,ab,kf. (5505)
- 11 or/7-10 (12821)
- 12 Return to Work/ (2446)
- 13 Rehabilitation, Vocational/ (9392)
- 14 return* to work.ab,kf. (8671)
- 15 rtw.ab,kf. (1109)
- 16 work focused rehabilitation.ti,ab,kf. (6)
- 17 back to work.ti,ab,kf. (758)
- 18 (workability or work ability).ti,ab,kf. (2295)
- 19 ((workplace* or work site* or worksite* or job site* or jobsite*) adj3 (intervention or integration)).ti,ab,kf. (1047)
- 20 re-employment.ti,ab,kf. (185)
- 21 vocational rehabilitation.ti,ab,kf. (2443)
- 22 or/12-21 (22550)
- 23 11 and 22 (2205)
- 24 6 or 23 (7342)
- 25 (pretest-posttest study or pretesting or pre-post tests or quasi experimental design or quasi experimental study or quasi experimental study design).kw. or non-randomized controlled trials as topic/ or controlled before-after studies/ or randomized controlled trial.pt. or controlled clinical trial.pt. or multicenter study.pt. or pragmatic clinical trial.pt. or (randomis* or randomiz* or randomly).ti,ab. or groups.ab. or (trial or multicenter or multi center or multicentre or multi centre).ti. or (intervention? or effect? or impact? or controlled or control group? or (before adj5 after) or (pre adj5 post) or ((pretest or pre test) and (post-test or post test)) or quasiexperiment* or quasi experiment* or pseudo experiment* or pseudoexperiment* or evaluat*).ti,ab. (10583554)
- 26 24 and 25 (4176)
- 27 limit 26 to yr="2000 -Current" (3823)
- 28 "Systematic Review"/ or (meta-anal* or metaanal* or meta-regression* or overview of reviews or pubmed or medline or psycinfo).ti,ab. or ((systematic* or literature) adj3 (overview or review* or search*)).ti,ab. or meta-analysis.pt. or systematic review.kw. (637362)
- 29 24 and 28 (448)
- 30 limit 29 to yr="2010 -Current" (327)
- 31 27 or 30 (3879)

Database: APA PsycInfo <1806 to April Week 4 2020>

Search date: 2020-05-04

- 1 *Employee Leave Benefits/ (865)
- 2 sick leave.ti. (262)
- 3 *reemployment/ (1207)
- 4 return to work.ti. (712)
- 5 ((sick leave or sickness absence) adj3 (duration or reduc* or decreas*)).ti,ab. (140)
- 6 or/1-5 (2262)
- 7 Employee Leave Benefits/ (1098)

- 8 ((sick or medical) adj (leave or listed or listing)).ti,ab. (1547)
- 9 ((work or job) adj absence).ti,ab. (151)
- 10 ((sickness or illness or sick or medical) adj5 (absenteeism or absence)).ti,ab. or (long term sick or sick employee*).ti,ab,kf. (2039)
- 11 or/7-10 (3898)
- 12 reemployment/ (1439)
- 13 Vocational Rehabilitation/ (5956)
- 14 return* to work.ab. (2311)
- 15 rtw.ab. (461)
- 16 work focused rehabilitation.ti,ab. (2)
- 17 back to work.ti,ab. (243)
- 18 (workability or work ability).ti,ab. (747)
- 19 ((workplace* or work site* or worksite* or job site* or jobsite*) adj3 (intervention or integration)).ti,ab. (646)
- 20 re-employment.ti,ab. (178)
- 21 vocational rehabilitation.ti,ab. (3538)
- 22 or/12-21 (10929)
- 23 11 and 22 (664)
- 24 6 or 23 (2511)
- 25 control*.tw. (690520)
- 26 random:.tw. (199461)
- 27 exp treatment/ (1039169)
- 28 experimental design/ (11354)
- 29 between groups design/ (227)
- 30 quantitative methods/ (3286)
- 31 quasi experimental methods/ (205)
- 32 repeated measures/ (687)
- 33 ("0400" or "0451" or "1800" or "2000").md. (2490380)
- 34 (pre-post or "pre test\$" or pretest\$ or posttest\$ or "post test\$" or (pre adj5 post)).ti,ab. (57838)
- 35 ("quasi-experiment\$" or quasiexperiment\$ or "quasi random\$" or quasirandom\$ or "quasi control\$" or quasicontrol\$ or ((quasi\$ or experimental) adj3 (method\$ or study or trial or design\$ or controlled))).ti,ab,hw. (63217)
- 36 (effect or impact or trial or intervention).ti. (231563)
- 37 repeated measure*.ti,ab. (16776)
- 38 ((before adj5 after) or control group*).ti,ab. (133851)
- 39 or/25-38 (3274993)
- 40 24 and 39 (2258)
- 41 limit 40 to yr="2000 -Current" (2000)
- 42 limit 24 to ("reviews (maximizes sensitivity)" and yr="2010 -Current") (844)
- 43 41 or 42 (2032)

Database: Scopus

Search date: 2020-05-04

(TITLE-ABS-KEY (((sick OR medical) AND (leave OR listing OR listed)) OR ((work OR job) AND **absence**) OR ((sickness OR illness OR sick OR medical) AND (absenteeism OR absence)) OR "long term sick" OR "sick employee" OR "sick employees")) AND ((TITLE-ABS-KEY ("return to work" OR "returns to work" OR "returned to work" OR "returning to work" OR rtw OR "work focused rehabilitation" OR "back to work" OR workability OR "work ability" OR ((workplace* OR work-site* OR worksite* OR job-site* OR jobsite*) AND (intervention OR integration)) OR re-employment) OR TITLE-ABS-KEY ("vocational rehabilitation"))) AND (TITLE-ABS-KEY ((random OR controlled OR control-group OR pre-test* OR post-

test* OR pretest* OR posttest* OR experiment* OR quasiexperiment* OR quasirandom* OR quasicontrol* OR effect OR impact OR trial OR intervention OR (before AND after))) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2020) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2019) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2018) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2014) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2013) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2012) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2011) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2010) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2009) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2008) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2007) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2006) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2005) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2004) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2003) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2002) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2001) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2000)) 2496

(TITLE-ABS-KEY ((((sick OR medical) AND (leave OR listing OR listed)) OR ((work OR job) AND absence) OR ((sickness OR illness OR sick OR medical) AND (absenteeism OR absence)) OR "long term sick" OR "sick employee" OR "sick employees"))) AND ((TITLE-ABS-KEY ("return to work" OR "returns to work" OR "returned to work" OR "returning to work" OR rtw OR "work focused rehabilitation" OR "back to work" OR workability OR "work ability" OR ((workplace* OR work-site* OR worksite* OR job-site* OR jobsite*) AND (intervention OR integration)) OR re-employment) OR TITLE-ABS-KEY ("vocational rehabilitation"))) AND (meta-anal* OR metaanal* OR meta-regression* OR overview-of-reviews OR pubmed OR medline OR psycinfo OR ((systematic* OR literature) AND (overview OR review* OR search*)))) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2020) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2019) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2018) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2014) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2013) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2012) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2011) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2010)) : 1685

Database: Sociological Abstracts, Social services Abstracts (ProQuest)

Search date: 2020-05-04

((ti(((sick OR medical) AND (leave OR listing OR listed)) OR ((work OR job) AND absence) OR ((sickness OR illness OR sick OR medical) AND (absenteeism OR absence)) OR "long term sick" OR "sick employee" OR "sick employees") OR ab(((sick OR medical) AND (leave OR listing OR listed)) OR ((work OR job) AND absence) OR ((sickness OR illness OR sick OR medical) AND (absenteeism OR absence)) OR "long term sick" OR "sick employee" OR "sick employees")) AND (ti("return to work" OR "return to work" OR "returns to work" OR "returned to work" OR "returning to work" OR rtw OR "work focused rehabilitation" OR "back to work" OR workability OR "work ability" OR ((workplace* OR work-site* OR worksite* OR job-site* OR jobsite*) AND (intervention OR integration)) OR re-employment OR "vocational rehabilitation") OR ab("return to work" OR "returns to work" OR "returned to work" OR "returning to work" OR rtw OR "work focused rehabilitation" OR "back to work" OR workability OR "work ability" OR ((workplace* OR work-site* OR worksite* OR job-site* OR jobsite*) AND (intervention OR integration)) OR re-employment OR "vocational rehabilitation")) OR (ti("sick leave") OR ti("return to work"))Limits applied 2000-2020

Database: Google Scholar

Search date: 22.09.20

"sick leave" OR "work absence" OR "job absence", 2000-2020 : 200

Database: ORIA

Search date: 2020-06-11

sykmeld* OR sykemeld* OR langtidssyk* OR "arbeidsrettede tiltak", 2000-2020, avhandlinger : 141 ([Søkeresultat](#))

sykmeld* OR sykemeld* OR langtidssyk* OR "arbeidsrettede tiltak", 2000-2020, artikler : 405 ([Søkeresultat](#))

sykmeld* OR sykemeld* OR langtidssyk* OR "arbeidsrettede tiltak", 2000-2020, masteroppgaver : 97 ([Søkeresultat](#))

Database: Danbib

Search date: 2020-09-11

sygeorlov, 2000-2020 : 58 ([Søkeresultat](#))

langtidssygemelding, 2000-2020 : 4 ([Søkeresultat](#))

arbejdsorienterede foranstaltninger : 0

Database: LIBRIS

Search date: 2020-09-11

arbetsinriktade åtgärder, 2000-2020 : 0

långtidssjukskrivna, 2000-2020 : 138 ([Søkeresultat](#))

sjukskriven, 2000-2020 : 153 ([Søkeresultat](#))

Vedlegg 2: Ekskluderte studier

Etter å ha vurdert oversikter i fulltekst ekskluderte vi følgende 35 oversikter:

Studie	Begrunnelse
Ahola K, Toppinen-Tanner S, Seppanen J. Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout: Systematic review and meta-analysis. <i>Burnout Research</i> 2017;4:1-11.	Ikke tilfredsstillende populasjon
Alexander L, Cooper K. Vocational rehabilitation for emergency services personnel: a scoping review. <i>Journal of Systematic Reviews and Implementation Reports</i> 2019;18:18.	Ikke tilfredsstillende tiltak etter kriterier
Andersen JH, Malmros P, Ebbehøj NE, Flachs EM, Bengtson E, Bonde JP. Systematic literature review on the effects of occupational safety and health (OSH) interventions at the workplace. <i>Scandinavian Journal of Work, Environment and Health</i> 2019;45(2):103-13.	Ikke tilfredsstillende tiltak etter kriterier
Bilodeau K, Tremblay D, Durand MJ. Exploration of return-to-work interventions for breast cancer patients: a scoping review. <i>Supportive Care in Cancer</i> 2017;25(6):1993-2007.	Ikke tilfredsstillende design etter kriterier, ingen kvalitetsvurdering av inkluderte studier
Cochrane A, Higgins NM, FitzGerald O, Gallagher P, Ashton J, Corcoran O, Desmond D. Early interventions to promote work participation in people with regional musculoskeletal pain: a systematic review and meta-analysis. <i>Clin Rehabil.</i> 2017 Nov;31(11):1466-1481.	Ikke tilfredsstillende populasjon etter kriterier
de Boer AG, Taskila TK, Tamminga SJ, Feuerstein M, Frings-Dresen MH, Verbeek JH. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2015 Sep 25;2015(9):CD007569.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Dibben, P.J., Wood, G. and O'Hara, R. (2018) Do return to work interventions for workers with disabilities and health conditions achieve employment outcomes and are they cost effective? A systematic narrative review. <i>Employee Relations</i> , 40 (6). pp. 999-1014. ISSN 0142-5455	Ikke tilfredsstillende design og lite relevant tiltak
Edgelow M, Harrison L, Miceli M, Cramm H. Occupational therapy return to work interventions for persons with trauma and stress-related mental health conditions: A scoping review. <i>Work</i> . 2020;65(4):821-836.	Ikke tilfredsstillende design og lite relevant tiltak
Fong CJ, Murphy KM, Westbrook JD, Markle MM. Psychological interventions to facilitate employment outcomes for cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. <i>Research on Social Work Practice</i> 2018;28(1):84-98.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Furlan AD, Gnam WH, Carnide N, Irvin E, Amick BC, 3rd, DeRango K, et al. Systematic review of interven-	Ikke relevant tiltak etter kriterier

tion practices for depression in the workplace. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> 2012;22(3):312-21.	
Hegewald J, Wegewitz UE, Euler U, van Dijk JL, Adams J, Fishita A, et al. Interventions to support return to work for people with coronary heart disease. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2019;3:CD010748	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Khan F, Ng L, Turner-Stokes L. Effectiveness of vocational rehabilitation intervention on the return to work and employment of persons with multiple sclerosis. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2009;(1) (no pagination)(CD007256).	Ikke tilfredsstillende populasjon, for liten andel sykmeldte deltakere
Lamore K, Dubois T, Rothe U, Leonardi M, Girard I, Manuwald U, et al. Return to work interventions for cancer survivors: A systematic review and a methodological critique. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> 2019;16(8)(1343).	Ikke relevant tiltak og populasjon etter kriterier
Lefever M, Decuman S, Perl F, Braeckman L, Van de Velde D. The efficacy and efficiency of disability management in job-retention and job-reintegration. A systematic review. <i>Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation</i> 2018;59(4):501-34.	Ikke relevant tiltak og design etter kriterier
Mikkelsen MB, Rosholm M. Systematic review and meta-analysis of interventions aimed at enhancing return to work for sick-listed workers with common mental disorders, stress-related disorders, somatoform disorders and personality disorders. <i>Occupational and Environmental Medicine</i> 2018;75(9):675-86.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Molina R, Feliu J. The return to work of cancer survivors: the experience in Spain. <i>Work</i> 2013;46(4):417-22.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Myrhaug HT, Strøm V, Hafstad E, Kirkehei I, Reinart LM. The Effect of Hydrotherapy for Persons with Musculoskeletal Disorders [Internet]. Oslo, Norway: Knowledge Centre for the Health Services at The Norwegian Institute of Public Health (NIPH); 2015 May. Report from Norwegian Knowledge Centre for the Health Services (NOKC) No. 11-2015.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Nastasia I, Coutu MF, Tcaciuc R. Topics and trends in research on non-clinical interventions aimed at preventing prolonged work disability in workers compensated for work-related musculoskeletal disorders (WRMSDs): a systematic, comprehensive literature review. <i>Disabil Rehabil</i> 2014;36(22):1841-56.	Ikke tilfredsstillende design etter kriterier
Nazarov S, Manuwald U, Leonardi M, Silvaggi F, Focaud J, Lamore K, et al. Chronic Diseases and Employment: Which Interventions Support the Maintenance of Work and Return to Work among Workers with Chronic Illnesses? A Systematic Review. <i>International journal of environmental research and public health</i> 2019;16(10).	Ikke relevant tiltak etter kriterier

Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven AC, Bültmann U, Faber B. Interventions to improve return to work in depressed people. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2020;(10).	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Odeen M, Magnussen LH, Maeland S, Larun L, Eriksen HR, Tveito TH. Systematic review of active workplace interventions to reduce sickness absence. <i>Occupational Medicine (Oxford)</i> 2013;63(1):7-16.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
O'Brien L, Wallace S, Romero L. Effect of Psychosocial and Vocational Interventions on Return-to-Work Rates Post-Acute Myocardial Infarction: A SYSTEMATIC REVIEW. <i>Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention</i> 2018;38(4):215-23.	Ikke tilfredsstillende populasjon etter kriterier
Page KM, Tchernitskaia I. Use of motivational interviewing to improve return-to-work and work-related outcomes: A review. <i>Australian Journal of Rehabilitation Counselling</i> 2014;20(1):38-49.	Ikke tilstrekkelig design etter kriterier
Perski O, Grossi G, Perski A, Niemi M. A systematic review and meta-analysis of tertiary interventions in clinical burnout. <i>Scand J Psychol</i> 2017;58(6):551-61.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Pijpker R, Vaandrager L, Veen EJ, Koelen MA. Combined interventions to reduce burnout complaints and promote return to work: A systematic review of effectiveness and mediators of change. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> 2020;17 (1) (no pagination)(55).	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Robinson R, Okpo E, Mngoma N. Interventions for improving employment outcomes for workers with HIV. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2015;(5):CD010090.	Ikke relevant tiltak og populasjon etter kriterier
Salathé CR, Melloh M, Crawford R, Scherrer S, Boos N, Elfering A. Treatment Efficacy, Clinical Utility, and Cost-Effectiveness of Multidisciplinary Biopsychosocial Rehabilitation Treatments for Persistent Low Back Pain: A Systematic Review. <i>Global spine journal</i> 2018;8(8):872-86.	Ikke tilfredsstillende populasjon etter kriterier
Salomonsson S, Hedman-Lagerlöf E, Öst LG. Sickness absence: A systematic review and meta-analysis of psychological treatments for individuals on sick leave due to common mental disorders. <i>Psychol Med</i> 2018;48(12):1954-65.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Soegaard HJ. Variation in effect of intervention studies in research on sickness absence. <i>Open Access Journal of Clinical Trials</i> 2012;4:1-20.	Ikke relevant utfall etter kriterier
Streibelt M, Egner U. [A meta-analysis of the impact of sample, kind of outcome measurement and time of follow up on occupational re-integration after vocational retraining]. <i>Rehabilitation</i> 2012;51(6):398-404.	Ikke tilfredsstillende design etter kriterier
von Sydow K, Beher S, Schweitzer J, Retzlaff R. The efficacy of systemic therapy with adult patients: a meta-content analysis of 38 randomized controlled trials. <i>Fam Process</i> . 2010 Dec;49(4):457-85.	Ikke relevant tiltak etter kriterier

Tamminga SJ, De Boer AGEM, Verbeek JHAM, Frings- Ikke relevant tiltak etter kriterier
Dresen MHW. Return-to-work interventions inte-
grated into cancer care: A systematic review. Oc-
cupational and Environmental Medicine
2010;67(9):639-48.

White C, Green RA, Ferguson S, Anderson SL, Howe Ikke relevant tiltak etter kriterier
C, Sun J, et al. The Influence of Social Support and So-
cial Integration Factors on Return to Work Out-
comes for Individuals with Work-Related Injuries: A
Systematic Review. Journal of Occupational Rehabili-
tation 2019;29(3):636-59.

Aanesen F, Berg R, Løchting I, Tingulstad A, Eik H, Ikke tilfredsstillende design etter
Storheim K, et al. Motivational Interviewing and Re- kriterier
turn to Work for People with Musculoskeletal Disor-
ders: A Systematic Mapping Review. Journal of oc-
cupational rehabilitation 2020.

Aasdahl L, Fimland MS. Is there really a "golden Ikke tilfredsstillende design etter
hour" for work disability interventions? A narrative kriterier
review. Disabil Rehabil 2020;42(4):586-93.

Etter kvalitetsvurdering ekskluderte vi følgende 6 oversikter:

Studie

Carroll C, Rick J, Pilgrim H, Cameron J, Hillage J. Workplace involvement improves re-
turn to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: A system-
atic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. Disability and
Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal 2010;32(8):607-21.

Hegewald J, Wegewitz UE, Euler U, van Dijk JL, Adams J, Fishta A, et al. Interventions to
support return to work for people with coronary heart disease. Cochrane Database of
Systematic Reviews 2019;3:CD010748.

Hoefsmit N, Houkes I, Nijhuis FJN. Intervention characteristics that facilitate return to
work after sickness absence: A systematic literature review. Journal of Occupational
Rehabilitation 2012;22(4):462-77.

Munoz-Murillo A, Esteban E, Avila CC, Fheodoroff K, Haro JM, Leonardi M, et al. Further-
ing the evidence of the effectiveness of employment strategies for people with mental
disorders in europe: A systematic review. International Journal of Environmental Re-
search and Public Health 2018;15 (5) (no pagination)(838).

Oakman J, Keegel T, Kinsman N, Briggs AM. Persistent musculoskeletal pain and pro-
ductive employment; a systematic review of interventions. Occupational & Environ-
mental Medicine 2016;73(3):206-14.

Palmer KT, Harris EC, Linaker C, Barker M, Lawrence W, Cooper C, et al. Effectiveness of
community- and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related
sickness absence and job loss: a systematic review. Rheumatology (Oxford, England)
2012;51(2):230-42.

Etter å ha vurdert primærstudier i fulltekst ekskluderte vi følgende 121 studier:

Studie

Begrunnelse

Ahlstrom L, Hagberg M, Dellve L. Workplace rehabilitation and Ikke tilfredsstillende
supportive conditions at work: a prospective study. J Occup Reha- design etter kriterier
bil. 2013 Jun;23(2):248-60.

Andersen Å, Larsson K, Lytsy P, Berglund E, Kristiansson P, Anderzén I. Strengthened General Self-Efficacy with Multidisciplinary Vocational Rehabilitation in Women on Long-Term Sick Leave: a Randomised Controlled Trial. <i>Journal of occupational rehabilitation</i> 2018;28(4):691-700.	Ikke relevante utfallsmål etter kriterier
Anema JR, Steenstra IA, Bongers PM, De Vet HCW, Knol DL, Loisel P, et al. Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: Graded activity or workplace intervention or both? A randomized controlled trial. <i>Spine</i> 2007;32(3):291-8.	Ikke tilfredsstillende populasjon og for lite relevant tiltak
Arnetz BB, Sjögren B, Rydén B, Meisel R. Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism: a prospective controlled intervention study. <i>Journal of occupational and environmental medicine</i> 2003;45(5):499-506.	Ikke tilfredsstillende populasjon og for lite relevant tiltak
Arokoski JP, Juntunen M, Luikku J. Use of health-care services, work absenteeism, leisure-time physical activity, musculoskeletal symptoms and physical performance after vocationally oriented medical rehabilitation-description of the courses and a one-and-a-half-year follow-up study with farmers, loggers, police officers and hairdressers. <i>International Journal of Rehabilitation Research</i> 2002;25(2):119-31.	Ikke tilfredsstillende design etter kriterier
Aure OF, Nilsen JH, Vasseljen O. Manual therapy and exercise therapy in patients with chronic low back pain: A randomized, controlled trial with 1-year follow-up. <i>Spine</i> 2003;28(6):525-31.	Ikke relevant tiltak og utfall etter kriterier
Aybek S, Hubschmid M, Mossinger C, Berney A, Vingerhoets F. Early intervention for conversion disorder: Neurologists and psychiatrists working together. <i>Acta Neuropsychiatrica</i> 2013;25(1):52-6.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Badii M, Keen D, Yu S, Yassi A. Evaluation of a comprehensive integrated workplace-based program to reduce occupational musculoskeletal injury and its associated morbidity in a large hospital. <i>Journal of Occupational and Environmental Medicine</i> 2006;48(11):1159-65.	Ikke tilfredsstillende design og populasjon etter kriterier
Beaudreuil J, Kone H, Lasbleiz S, Vicaut T, Richette P, Cohen-Solal M, et al. Efficacy of a functional restoration program for chronic low back pain: Prospective 1-year study. <i>Joint Bone Spine</i> 2010;77(5):435-9.	Ikke tilfredsstillende design etter kriterier
Beiwinkel T, Eißing T, Telle NT, Siegmund-Schultze E, Rössler W. Effectiveness of a Web-Based Intervention in Reducing Depression and Sickness Absence: randomized Controlled Trial. <i>J Med Internet Res</i> 2017;19(6):e213.	Ikke tilfredsstillende populasjon, for liten andel sykmeldte
Berglund E, Anderzen I, Andersen A, Carlsson L, Gustavsson C, Wallman T, et al. Multidisciplinary intervention and acceptance and commitment therapy for return-to-work and increased employability among patients with mental illness and/or chronic pain: A randomized controlled trial. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> 2018;15 (11) (no pagination)(2424).	Ikke tilfredsstillende tiltak og populasjon etter kriterier
Bernacki EJ, Guidera JA, Schaefer JA, Tsai S. A facilitated early return to work program at a large urban medical center. <i>J Occup Environ Med</i> 2000;42(12):1172-7.	Ikke tilfredsstillende design etter kriterier
Bethge M, Herbold D, Trowitzsch L, Jacobi C. Work status and health-related quality of life following multimodal work hardening: a cluster randomised trial. <i>J Back Musculoskeletal Rehabil</i> 2011;24(3):161-72.	Ikke tilfredsstillende populasjon etter kriterier

Bethge M. [Work-Related Medical Rehabilitation]. Rehabilitation 2017;56(1):14-	Ikke tilfredsstillende design etter kriterier
Bitsch BL, Nielsen CV, Stapelfeldt CM, Lynggaard V. Effect of the patient education - Learning and Coping strategies - in cardiac rehabilitation on return to work at one year: a randomised controlled trial show (LC-REHAB). BMC Cardiovasc Disord. 2018 May 21;18(1):101.	Ikke relevant tiltak og ikke tilfredsstillende populasjon etter kriterier
Björkelund C, Svenningsson I, Hange D, Udo C, Petersson EL, Ariai N, Nejati S, Wessman C, Wikberg C, André M, Wallin L, Westman J. Clinical effectiveness of care managers in collaborative care for patients with depression in Swedish primary health care: a pragmatic cluster randomized controlled trial. BMC Fam Pract. 2018 Feb 9;19(1):28.	Ikke relevant tiltak og for liten andel av deltakerne var sykmeldt
Björneklett HG, Rosenblad A, Lindemalm C, Ojutkangas ML, Letocha H, Strang P, Bergkvist L. A randomized controlled trial of support group intervention after breast cancer treatment: results on sick leave, health care utilization and health economy. Acta Oncol. 2013 Jan;52(1):38-47.	Ikke tilfredsstillende populasjon etter kriterier, for liten andel av deltakerne var sykmeldt
Bogefeldt J, Grunnesjö MI, Svärdsudd K, Blomberg S. Sick leave reductions from a comprehensive manual therapy programme for low back pain: the Gotland Low Back Pain Study. Clin Rehabil. 2008 Jun;22(6):529-41.	Ikke tilfredsstillende populasjon etter kriterier og ikke relevant tiltak
Bonde JP, Rasmussen MS, Hjöllund H, Svendsen SW, Kolstad HA, Jensen LD, Wieclaw J. Occupational disorders and return to work: a randomized controlled study. J Rehabil Med. 2005 Jul;37(4):230-5.	Ikke relevant intervensjon etter kriterier
Bouwsma EVA, Bosmans JE, van Dongen JM, Brölmann HAM, Anema JR, Huirne JAF. Cost-effectiveness of an internet-based perioperative care programme to enhance postoperative recovery in gynaecological patients: economic evaluation alongside a stepped-wedge cluster-randomised trial. BMJ Open. 2018 Jan 21;8(1):e017782.	For liten andel av deltakerne var sykmeldt
Bouwsma EVA, Huirne JAF, van de Ven PM, Vonk Noordegraaf A, Schaafsma FG, Schraffordt Koops SE, van Kesteren PJM, Brölmann HAM, Anema JR. Effectiveness of an internet-based perioperative care programme to enhance postoperative recovery in gynaecological patients: cluster controlled trial with randomised stepped-wedge implementation. BMJ Open. 2018 Jan 30;8(1):e017781.	For liten andel av deltakerne var sykmeldt
Braathen TN, Veiersted KB, Heggens J. Improved work ability and return to work following vocational multidisciplinary rehabilitation of subjects on long-term sick leave. Journal of Rehabilitation Medicine 2007;39(6):493-9.	Ikke tilfredsstillende studiedesign etter kriterier
Brämberg EB, Bergström G, Jensen I, Hagberg J, Kwak L. Effects of yoga, strength training and advice on back pain: a randomized controlled trial. BMC Musculoskelet Disord. 2017 Mar 29;18(1):132.	Ikke tilfredsstillende populasjon etter kriterier og ikke relevant tiltak
Brouwers EP, de Bruijne MC, Terluin B, Tiemens BG, Verhaak PF. Cost-effectiveness of an activating intervention by social workers for patients with minor mental disorders on sick leave: a randomized controlled trial. Eur J Public Health. 2007 Apr;17(2):214-20.	Ikke tilfredsstillende utfall etter kriterier
Brusco NK, Watts JJ, Shields N, Chan SP, Taylor NF. Does additional acute phase inpatient rehabilitation help people return to work? A subgroup analysis from a randomized controlled trial. Clin Rehabil. 2014 Aug;28(8):754-761.	Ikke tilfredsstillende populasjon etter kriterier

	terier og ikke relevant tiltak etter kriterier
Bunketorp L, Lindh M, Carlsson J, Stener-Victorin E. The effectiveness of a supervised physical training model tailored to the individual needs of patients with whiplash-associated disorders--a randomized controlled trial. <i>Clin Rehabil.</i> 2006 Mar;20(3):201-17.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Carlsson L, Englund L, Hallqvist J, Wallman T. Early multidisciplinary assessment was associated with longer periods of sick leave: a randomized controlled trial in a primary health care centre. <i>Scand J Prim Health Care.</i> 2013 Sep;31(3):141-6.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Carrougher GJ, Brych SB, Pham TN, Mandell SP, Gibran NS. An Intervention Bundle to Facilitate Return to Work for Burn-Injured Workers: Report From a Burn Model System Investigation. <i>J Burn Care Res.</i> 2017 Jan/Feb;38(1):e70-e78.	Ikke relevant populasjon og tiltak etter kriterier
Dalgaard VL, Andersen LPS, Andersen JH, Willert MV, Carstensen O, Glasscock DJ. Work-focused cognitive behavioral intervention for psychological complaints in patients on sick leave due to work-related stress: Results from a randomized controlled trial. <i>J Negat Results Biomed.</i> 2017 Aug 22;16(1):13.	Ikke tilfredsstillende utfall etter kriterier
de Buck PD, le Cessie S, van den Hout WB, Peeters AJ, Ronday HK, Westedt ML, Breedveld FC, Vliet Vlieland TP. Randomized comparison of a multidisciplinary job-retention vocational rehabilitation program with usual outpatient care in patients with chronic arthritis at risk for job loss. <i>Arthritis Rheum.</i> 2005 Oct 15;53(5):682-90.	Ikke relevant populasjon etter kriterier
Durand MJ, Loisel P. Therapeutic Return to Work: Rehabilitation in the workplace. <i>Work.</i> 2001;17(1):57-63. PMID: 12441623.	Ikke relevant populasjon etter kriterier
Ejeby K, Savitskij R, Ost LG, Ekbohm A, Brandt L, Ramnerö J, Asberg M, Backlund LG. Symptom reduction due to psychosocial interventions is not accompanied by a reduction in sick leave: results from a randomized controlled trial in primary care. <i>Scand J Prim Health Care.</i> 2014 Jun;32(2):67-72.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Eklund M, Wästberg BA, Erlandsson LK. Work outcomes and their predictors in the Redesigning Daily Occupations (ReDO) rehabilitation programme for women with stress-related disorders. <i>Aust Occup Ther J.</i> 2013 Apr;60(2):85-92.	Ikke tilfredsstillende design etter kriterier
Eklund M, Erlandsson LK. Women's perceptions of everyday occupations: outcomes of the Redesigning Daily Occupations (ReDO) programme. <i>Scand J Occup Ther.</i> 2014 Sep;21(5):359-67.	Ikke tilfredsstillende design etter kriterier
Ektor-Andersen J, Ingvarsson E, Kullendorff M, Orbaek P. High cost-benefit of early team-based biomedical and cognitive-behaviour intervention for long-term pain-related sickness absence. <i>J Rehabil Med.</i> 2008 Jan;40(1):1-8.	Ikke tilfredsstillende populasjon
Elvsashagen H, Tellnes G, Abdelnoor MH. Does early intervention by a specialist in physical medicine and rehabilitation reduce the duration of long term sick leave among persons with musculoskeletal diseases? <i>Norsk Epidemiologi</i> 2009;19(2):219-22.	Ikke tilfredsstillende design etter kriterier
Eshøj P, Tarp U, Nielsen CV. Effect of early vocational intervention in a rheumatological outpatient clinic--a randomized study. <i>International journal of rehabilitation research Internationale Zeitschrift fur Rehabilitationsforschung Revue internationale de recherches de readaptation</i> 2001;24(4):291-7.	Ikke tilfredsstillende populasjon med for lite sykmelding

Faux SG, Kohler F, Mozer R, Klein LA, Courtenay S, D'Amours SK, et al. The ROARI project - Road Accident Acute Rehabilitation Initiative: a randomised clinical trial of two targeted early interventions for road-related trauma. <i>Clinical Rehabilitation</i> 2015;29(7):639-52.	
Finnes A, Enebrink P, Sampaio F, Sorjonen K, Dahl J, Ghaderi A, et al. Cost-Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and a Workplace Intervention for Employees on Sickness Absence due to Mental Disorders. <i>Journal of Occupational and Environmental Medicine</i> 2017;59(12):1211-20.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Finnes A, Ghaderi A, Dahl J, Nager A, Enebrink P. Randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy and a workplace intervention for sickness absence due to mental disorders. <i>J Occup Health Psychol.</i> 2019 Feb;24(1):198-212.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Font MS, Rodilla JMR, Van Zon S, Ortega JA, Bultmann U, Pujadas CS. Effectiveness of a multi-faceted intervention to prevent musculoskeletal pain in nurses and aides: results of a cluster-randomized controlled trial. <i>Occupational and environmental medicine</i> 2019;76:A65-	Ikke relevant populasjon og tiltak etter kriterier
Forsbrand MH, Turkiewicz A, Petersson IF, Sennehed CP, Stigmar K. Long-term effects on function, health-related quality of life and work ability after structured physiotherapy including a workplace intervention. A secondary analysis of a randomised controlled trial (WorkUp) in primary care for patients with neck and/or back pain. <i>Scandinavian Journal of Primary Health Care</i> 2020;38(1):92-100.	Ikke tilstrekkelig sykmelding hos deltakerne
Framke E, Sørensen OH, Pedersen J, Rugulies R. Effect of a participatory organizational-level occupational health intervention on short-term sickness absence: A cluster randomized controlled trial. <i>Scandinavian Journal of Work, Environment and Health</i> 2016;42(3):192-200.	Ikke tilstrekkelig sykmelding hos deltakerne
Gjengedal RGH, Reme SE, Osnes K, Lagerfeld SE, Blonk RWB, Sandin K, Berge T, Hjemdal O. Work-focused therapy for common mental disorders: A naturalistic study comparing an intervention group with a waitlist control group. <i>Work.</i> 2020;66(3):657-667.	Ikke tilfredsstillende studiedesign etter kriterier
Godges JJ, Anger MA, Zimmerman G, Delitto A. Effects of education on return-to-work status for people with fear-avoidance beliefs and acute low back pain. <i>Physical Therapy</i> 2008;88(2):231-9.	Ikke tilstrekkelig sykmelding hos deltakerne
Grahn P, Palsdottir AM, Ottosson J, Jonsdottir IH. Longer nature-based rehabilitation may contribute to a faster return to work in patients with reactions to severe stress and/or depression. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> 2017;14 (11)	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Gross DP, Park J, Rayani F, Norris CM, Esmail S. Motivational Interviewing Improves Sustainable Return to Work in Injured Workers After Rehabilitation: A Cluster Randomized Controlled Trial. <i>Archives of Physical Medicine and Rehabilitation</i> 2017;98(12):2355-63.	Ikke tilstrekkelig anvisning deltakere med sykmelding
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. <i>Journal of Rehabilitation Medicine</i> 2009;41(8):632-8.	Ikke relevant tiltak etter kriterier

Hagen EM, Eriksen HR, Ursin H. Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain? <i>Spine</i> 2000;25(15):1973-6.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Hagen EM, Grasdahl A, Eriksen HR. Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain: a 3-year follow-up study. <i>Spine (Phila Pa 1976)</i> . 2003 Oct 15;28(20):2309-15; discussion 2316.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Hagen EM. Does light mobilization treatment reduce long-term sick leave for low back pain? [Norwegian]. <i>Norsk Epidemiologi</i> 2006;16(2):137-44.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Hagen EM, Ødelien KH, Lie SA, Eriksen HR. Adding a physical exercise programme to brief intervention for low back pain patients did not increase return to work. <i>Scandinavian journal of public health</i> 2010;38(7):731-8.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Haldorsen EM, Grasdahl AL, Skouen JS, Risa AE, Kronholm K, Ursin H. Is there a right treatment for a particular patient group? Comparison of ordinary treatment, light multidisciplinary treatment, and extensive multidisciplinary treatment for long-term sick-listed employees with musculoskeletal pain. <i>Pain</i> . 2002 Jan;95(1-2):49-63.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Hampel P, Tlach L. Cognitive-behavioral management training of depressive symptoms among inpatient orthopedic patients with chronic low back pain and depressive symptoms: A 2-year longitudinal study. <i>Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation</i> 2015;28(1):49-60.	Ikke relevant tiltak og utfall etter kriterier
Hampel P, Köpnick A, Roch S. Psychological and work-related outcomes after inpatient multidisciplinary rehabilitation of chronic low back pain: a prospective randomized controlled trial. <i>BMC Psychol</i> 2019;7(1):6.	Ikke tilstrekkelig sykmelding hos deltakerne og lite relevant tiltak
Hange D, Ariai N, Kivi M, Eriksson MC, Nejati S, Petersson EL. The impact of internet-based cognitive behavior therapy on work ability in patients with depression - a randomized controlled study. <i>International journal of general medicine</i> 2017;10:151-9.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Hansen BB, Kirkeskov L, Begtrup LM, Boesen M, Bliddal H, Christensen R, et al. Early occupational intervention for people with low back pain in physically demanding jobs: A randomized clinical trial. <i>PLoS Med</i> 2019;16(8):e1002898.	Ikke tilstrekkelig sykmelding hos deltakerne
Hara KW, Bjørngaard JH, Brage S, Borchgrevink PC, Halsteinli V, Stiles TC, et al. Randomized Controlled Trial of Adding Telephone Follow-Up to an Occupational Rehabilitation Program to Increase Work Participation. <i>Journal of occupational rehabilitation</i> 2018;28(2):265-78.	Ikke tilfredsstillende populasjon etter kriterier
Hellström L, Bech P, Hjorthøj C, Nordentoft M, Lindschou J, Eplöv LF. Effect on return to work or education of individual placement and support modified for people with mood and anxiety disorders: Results of a randomised clinical trial. <i>Occupational and Environmental Medicine</i> 2017;74(10):717-25.	Ikke relevant tiltak og utfall etter kriterier
Hellström L, Madsen T, Nordentoft M, Bech P, Eplöv LF. Trajectories of Return to Work Among People on Sick Leave with Mood or Anxiety Disorders: secondary Analysis from a Randomized Controlled Trial. <i>Journal of occupational rehabilitation</i> 2018;28(4):666-77.	Ikke relevant tiltak og utfall etter kriterier

Heymans MW, Vet HCW, Bongers PM, Koes BW, van Mechelen W. Back schools in occupational health care: design of a randomized controlled trial and cost-effectiveness study. <i>Journal of manipulative and physiological therapeutics</i> 2004;27(7):457-65.	Ikke tilstrekkelig sykmelding hos deltakerne
Heymans MW, De Vet HCW, Bongers PM, Knol DL, Koes BW, Van Mechelen W. The effectiveness of high-intensity versus low-intensity back schools in an occupational setting: A pragmatic randomized controlled trial. <i>Spine</i> 2006;31(10):1075-82.	Ikke tilstrekkelig sykmelding hos deltakerne
Hlobil H, Staal JB, Twisk J, Köke A, Ariëns G, Smid T, et al. The effects of a graded activity intervention for low back pain in occupational health on sick leave, functional status and pain: 12-month results of a randomized controlled trial. <i>Journal of occupational rehabilitation</i> 2005;15(4):569-80.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Holzle P, Baumbach A, Mernyi L, Hamann J. Return to Work: A Psychoeducational Module - An Intervention Study. <i>Psychiatrische Praxis</i> 2018;45(6):299-306.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Hubbard G, Gray NM, Ayansina D, Evans JM, Kyle RG. Case management vocational rehabilitation for women with breast cancer after surgery: a feasibility study incorporating a pilot randomised controlled trial. <i>Trials [Electronic Resource]</i> 2013;14:175.	Ikke tilfredsstillende populasjon, for liten andel sykmeldte deltakere
Huichan-Munoz V, Justiniano-Cordero S, Solis-Hernandez JL, Rodriguez-Abrego G, Millan-Hernandez E, Rojano-Mejia D. [Return to work in patients with heart disease after cardiac rehabilitation]. <i>Rev</i> 2016;54(2):159-63.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Høgelund J, Falgaard Eplov L. Employment effects of a multidisciplinary health assessment for mentally ill persons – A quasi-randomised controlled trial. <i>Scandinavian Journal of Public Health</i> 2018;46(3):389-99.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Jensen C, Nielsen CV, Jensen OK, Petersen KD. Cost-effectiveness and cost-benefit analyses of a multidisciplinary intervention compared with a brief intervention to facilitate return to work in sick-listed patients with low back pain. <i>Spine (Phila Pa 1976)</i> . 2013 Jun 1;38(13):1059-67.	Ikke relevant utfall etter kriterier
Jørgensen MB, Faber A, Hansen JV, Holtermann A, Søgaard K. Effects on musculoskeletal pain, work ability and sickness absence in a 1-year randomised controlled trial among cleaners. <i>BMC public health</i> 2011;11:840.	Ikke tilfredsstillende populasjon, for liten andel sykmeldte deltakere
Karlson B, Jönsson P, Österberg K. Long-term stability of return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick leave for burnout. <i>BMC public health</i> 2014;14:821.	Ikke relevant tiltak og ikke tilfredsstillende design etter kriterier
Van Der Klink JJL, Blonk RWB, Schene AH, Van Dijk FJH. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: A cluster randomised controlled design. <i>Occupational and Environmental Medicine</i> 2003;60(6):429-37.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Knapp S, Briest J, Bethge M. Work-related rehabilitation aftercare for patients with musculoskeletal disorders: results of a randomized-controlled multicenter trial. <i>International journal of rehabilitation research Internationale zeitschrift fur rehabilitationsforschung Revue internationale de recherches de readaptation</i> 2015;38(3):226-32.	Ikke tilfredsstillende utfall etter kriterier
Kool JP, Oesch PR, Bachmann S, Knuesel O, Dierkes JG, Russo M, et al. Increasing days at work using function-centered rehabilitation	Ikke relevant populasjon, for liten andel sykmeldte deltakere

in nonacute nonspecific low back pain: a randomized controlled trial. <i>Arch Phys Med Rehabil</i> 2005;86(5):857-64.	
Kool J, Bachmann S, Oesch P, Knuesel O, Ambergen T, de Bie R, et al. Function-centered rehabilitation increases work days in patients with nonacute nonspecific low back pain: 1-year results from a randomized controlled trial. <i>Arch Phys Med Rehabil</i> 2007;88(9):1089-94.	Ikke relevant populasjon, for liten andel sykmeldte deltakere
Kärrholm J, Ekholm K, Jakobsson B, Ekholm J, Bergroth A, Schüldt K. Effects on work resumption of a co-operation project in vocational rehabilitation. Systematic, multi-professional, client-centred and solution-oriented co-operation. <i>Disability and Rehabilitation</i> 2006;28(7):457-67.	Ikke relevant design etter kriterier
Kärrholm J, Ekholm K, Ekholm J, Bergroth A, Ekholm KS. Systematic co-operation between employer, occupational health service and social insurance office: a 6-year follow-up of vocational rehabilitation for people on sick-leave, including economic benefits. <i>Journal of rehabilitation medicine</i> 2008;40(8):628-36.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Kääpä EH, Frantsi K, Sarna S, Malmivaara A. Multidisciplinary group rehabilitation Versus individual physiotherapy for chronic nonspecific low back pain: A randomized trial. <i>Spine</i> 2006;31(4):371-6.	Ikke tilfredsstillende populasjon, for liten andel sykmeldte deltakere
Lagerveld SE, Blonk RWB, Brennkmeijer V, de Meij LW, Schaufeli WB. Work-focused treatment of common mental disorders and re-design turn to work: A comparative outcome study. <i>Journal of Occupational Health Psychology</i> 2012;17(2):220-34.	Ikke tilfredsstillende design etter kriterier
Larsson UB, Kirkeby H, Nordström CH, Sjölund B. Rehabilitation of long-term sick-listed patients in Sweden through techniques of sports medicine. <i>Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation</i> 2000;15(2-3):67-76.	Ikke relevant tiltak og design etter kriterier
Li E, Li-Tsang CWP, Lam CS, Hui KYL, Chan CCH. The effect of a "training on work readiness" program for workers with musculoskeletal injuries: A randomized control trial (RCT) study. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> 2006;16(4):529-41.	Ikke tilfredsstillende utfall etter kriterier
Linton SJ, Boersma K, Jansson M, Svard L, Botvalde M. The effects of cognitive-behavioral and physical therapy preventive interventions on pain-related sick leave: A randomized controlled trial. <i>Clinical Journal of Pain</i> 2005;21(2):109-19.	Ikke tilfredsstillende tiltak og populasjon etter kriterier
Lytsy P, Carlsson L, Anderzén I. Effectiveness of two vocational rehabilitation programmes in women with long-term sick leave due to pain syndrome or mental illness: 1-year follow-up of a randomized controlled trial. <i>Journal of rehabilitation medicine</i> 2017;49(2):170-7.	Ikke tilfredsstillende populasjon, for liten andel deltakere i aktivt arbeidsforhold
Martin DJ, Chernoff RA, Buitron M, Scott Comulada W, Liang L, Wong F. Helping people with HIV/AIDS return to work: A randomized clinical trial. <i>Rehabilitation Psychology</i> 2012;57(4):280-9.	Ikke tilfredsstillende populasjon, for liten andel deltakere i aktivt arbeidsforhold
Nathell L. Effects on sick leave of an inpatient rehabilitation programme for asthmatics in a randomized trial. <i>Scandinavian Journal of Public Health</i> 2005;33(1):57-64.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Netterstrøm B, Bech P. Effect of a multidisciplinary stress treatment programme on the return to work rate for persons with work-related stress. A non-randomized controlled study from a stress clinic. <i>BMC public health</i> 2010;10:658.	Ikke tilfredsstillende design etter kriterier

Nieuwenhuijsen K, Schoutens AMC, Frings-Dresen MHW, Sluiter JK. Evaluation of a randomized controlled trial on the effect on return to work with coaching combined with light therapy and pulsed electromagnetic field therapy for workers with work-related chronic stress. <i>BMC Public Health</i> 2017;17(1):761.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Vonk Noordegraaf A, Anema JR, Van Mechelen W, Knol DL, Van Baal WM, Van Kesteren PJM, et al. A personalised eHealth programme reduces the duration until return to work after gynaecological surgery: Results of a multicentre randomised trial. <i>BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology</i> 2014;121(9):1127-36.	Ikke relevant populasjon, for kortvarig sykmelding hos deltakerne
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. <i>Scand J Work Environ Health</i> . 2013 Mar 1;39(2):144-54.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Notenbomer A, Roelen C, Groothoff J, van Rhenen W, Bultmann U. Effect of an eHealth Intervention to Reduce Sickness Absence Frequency Among Employees With Frequent Sickness Absence: Randomized Controlled Trial. <i>J Med Internet Res</i> 2018;20(10):e10821.	Ikke tilfredsstillende populasjon, deltakerne var for kortvarig sykmeldt
Nuechterlein KH, Subotnik KL, Ventura J, Turner LR, Gitlin MJ, Gretchen-Doorly D, et al. Enhancing return to work or school after a first episode of schizophrenia: the UCLA RCT of Individual Placement and Support and Workplace Fundamentals Module training. <i>Psychol Med</i> 2020;50(1):20-8.	Ikke relevant tiltak og populasjon etter kriterier
Nystuen P, Hagen KB. Feasibility and effectiveness of offering a solution-focused follow-up to employees with psychological problems or muscle skeletal pain: a randomised controlled trial. <i>BMC Public Health</i> 2003;3:19.	Ikke tilfredsstillende utfall etter kriterier
Nystuen P, Hagen KB. Solution-focused intervention for sick listed employees with psychological problems or muscle skeletal pain: a randomised controlled trial. <i>BMC public health</i> 2006;6:69.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Odeen M, Ihlebæk C, Indahl A, Wormgoor MEA, Lie SA, Eriksen HR. Effect of peer-based low back pain information and reassurance at the workplace on sick leave: A cluster randomized trial. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> 2013;23(2):209-19.	Ikke tilfredsstillende populasjon, ikke tilstrekkelig sykmelding hos deltakerne
Oestergaard LG, Christensen FB, Bungert CE, Sogaard R, Holm R, Helmig P, et al. Does adding case management to standard rehabilitation affect functional ability, pain, or the rate of return to work after lumbar spinal fusion? A randomized controlled trial with two-year follow-up. <i>Clinical Rehabilitation</i> 2020;34(3):357-68.	Ikke tilfredsstillende utfall etter kriterier
Park J, Esmail S, Rayani F, Norris CM, Gross DP. Motivational interviewing for workers with disabling musculoskeletal disorders: Results of a cluster randomized control trial. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> 2018;28(2):252-64.	Ikke tilfredsstillende populasjon etter kriterier
Keus van de Poll M, Nybergh L, Lornudd C, Hagberg J, Bodin L, Kwak L, Jensen I, Lohela-Karlsson M, Torgén M, Bergstrom G. Preventing sickness absence among employees with common mental disorders or stress-related symptoms at work: a cluster randomised controlled trial of a problem-solving-based intervention conducted by the Occupational Health Services. <i>Occup Environ Med</i> . 2020 Jul;77(7):454-461	Ikke tilfredsstillende populasjon etter kriterier, for liten andel sykmeldte deltakere

Rannard A, Gabbay M, Sen D, Riley R, Britt D. Feasibility trial of GP and case-managed support for workplace sickness absence. <i>Primary Health Care Research and Development</i> 2014;15(3):252-61.	Ikke tilfredsstillende design etter kriterier
Rasmussen CDN, Holtermann A, Jørgensen MB, Ørberg A, Mortensen OS, Søgaard K. A multi-faceted workplace intervention targeting low back pain was effective for physical work demands and maladaptive pain behaviours, but not for work ability and sickness absence: Stepped wedge cluster randomised trial. <i>Scandinavian Journal of Public Health</i> 2016;44(6):560-70.	Ikke tilfredsstillende populasjon etter kriterier, for liten andel sykmeldte deltakere
Reme SE, Grasdal AL, Lovvik C, Lie SA, Overland S. Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial. <i>Occup Environ Med</i> 2015;72(10):745-52.	Ikke tilfredsstillende tiltak etter kriterier
Roche-Leboucher G, Petit-Lemanac'H A, Bontoux L, Dubus-Bausière V, Parot-Shinkel E, Fanello S, et al. Multidisciplinary intensive functional restoration versus outpatient active physiotherapy in chronic low back pain: A randomized controlled trial. <i>Spine</i> 2011;36(26):2235-42.	Ikke tilfredsstillende populasjon etter kriterier
Salzwedel A, Wegscheider K, Schulz-Behrendt C, Dörr G, Reibis R, Völler H. No impact of an extensive social intervention program on return to work and quality of life after acute cardiac event: a cluster-randomized trial in patients with negative occupational prognosis. <i>Int Arch Occup Environ Health</i> . 2019 Nov;92(8):1109-1120.	Ikke tilfredsstillende andel i aktivt arbeidsforhold og uklar andel sykmeldt
Scheenen ME, Visser-Keizer AC, de Koning ME, van der Horn HJ, van de Sande P, van Kessel M, et al. Cognitive Behavioral Intervention Compared to Telephone Counseling Early after Mild Traumatic Brain Injury: A Randomized Trial. <i>Journal of Neurotrauma</i> 2017;34(19):2713-20.	Ikke tilfredsstillende populasjon etter kriterier
Skouen JS, Grasdal AL, Haldorsen EMH, Ursin H. Relative cost-effectiveness of extensive and light multidisciplinary treatment programs versus treatment as usual for patients with chronic low back pain on long-term sick leave: Randomized controlled study. <i>Spine</i> 2002;27(9):901-9.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Skouen JS, Grasdal A, Haldorsen EMH. Return to work after comparing outpatient multidisciplinary treatment programs versus treatment in general practice for patients with chronic widespread pain. <i>European Journal of Pain</i> 2006;10(2):145.	Ikke relevant utfall etter kriterier
Storro S, Moen J, Svebak S. Effects on sick-leave of a multidisciplinary rehabilitation programme for chronic low back, neck or shoulder pain: Comparison with usual treatment. <i>Journal of Rehabilitation Medicine</i> 2004;36(1):12-6.	Ikke tilfredsstillende tiltak etter kriterier
Streibelt M, Bethge M. Effects of intensified work-related multidisciplinary rehabilitation on occupational participation: a randomized-controlled trial in patients with chronic musculoskeletal disorders. <i>International journal of rehabilitation research Internationale zeitschrift fur rehabilitationsforschung Revue internationale de recherches de readaptation</i> 2014;37(1):61-6.	Ikke tilfredsstillende populasjon etter kriterier
Streibelt M, Menzel-Begemann A. [Does the Success of Work-related Interventions in the Rehabilitation of Neurological Diseases Depend on the Return-to-Work Prognosis? A Re-analysis of 2 Randomised Controlled Trials]. <i>Rehabilitation</i> 2015;54(4):252-8.	Ikke tilfredsstillende design etter kriterier

Søgaard HJ, Bech P. The effect on length of sickness absence by recognition of undetected psychiatric disorder in long-term sickness absence. A randomized controlled trial. <i>Scandinavian journal of public health</i> 2009;37(8):864-71.	Ikke relevant tiltak etter kriterier
Taimela S, Malmivaara A, Justén S, Läärä E, Sintonen H, Tiekso J, et al. The effectiveness of two occupational health intervention programmes in reducing sickness absence among employees at risk. Two randomised controlled trials. <i>Occupational and environmental medicine</i> 2008;65(4):236-41.	Ikke tilfredsstillende populasjon, for liten andel deltakere syk-meldt
Tammaing SJ, Verbeek JH, Bos MM, Fons G, Kitzen JJ, Plaisier PW, et al. Effectiveness of a hospital-based work support intervention for female cancer patients - a multi-centre randomised controlled trial. <i>PLoS ONE [Electronic Resource]</i> 2013;8(5):e63271.	Ikke tilfredsstillende populasjon, for kort-varig sykmelding
Verbeek JH, Van Der Weide WE, Van Dijk FJ. Early occupational health management of patients with back pain: A randomized controlled trial. <i>Spine</i> 2002;27(17):1844-51.	Ikke tilfredsstillende design, for kortvarig sykmelding
Vermeulen SJ, Anema JR, Schellart AJM, Knol DL, Van Mechelen W, Van Der Beek AJ. A participatory return-to-work intervention for temporary agency workers and unemployed workers sick-listed due to musculoskeletal disorders: Results of a randomized controlled trial. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> 2011;21(3):313-24.	Ikke tilfredsstillende populasjon, for liten andel i aktivt arbeidsforhold
Vikane E, Hellstrøm T, Røe C, Bautz-Holter E, Aßmus J, Skouen JS. Multidisciplinary outpatient treatment in patients with mild traumatic brain injury: a randomised controlled intervention study. <i>Brain injury</i> 2017;31(4):475-84.	Ikke tilfredsstillende populasjon etter kriterier
Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Adre HJ, Anema JR, Hoedeman R, van Mechelen W. 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. <i>Occupational and environmental medicine</i> 2012;70(4):223-30.	Ikke relevant tiltak og design etter kriterier
Willert MV, Thulstrup AM, Bonde JP. Effects of a stress management intervention on absenteeism and return to work--results from a randomized wait-list controlled trial. <i>Scand J Work Environ Health</i> 2011;37(3):186-95.	Ikke tilfredsstillende populasjon, for liten andel sykmeldte deltakere
Wormgoor MEA, Indahl A, Andersen E, Egeland J. Effectiveness of Brief Coping-Focused Psychotherapy for Common Mental Complaints on Work-Participation and Mental Health: A Pragmatic Randomized Trial with 2-Year Follow-Up. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> 2020;30(1):22-39.	Ikke tilfredsstillende populasjon etter kriterier
Wynne-Jones G, Artus M, Bishop A, Lawton SA, Lewis M, Jowett S, et al. Effectiveness and costs of a vocational advice service to improve work outcomes in patients with musculoskeletal pain in primary care: a cluster randomised trial (SWAP trial ISRCTN 52269669). <i>Pain</i> 2018;159(1):128-38.	Ikke tilfredsstillende populasjon etter kriterier
Aakvik A, Holmas TH, Kjerstad E. A low-key social insurance reform--effects of multidisciplinary outpatient treatment for back pain patients in Norway. <i>Journal of Health Economics</i> 2003;22(5):747-62.	Ikke tilfredsstillende design etter kriterier
Aasdahl L, Pape K, Vasseljen O, Johnsen R, Gismervik S, Jensen C, et al. Effects of Inpatient Multicomponent Occupational Rehabilitation versus Less Comprehensive Outpatient Rehabilitation on Somatic and Mental Health: Secondary Outcomes of a Randomized	Ikke relevant utfall etter kriterier

Clinical Trial. Journal of Occupational Rehabilitation
2017;27(3):456-66.

Aasdahl L, Gismervik SØ, Marchand GH, Vasseljen O, Johnsen R, Fimland MS. Changes in fear-avoidance beliefs and work participation after occupational rehabilitation for musculoskeletal- and common mental disorders: Secondary outcomes of two randomized clinical trials. Journal of Rehabilitation Medicine
2019;51(3):175-82.

Aasdahl L, Pape K, Vasseljen O, Johnsen R, Fimland MS. Improved Expectations About Length of Sick Leave During Occupational Rehabilitation Is Associated with Increased Work Participation. Journal of Occupational Rehabilitation 2019;29(3):475-82.

Vedlegg 3: Risiko for systematiske skjevheter

Nedenfor angir i vår vurdering av risiko for systematiske skjevheter i hver av de inkluderte primærstudiene, i alfabetisk rekkefølge (med forfatter og publikasjonstittel)

<i>Aasdahl, 2018: Effect of Inpatient Multicomponent Occupational Rehabilitation Versus Less Comprehensive Outpatient Rehabilitation on Sickness Absence in Persons with Musculoskeletal- or Mental Health Disorders: A Randomized Clinical Trial</i>		
Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Blinding av deltakere	Høy risiko	Ikke mulig
Blinding av utfallsmål	Lav risiko	Hentet fra register
Frafall	Lav risiko	Ingen
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ikke kjent

<i>Brennbekken, 2017: Return to Work in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: Multidisciplinary Intervention Versus Brief Intervention: A Randomized Clinical Trial</i>		
Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	Datagenerert randomiseringssekvens
Allokering	Lav risiko	Foretatt av tredjepart
Blinding av deltakere	Høy risiko	Ikke mulig
Blinding av utfallsmål	Lav risiko	Hentet fra register
Frafall	Lav risiko	Ingen
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ikke kjent

<i>Brouwers, 2006: Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: a randomized controlled effectiveness trial</i>		
Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Uklar risiko	Ikke beskrevet hvordan randomiseringssekvensen ble generert
Allokering	Lav risiko	Skjult i konvolutter
Blinding av deltakere	Høy risiko	Ikke beskrevet
Blinding av utfallsmål	Høy risiko	Ingen blinding rapportert
Frafall	Høy risiko	Ikke redegjort for hvordan manglende data ble håndtert
Selektiv rapportering	Uklar risiko	Ikke tilstrekkelig informasjon/ingen publisert protokoll
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Bültmann, 2009: *Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders*

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	Datagenerert randomiseringssekvens
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Blinding av deltakere	Høy risiko	Ikke mulig
Blinding av utfallsmål	Lav risiko	Hentet fra register
Frafall	Lav risiko	Ingen
Selektiv rapportering	Uklar risiko	Ikke tilstrekkelig informasjon/ingen publisert protokoll
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Dalgaard, 2017: *Return to work after work-related stress: A randomized controlled trial of a work-focused cognitive behavioral intervention*

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	Randomiseringssekvens generert vha. www.random.org
Allokering	Lav risiko	Web-basert
Blinding av deltakere	Høy risiko	Ikke mulig
Blinding av utfallsmål	Lav risiko	Hentet fra register
Frafall	Lav risiko	Ingen
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Høy risiko	Forskjell i utfallsmål mellom gruppene pga seleksjonsskjevhet. Mange i kontrollgruppen oppsøkte behandling utenfor studien.

De Weerd, 2016: *The effectiveness of a convergence dialogue meeting with the employer in promoting return to work as part of the cognitive-behavioural treatment of common mental disorders: A randomized controlled trial*

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Uklar risiko	Ikke beskrevet hvordan randomiseringssekvensen ble generert
Allokering	Uklar risiko	Ikke tilstrekkelig informasjon
Blinding av deltakere	Høy risiko	Terapeuter ikke blindet, ingen informasjon om deltakerne
Blinding av utfallsmål	Høy risiko	Terapeutene samlet data
Frafall	Høy risiko	Benyttet per protokoll-analyser
Selektiv rapportering	Uklar risiko	Ikke tilstrekkelig informasjon/ingen publisert protokoll
Andre forhold som kan gi skjevheter	Uklar risiko	Utydelig rapportering av statistiske analyser

Gismervik, 2020: *Inpatient multimodal occupational rehabilitation reduces sickness absence among individuals with musculoskeletal and common mental health disorders: a randomized clinical trial*

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Uklar risiko	Ikke beskrevet hvordan randomiseringssekvensen ble generert
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Blinding av deltakere	Høy risiko	Ikke mulig
Blinding av utfallsmål	Lav risiko	Hentet fra register
Frafall	Lav risiko	Ingen
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Hees, 2013:

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 randomized controlled trial

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	Datagenerert randomiseringssekvens
Allokering	Lav risiko	Utført av uavhengig forskningsassistent
Blinding av deltakere	Høy risiko	Ikke mulig
Blinding av utfallsmål	Lav risiko	Blindet utfallsmåler
Frafall	Lav risiko	Benyttet multippel imputering for å erstatte manglende data, ITT-analyse
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ikke kjent

Jensen, 2011: *One-year follow-up in employees sick-listed because of low back pain: Randomized clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention*

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	Datagenerert randomiseringssekvens
Allokering	Lav risiko	Utdelt av automatisk telefonsvarer
Blinding av deltakere	Høy risiko	Ikke mulig
Blinding av utfallsmål	Lav risiko	Hentet fra register
Frafall	Lav risiko	Ingen
Selektiv rapportering	Uklar risiko	Ikke tilstrekkelig informasjon/ingen publisert protokoll
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Jensen, 2012: *Sustainability of return to work in sick-listed employees with low-back pain. Two-year follow-up in a randomized clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention*

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	Datagenerert randomiseringssekvens
Allokering	Lav risiko	Utdelt av automatisk telefonsvarer
Blinding av deltakere	Høy risiko	Ikke beskrevet
Blinding av utfallsmål	Lav risiko	Ingen
Frafall	Lav risiko	Ingen
Selektiv rapportering	Uklar risiko	Sekundære utfallsmål ikke rapportert iht. protokoll
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Lambeek, 2010: *Effect of integrated care for sick listed patients with chronic low back pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial*

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	Datagenerert randomiseringssekvens
Allokering	Lav risiko	Skjult i konvolutter
Blinding av deltakere	Høy risiko	Ikke mulig
Blinding av utfallsmål	Høy risiko	Utfallsmål selvrapportert
Frafall	Lav risiko	Benyttet multippel imputering for å erstatte manglende data, ITT-analyse
Selektiv rapportering	Uklar risiko	Utfallsmål ikke rapportert iht. protokoll
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Lambeek, 2010: *Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life*

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	Datagenerert randomiseringssekvens
Allokering	Lav risiko	Skjult i konvolutter
Blinding av deltakere	Høy risiko	Ikke mulig
Blinding av utfallsmål	Høy risiko	Utfallsmål selvrapportert
Frafall	Uklar risiko	ITT-analyse, ikke redegjort for hvordan manglende data ble håndtert
Selektiv rapportering	Uklar risiko	Utfallsmål ikke rapportert iht. protokoll
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Lindell, 2008: *Subacute and chronic, non-specific back and neck pain: Cognitive-behavioural rehabilitation versus primary care. A randomized controlled trial*

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	Blokk-randomisering

Allokering	Lav risiko	Skjult i konvolutter
Blinding av deltakere	Høy risiko	Ikke blindet deltakere
Blinding av utfallsmål	Lav risiko	Hentet fra register
Frafall	Lav risiko	Ingen
Selektiv rapportering	Lav risiko	Rapportert i henhold til protokoll
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Marhold, 2001: *A cognitive-behavioral return-to-work program: Effects on pain patients with a history of long-term versus short-term sick leave*

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Blinding av deltakere	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Blinding av utfallsmål	Lav risiko	Hentet fra register
Frafall	Lav risiko	Lavt frafall
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ingen kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjent

Martin, 2013: *Effectiveness of a coordinated and tailored return-to-work intervention for sickness absence beneficiaries with mental health problems*

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Høy risiko	Tildelt gruppe på bakgrunn av spesifikke ukedager
Allokering	Høy risiko	Ikke skjult
Blinding av deltakere	Høy risiko	Ikke blindet deltakere
Blinding av utfallsmål	Lav risiko	Hentet fra register
Frafall	Høy risiko	Vesentlig manglende data
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Høy risiko	Avvik ved randomisering

Meijer, 2006: *Cost-effectiveness of multidisciplinary treatment in sick-listed patients with upper extremity musculoskeletal disorders: A randomized, controlled trial with one-year follow-up*

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	Blokk-randomisering datagenerert
Allokering	Lav risiko	Skjult
Blinding av deltakere	Høy risiko	Ikke mulig
Blinding av utfallsmål	Lav risiko	Forskere blindet
Frafall	Lav risiko	Lavt frafall
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Høy risiko	Adskillig flere deltakere i intervensjonsgruppe

Moll, 2018: *Return to Work in Employees on Sick Leave due to Neck or Shoulder Pain: A Randomized Clinical Trial Comparing Multidisciplinary and Brief Intervention with One-Year Register-Based Follow-Up*

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Allokering	Lav risiko	Skjult
Blinding av deltakere	Høy risiko	Ikke blindet
Blinding av utfallsmål	Lav risiko	Hentet fra register
Frafall	Lav risiko	Lavt frafall for hovedutfallsmål
Selektiv rapportering	Lav risiko	Protokoll registrert
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Momsen, 2016: *Effects of a randomized controlled intervention trial on return to work and health care utilization after long-term sickness absence*

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Blinding av deltakere	Høy risiko	Ikke mulig
Blinding av utfallsmål	Lav risiko	Hentet fra register
Frafall	Høy risiko	Høyt frafall
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ikke kjent

Myhre, 2014: *The effect of work-focused rehabilitation among patients with neck and back pain: a randomized controlled trial*

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	Blokk randomisert
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Blinding av deltakere	Høy risiko	Ikke mulig
Blinding av utfallsmål	Lav risiko	Hentet fra register
Frafall	Lav risiko	Lavt frafall
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ikke kjent

Netterstrøm, 2013: *Effects of a multidisciplinary stress treatment programme on patient return to work rate and symptom reduction: results from a randomised, wait-list controlled trial*

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	Loddtrekning, utført tredjepart
Allokering	Uklar risiko	Ikke tilstrekkelig beskrevet
Blinding av deltakere	Høy risiko	Ikke mulig

Blinding av utfallsmål	Høy risiko	Blinding ikke rapportert
Frafall	Lav risiko	Lavt frafall
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ikke kjent

Poulsen, 2014: *Effect of the Danish return-to-work program on long-term sickness absence: Results from a randomized controlled trial in three municipalities*

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	Datagenerert randomisering sekvens
Allokering	Lav risiko	Web-basert
Blinding av deltakere	Høy risiko	Ikke mulig
Blinding av utfallsmål	Lav risiko	Register
Frafall	Lav risiko	Alle er gjort rede for
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ikke kjent

Salomonsson, 2017: *Cognitive-behavioural therapy and return-to-work intervention for patients on sick leave due to common mental disorders: a randomised controlled trial*

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	Datagenerert randomiseringssekvens
Allokering	Lav risiko	Skjult i konvolutter
Blinding av deltakere	Høy risiko	Ikke mulig
Blinding av utfallsmål	Lav risiko	Utfallsmåler er blindet
Frafall	Lav risiko	Lavt frafall, ITT analyse
Selektiv rapportering	Lav risiko	Rapportert iht. til protokoll
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Skagseth, 2019: *Effectiveness of adding a workplace intervention to an inpatient multimodal occupational rehabilitation program: A randomized clinical trial*

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	Blokkrandomisering
Allokering	Lav risiko	Skjult
Blinding av deltakere	Høy risiko	Ikke mulig
Blinding av utfallsmål	Lav risiko	Register
Frafall	Lav risiko	Lavt frafall
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ikke kjent

Volker, 2015: *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*

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	Datagenerert randomiseringssekvens
Allokering	Lav risiko	Utført av tredjepart
Blinding av deltakere	Høy risiko	Ikke mulig
Blinding av utfallsmål	Lav risiko	Register
Frafall	Lav risiko	Lavt frafall
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ikke kjent

Vedlegg 4: Beskrivelse av systematiske oversikter

Beskrivelse av de inkluderte systematiske oversiktene mål og konklusjon (n=13)

Studie	Oversiktens mål	Oversiktens konklusjon
Ander- sen 2019	"The aim of this review was to assess the evidence that occupational safety and health (OSH) legislative and regulatory policy could improve the working environment in terms of reduced levels of industrial injuries and fatalities, musculoskeletal disorders, worker complaints, sick leave, and adverse occupational exposures."	"This review indicates that legislative and regulatory policy may reduce injuries and fatalities and improve compliance with OHS regulation. A major research gap was identified with respect to the effects of OSH regulation targeting psychological and musculoskeletal disorders."
Arends 2012	"The objective of this review was to assess the effects of interventions facilitating RTW for workers with acute or chronic adjustment disorders."	"We found moderate-quality evidence that CBT did not significantly reduce time until partial RTW and low-quality evidence that it did not significantly reduce time to full RTW compared with no treatment. Moderate-quality evidence showed that PST significantly enhanced partial RTW at one-year follow-up compared to non-guideline based care but did not significantly enhance time to full RTW at one-year follow-up."
Axén 2020	"To synthesize the research literature regarding occupational health service (OHS) interventions targeting prevention or reduction of CMD among employees."	"To conclude, there is some evidence that PST interventions or work-related CBT given at the OHS can improve workability among employees on sick leave due to CMDs but the evidence for these interventions concerning symptom reduction is uncertain."
Brouns 2019	"This systematic review aims to identify and evaluate the effectiveness of any intervention reported in the literature to promote return-to-work after ischaemic stroke. All interventions aiming at neurological or functional recovery are included, as are interventions focusing specifically on professional reintegration that for instance could include forms of	"Although return-to-work is recognized as a pivotal individual and societal objective for ischaemic stroke survivors, our main finding regrettably is the striking lack of scientific data on the matter. There currently is insufficient evidence regarding the effectiveness of interventions to promote professional reintegration in this population. Intravenous thrombolytic therapy has shown beneficial effects and there are indications that

	job coaching or work place adaptations.”	rehabilitation programs may also be advantageous, especially when conventional and vocational techniques are integrated and tailored at the individual level.“
Cullen 2018	"The objective of this systematic review was to synthesize evidence on the effectiveness of workplace-based return-to-work (RTW) interventions and work disability management (DM) interventions that assist workers with musculoskeletal (MSK) and pain-related conditions and mental health (MH) conditions with RTW."	"While there is substantial research literature focused on RTW, there are only a small number of quality workplace-based RTW intervention studies that involve workers with MSK or pain-related conditions and MH conditions. We recommend implementing multi-domain interventions (i.e. with healthcare provision, service coordination, and work accommodation components) to help reduce lost time for MSK or pain-related conditions and MH conditions."
Doki 2015	"The effects of interventions by occupational health services on sick leave prompted by psychiatric disorders were examined with respect to intervention method and the number of sick leave days."	"The combined study of sick-listed and non-sicklisted workers indicates occupational health services implement problem-solving treatment or CBT interventions, which can shorten total sick leave duration."
Finnes 2019	"To examine the outcome and comparative effectiveness of psychological interventions in reducing sickness absence (SA) due to CMDs or musculoskeletal disorders, compared to a waitlist control group, usual care or another clinical intervention."	"There was a small but significant effect of psychological treatments in reducing SA. We identified areas of improvement such as methodological problems among the included studies and failure to specifically address RTW in the interventions that were evaluated."
Hou 2017	"To assess the effects of vocational rehabilitation programmes for enhancing RTW in workers with traumatic upper limb injuries."	"There is currently no high-quality evidence to support or refute the efficacy of vocational rehabilitation for enhancing RTW in workers with traumatic upper limb injuries. Since injured people in occupational settings frequently receive vocational rehabilitation with the aim of decreasing work disability, enhancing RTW, increasing productivity, and containing the welfare cost, further high-quality RCTs assessing the efficacy of vocational rehabilitation for workers with

		traumatic upper limb injury are needed to fill this gap in knowledge.”
Nigatu 2016	“The objective of this study was to systematically review and examine the effectiveness of interventions aimed at enhancing RTW in individuals with a CMD.”	“Combined results from these studies suggested that the available interventions did not lead to improved RTW rates over the control group [pooled risk ratio 1.05, 95% confidence interval (CI) 0.97–1.12], but reduced the number of sick-leave days in the intervention group compared to the control group, with a mean difference of –13.38 days (95% CI –24.07 to –2.69).”
Schaaf sma 2013	“To assess the effectiveness of physical conditioning as part of a return to work strategy in reducing time lost from work and improving work status for workers with back pain. Further, to assess which aspects of physical conditioning are related to a faster return to work for workers with back pain.”	“The effectiveness of physical conditioning as part of a return to work strategy in reducing sick leave for workers with back pain, compared to usual care or exercise therapy, remains uncertain. For workers with acute back pain, physical conditioning may have no effect on sickness absence duration. There is conflicting evidence regarding the reduction of sickness absence duration with intense physical conditioning versus usual care for workers with subacute back pain. It may be that including workplace visits or execution of the intervention at the workplace is the component that renders a physical conditioning programme effective. For workers with chronic back pain physical conditioning has a small effect on reducing sick leave compared to care as usual after 12 months follow-up. To what extent physical conditioning as part of integrated care management may alter the effect on sick leave for workers with chronic back pain needs further research.”
Schandelmaier 2012	“We conducted a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials (RCTs) addressing the effectiveness of RTW coordination compared to usual practice on disability, RTW, function, quality of life and satisfaction in	“Results to date suggest small but possibly important benefits of RTW coordination. Determining the long-term benefits and the cost effectiveness of the programmes will require trials with low risk of bias (concealment, blinding of outcome assessors and statisticians, minimal missing data), measuring long-term

	employees receiving wage replacements benefits.”	outcomes of work force retention and long-term disability (including pensions).”
Vogel 2017	“To assess the effects of return-to-work coordination programmes versus usual practice for workers on sick leave or disability.”	“Offering return-to-work coordination programmes for workers on sick leave for at least four weeks results in no benefits when compared to usual practice. We found no significant differences for the outcomes.”
Wainwright 2019	“To explore the role of resilience enhancement in promoting work participation for chronic pain sufferers, by reviewing the effectiveness of existing interventions.”	“Effectiveness of resilience interventions for chronic pain sufferers on RTW is uncertain and not as helpful as anticipated. Further agreement on its conceptualization and terminology and that of RTW is needed.”

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Mars 2021

Postboks 4404 Nydalen

NO-0403 Oslo

Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra

Folkehelseinstituttets nettsider

www.fhi.no