

Projekttitel	Dnr
Strukturerad metod för hälso- och sjukvård, som främjar dialog mellan arbetsgivare och patient för att förbättra återgång i arbete vid psykisk ohälsa.	150274

Projektledare
Therese Eskilsson, Institutionen för Samhällsmedicin och rehabilitering, Umeå universitet.

**Innehåll:****Projektets syfte och bakgrund**

Den psykiska ohälsan i Sverige är ett växande problem och är sedan 2014 den vanligaste orsaken till sjukskrivning. Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress är de diagnoser som ökat allra mest, där diagnosen utmattningssyndrom ingår som en enskild diagnos (1). Diagnosen utmattningssyndrom (F43.8A, ICD-10-SE) är ofta orsakad av stressorer både i arbete och privatliv (2). Den långvariga exponeringen utan tillräcklig återhämtning leder till påtaglig brist på psykisk energi (3), minnes- och koncentrationsproblem (4), kroppsliga symtom som huvudvärk, hjärtklappning och yrsel (5) samt även psykiska besvär som depressions-, ångest- och utmattningssymtom (6). Symtomen orsakar ofta betydande funktionsnedsättningar (3) och nedsatt arbetsförmåga (1, 7).

Den vetenskapliga evidensen för hur behandling och rehabilitering ska utformas vid utmattningssyndrom är begränsad. Den behandling som tidigare rekommenderats är multimodal rehabilitering (MMR) innehållande en kombination av fysisk aktivitet, samtalsstöd och arbetsplatsinriktade åtgärder. Insatserna i MMR syftar till att förbättra hanteringsstrategier och skapa balans mellan aktivitet och återhämtning (8). Olika insatser i MMR har visat sig minska symtom, men ofta utan effekt på återgång i arbete eller minskad sjukskrivning (6, 7, 9). Efter behandlingsinsatser har fortfarande en betydande andel kvarstående besvär i form av symtom på utmattning, sjukskrivning (6, 7) och kognitiva nedsättningar (10). Kognitiv förmåga att exempelvis kunna ta initiativ, planera, skapa struktur och förmåga att fokusera är viktiga funktioner för att kunna fungera i arbetslivet. Detta kan vara en orsak till att personer med utmattningssyndrom har extra svårt att komma tillbaka till arbetet.

Faktorer i arbetsmiljön har visat sig ha stor betydelse för individen där högra krav, avsaknad av stöd och liten möjlighet att utöva kontroll ökar risken för att utveckla symtom på utmattning (11). Avsaknad av kontroll och stöd på arbetet, egna beteenden, samt kontakten med aktörer i försäkrings- och rehabiliteringssystemet är hinder som dessutom försvårar återgång till arbete efter en sjukskrivning vid utmattningssyndrom (12, 13).

Insatser som involverar arbetsplatsen och arbetsgivaren tycks däremot främja återgång i arbete (14-16). Därför rekommenderas idag att hälso- och sjukvården ska involvera arbetsgivarna i rehabiliteringsprocessen vid sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa (17). Fortfarande saknas dock kunskap om hur arbetsplatserna ska involveras, samt hur samverkan mellan olika aktörer kan ske. Behovet är stort att finna konkreta, strukturerade metoder som kan främja återgång till arbete och som kan användas inom hälso- och sjukvården samt företagshälsovården.

## **Syfte**

Det övergripande syftet med detta projekt var att undersöka om en strukturerad metod som främjar dialog mellan arbetsgivare och medarbetare kan påverka återgång i arbete, arbetsförmåga, upplevd arbetssituation och hälsa för personer med psykisk ohälsa. Projektet syftade även till att undersöka om dialogmodellen är ett användbart verktyg för hälso- och sjukvården vid rehabilitering för återgång i arbete i samverkan med olika aktörer.

Den strukturerade dialogmodellen har under projektets gång utvecklats till att kallas för ADA<sup>+</sup> (ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång; Planering, uppföljning och stöd). Denna benämning kommer att användas fortlöpande vid beskrivning av interventionen och dess resultat.

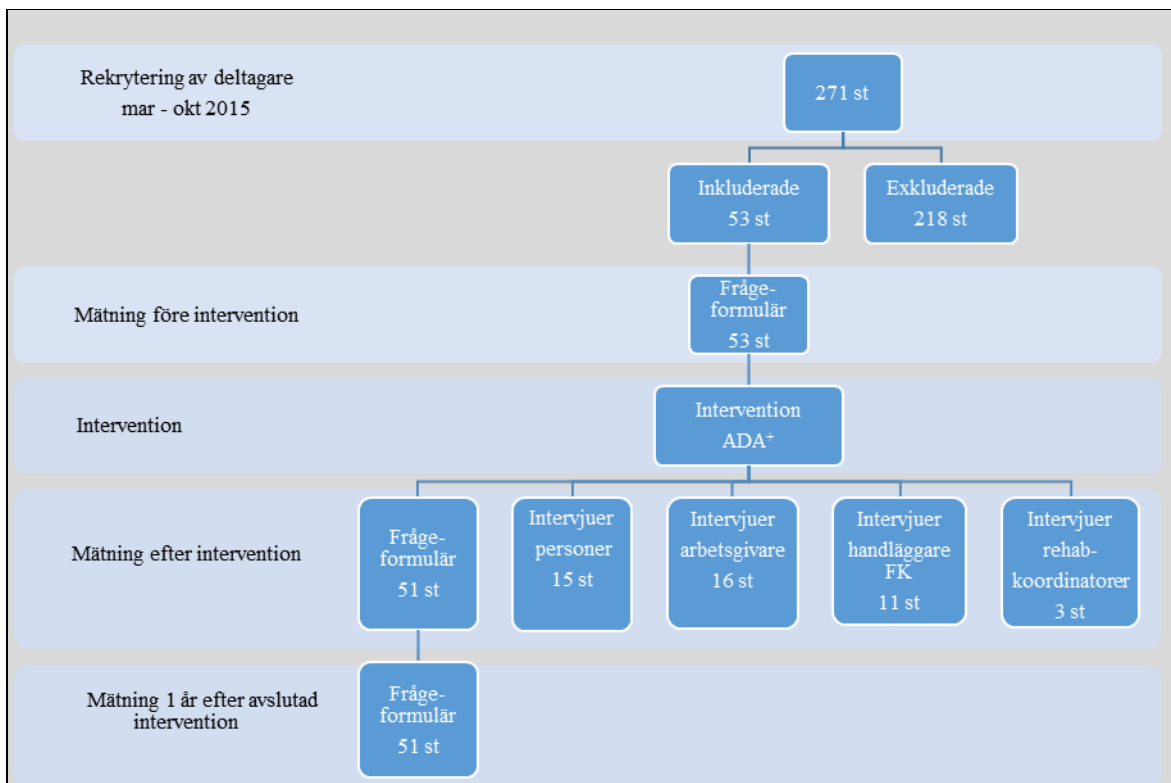
## **Frågeställningar**

- Kan effekt påvisas på arbetsåtergång, arbetsförmåga, upplevd arbetssituation och hälsa efter deltagande i ADA<sup>+</sup>?
- Är ADA<sup>+</sup> en kostnadseffektiv intervention?
- Vilka upplevelser och erfarenheter har personer med utmattningssyndrom, arbetsgivare, rehabiliteringskoordinatorer och handläggare på Försäkringskassan av att delta i/genomföra ADA<sup>+</sup>?

## **Projektets genomförande**

### Deltagare och studiekontext

Deltagare till projektet rekryterades från Stressrehabilitering, Norrlands universitetssjukhus under perioden mars 2015 – oktober 2015. Stressrehabilitering är en specialistklinik som utreder, behandlar och genomför MMR vid utmattningssyndrom. Inklusionskriterierna för att delta i projektet var diagnos utmattningssyndrom (F43.8A), ålder 18-60 år, bedömd av läkare och psykolog som lämplig att delta i MMR, sjukskriven  $\geq 50\%$ , samt ha en anställning. Exklusionskriterierna var känt missbruk, deltagande i annan interventionsstudie, annan sjukdom som försvårade arbetsåtergång, sjukersättning samt egen företagare. Av de 271 deltagare som rekryterades exkluderades 218 personer (189 uppfyllde ej inklusionskriterierna, 4 tackade nej till MMR, 25 tackade nej till interventionen ADA<sup>+</sup>). Totalt tackade 53 personer ja till att delta i projektet (Figur 1).

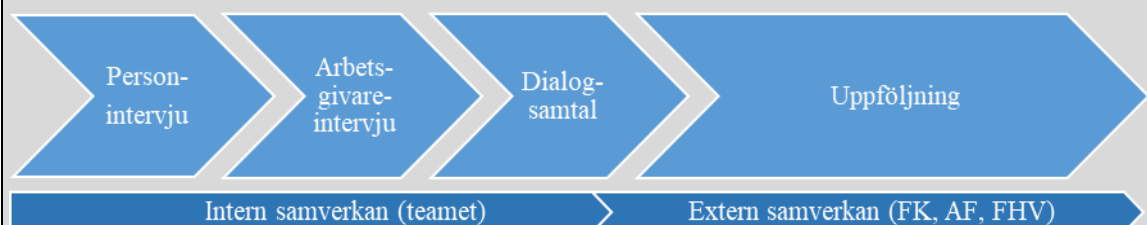


Figur 1. Projektets upplägg och tidpunkter för mätning och utvärdering.

#### Intervention ADA+

ADA+ är en strukturerad dialogmodell som främjar dialog mellan arbetsgivare och medarbetare vid återgång i arbete. Dialogmodellen ADA+ är en vidareutveckling av metoden ADA (ArbetsplatsDialog vid Arbetsåtergång) (18) med struktur för hur uppföljning och stöd i processen tillbaka till arbetsplatsen har tydliggjorts.

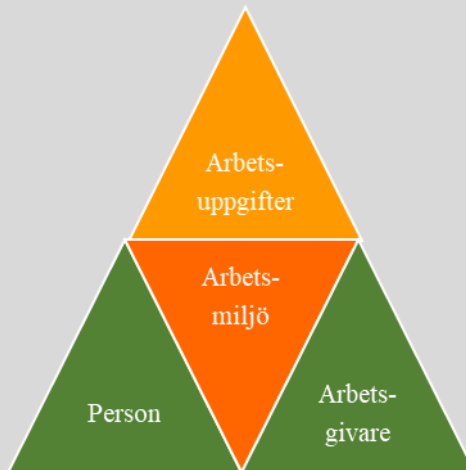
En rehabiliteringskoordinator samordnade och koordinerade interventionen som följde en strukturerad process (Figur 2). Första delen i processen innebar att rehabiliteringskoordinatorn genomförde en enskild intervju med personen och därefter med dess arbetsgivare/arbetsledare. Intervjuerna följde en tydlig struktur med samma frågor till båda parter angående förväntningar/farhågor och motivation inför rehabiliteringen, orsak till nuvarande sjukskrivning, samt egna förslag på åtgärder för återgång i arbetet. Efter de separata intervjuerna genomfördes ett så kallat dialogsamtal med stöd av rehabiliteringskoordinatorn, där personen och arbetsgivaren diskuterade lösningar för en hållbar arbetsåtergång. Intervjuer och dialogsamtal genomfördes på Stressrehabilitering. Några intervjuer med arbetsgivare genomfördes via telefon.



Figur 2. Processen för ADA+

Dialogsamtalet genomfördes med stöd av en modell för att främja ett hälsofrämjande förhållningssätt (Figur 3). Modellen användes i samtalen för att tydliggöra personens behov och vilka arbetsuppgifter som behövde anpassas för att underlätta

arbetsåtergång. Samtidigt tydliggjorde modellen arbetsgivarens roll och hur arbetsuppgifterna, utifrån arbetsgivarens perspektiv, kunde anpassas för att på bästa sätt möta personens behov. Modellen bidrog på så sätt till att ansvarsfördelningen mellan personen och arbetsgivaren blev mer jämbördig och att personen inte behövde bära hela ansvaret för att klara sina arbetsuppgifter. Modellen beskriver även hur arbetsplatsens sammanhang (fysisk-, organisatorisk- och social arbetsmiljö) har betydelse för individen. En optimal arbetsmiljö kan fungera hälsofrämjande och ge stöd när anpassningar behövs för individen.



Figur 3. Modell vid dialogsamtalen.

Rehabiliteringskoordinatören hade god kännedom om diagnosen utmattningssyndrom och personens funktionsnedsättningar. Utifrån detta kunde rehabiliteringskoordinatören ge stöd i hur arbetet kunde anpassas utifrån kognitiv ergonomi och/eller belastningsergonomi.

Dialogsamtalen pågick i 1,5 timme och mynnade ut i en konkret och gemensam skriftlig plan för återgång i arbete. Den skriftliga planen innehöll målsättning, arbetsinnehåll, tidsram, åtgärder och anpassning av arbetsuppgifter med tydlig ansvarsfördelning mellan personen och arbetsgivaren, samt planering för uppföljning. Båda parter samt personens handläggare på Försäkringskassan erhöll en kopia av den skriftliga planen. Om planen förutsatte stöd av sjukförsäkringen förankrades detta med ansvarig handläggare på Försäkringskassan. Förutom att arbetsgivaren följde upp planen genomförde även rehabiliteringskoordinatören uppföljning utifrån personens behov via telefon, möte eller digitala möten.

#### MMR-program

Samtidigt som deltagarna deltog i ADA+ deltog de i ett MMR-program under 24 veckor. MMR-programmet bestod av gruppbaserad kognitiv beteendeterapi (KBT), återbesök till läkare, samt fysisk aktivitet på recept vid behov. KBT-gruppen bestod av åtta deltagare som träffades en gång varje vecka under totalt 22 veckor. Dessutom hade varje deltagare två individuella träffar med gruppbehandlaren för att sätta individuella mål med sin behandling. Syftet med gruppträffarna var att lära sig nya strategier för att hantera balans mellan aktivitet och återhämtning både i privat- och arbetslivet.

#### Utvärdering av intervention

För att utvärdera interventionen besvarade deltagarna frågeformulär vid tre olika tillfällen; före och efter intervention samt ett år efter avslutad intervention. Förutom

frågor om deltagarnas bakgrund (kön, ålder, utbildning, yrkessektor, grad av fysisk aktivitet) och aktuell sjukskrivning, användes väl beprövade och validerade frågor.

#### *Frågeformulär*

Arbetsförmåga och upplevd arbetssituation

- Arbetsförmåga (Work Ability Index, WAI) (19).
- Upplevd arbetssituation (Work Experience Measurement Scale, WEMS) (20).

Hälsa och livskvalitet

- Utmattning (Shirom Melamed Burnout Questionnaire, SMBQ) (21).
- Ångest och depression (Hospital Anxiety and Depression scale, HAD) (22).
- Smärta i vardagslivet (Multidimensional Pain Inventory, MPI-S) (23).
- Hälsorelaterad livskvalitet (Short Form 36 item questionnaire, SF-36) (24).

#### *Intervjuer*

För att utvärdera ADA+ och dess användbarhet genomfördes intervjuer med personer med utmattningssyndrom, arbetsgivare, handläggare på Försäkringskassan och rehabiliteringskoordinatorer. Intervjuerna genomfördes utifrån en semi-strukturerad frågeguide efter avslutad intervention.

#### *Individuella intervjuer*

Individuella intervjuer genomfördes med ett urval av arbetsgivare som eftersträvade variation avseende kön, erfarenhet som chef samt typ av sektor. Totalt genomfördes 16 intervjuer med arbetsgivare (10 kvinnor och 6 män, ålder 27-62 år). Arbetsgivarnas erfarenhet av att vara chef varierade mellan 1-30 år, och de representerade både små och stora företag inom privat-, offentlig- och statlig sektor. Två psykologer som inte hade varit delaktiga i personernas rehabilitering genomförde intervjuerna.

#### *Gruppintervjuer*

Gruppintervjuerna genomfördes av två personer, en person ledde samtalen och ställde intervjufrågor, medan den andra personen observerade, antecknade och ställde sammanfattande frågor i slutet av intervjun.

Sex gruppintervjuer genomfördes med totalt 15 personer med utmattningssyndrom (13 kvinnor och 2 män, ålder 33-56 år). Sammansättningen av grupperna utgick från de befintliga samtalsgrupperna i MMR-programmet vilket innebar att deltagarna i gruppintervjuerna kände varandra sedan tidigare. Sju personer arbetade i offentlig-, två i statlig- och sex i privat sektor. Gruppintervjuerna genomfördes av en psykolog som inte varit delaktig i personernas rehabilitering och observatören var en arbetsterapeut eller läkare och som inte varit delaktig i rehabiliteringen.

Fyra gruppintervjuer genomfördes med totalt 11 handläggare från Försäkringskassan. Handläggarna arbetade vid tre orter i Västerbotten och alla hade erfarenhet från handläggning av ärenden där ADA+ genomförts. Handläggarna var i åldrarna 36-63 år, samtliga var kvinnor och hade arbetat vid Försäkringskassan mellan 7-42 år.

En gruppintervju genomfördes med tre rehabiliteringskoordinatorer som deltagit i genomförandet av interventionen ADA+. Rehabiliteringskoordinatorerna var legitimerade fysioterapeuter/sjukgymnaster, samtliga var kvinnor och hade arbetat med koordinatorsuppdraget 1-4 år. Gruppintervjuerna med handläggare på Försäkringskassan och rehabiliteringskoordinator genomfördes av en arbetsterapeut

och fysioterapeut som inte varit delaktiga i interventionen.

### Analys

Det besvarade frågeformulären analyserades med IBM SPSS Statistics version 24. Analyserna bestod av parade t-test för att undersöka statistiska förändringar över tid inom gruppen. En signifikansnivå på 0,05 användes i analyserna. I resultatredovisningen anges om förändringen över tid är statistisk signifikant, vilket innebär en statistisk säkerställd skillnad med minst 95 % säkerhet. I tabeller redovisas p-värden.

Den hälsoekonomiska analysen syftade till att uppskatta om interventionen var kostnadseffektiv eller inte. För att avgöra om interventionen var kostnadseffektiv genomfördes beräkningar av både kostnader och effekter. I våra beräkningar använde vi oss av ett samhällsekonomiskt perspektiv vilket innebar att kostnader inkluderades oavsett var dessa hade uppstått. I ett alternativt angreppssätt använde vi oss av ett sjukvårdsperspektiv vilket innebar att endast landstingets kostnader ingick i analysen. De kostnader som vi använde oss av var interventionskostnad, primärvårdskostnad och produktivitetsförändring.

Kostnadseffektiviteten beräknades genom att merkostnaden för interventionen relaterades till antalet vunna levnadsår, Quality-Adjusted Life Years (QALYs). Antal vunna QALYs baserades på deltagarnas skattade hälsorelaterade livskvalitet (SF-36) som beräknades till ett hälsoindex. Som ett exempel kan en QALY svara mot ett levnadsår i perfekt hälsa (1 i hälsoindex x 1 år= 1 QALY) eller två levnadsår med en livskvalitet på 0,5 (0,5 i hälsoindex x 2 år= 1 QALY).

Eftersom studien saknade en randomiserad kontrollgrupp gjordes antaganden om en skapad kontrollgrupp som endast fick primärvård, som sedan användes för att genomföra två Markov-simuleringar, en för interventionsgruppen och en för kontrollgruppen. Genom att alla inmatningar i simuleringen antas härstamma från en förutbestämd fördelning och att all data matas in på ett slumpmässigt sätt, kunde sannolikheten antas att interventionen ADA+ är kostnadseffektiv.

Intervjuerna analyserades utifrån Grounded Theory (25, 26) (intervju med personerna och arbetsgivare) och kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (27, 28) (intervju med handläggare på Försäkringskassan och rehabiliteringskoordinatorerna). Samtliga intervjuer spelades in digitalt och transkriberades för att därefter koda och kategoriseras för att skapa en huvudkategori och modell eller tema.

### Etik

Projektet är godkänt av Regionala etikprövningsnämnden i Umeå (Dnr 2015/49-31Ö, Dnr 2017/524-32) och insamling av data har utförts enligt etiska principer utifrån Helsingforsdeklarationen.

### **Uppnådda resultat**

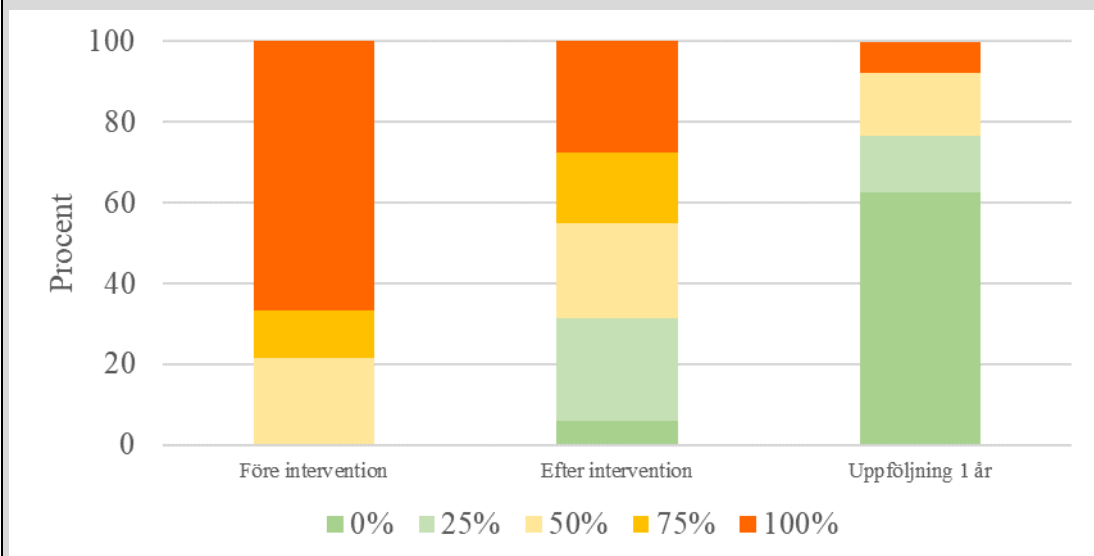
Totalt fullföljde 51 personer interventionen. En person fullföljde inte på grund av avslut i MMR-programmet och den andra personen avslutade på grund av uppsägning från sitt arbete. Beskrivning av de fullföljande deltagarnas bakgrund redovisas i Tabell 1.

Tabell 1. Bakgrundsbeskrivning för deltagarna vid start av interventionen.

	Deltagare, <i>n</i> =51
Kön, kvinna/man, <i>n</i>	41/10
Ålder, medelvärde (SD)	43,1 (8,1)
Högskoleutbildning, <i>n</i> (%)	26 (51)
Yrkessektor, <i>n</i> (%)	
Kommun	12 (23)
Landsting	11 (22)
Statlig	3 (6)
Privat	25 (49)
Fysisk aktivitet, <i>n</i> (%)	
< 150 min/vecka	9 (18)
≥ 150 min/vecka	42 (82)

### Återgång i arbete

Återgång i arbete har undersökts utifrån förändring av självskattad sjukskrivning vid tre mätillfällen. Sjukskrivning minskade succesivt över tid. Deltidssjukskrivning och frånvaro av sjukskrivning ökade successivt efter intervention till uppföljning vid ett år efter intervention. Vid uppföljning efter ett år var 63 % helt i arbete och 30 % rapporterade deltidssjukskrivning (Figur 4).



Figur 4. Grad av sjukskrivning före och efter intervention samt vid uppföljning ett år.

## Arbetsförmåga och upplevd arbetssituation

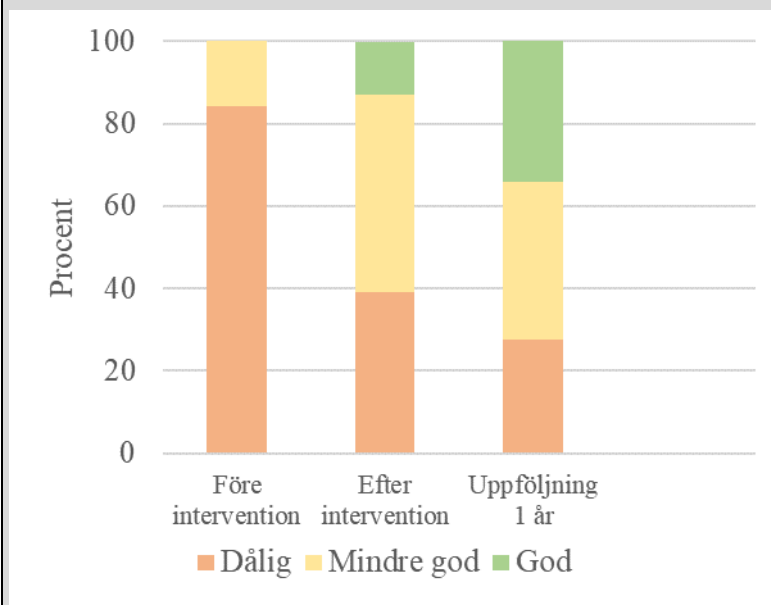
### Arbetsförmåga

Deltagarnas genomsnittliga arbetsförmåga förbättrades signifikant efter intervention och till uppföljning ett år senare (Figur 5).



Figur 5. Genomsnittlig poäng arbetsförmåga före och efter intervention samt vid uppföljning ett år.

Före interventionen klassificerades arbetsförmågan dålig-mindre god. Efter intervention skattade 13 % god arbetsförmåga och vid uppföljning ett år skattade 34 % god arbetsförmåga. Ingen av deltagarna nådde upp till utmärkt arbetsförmåga (Figur 6).

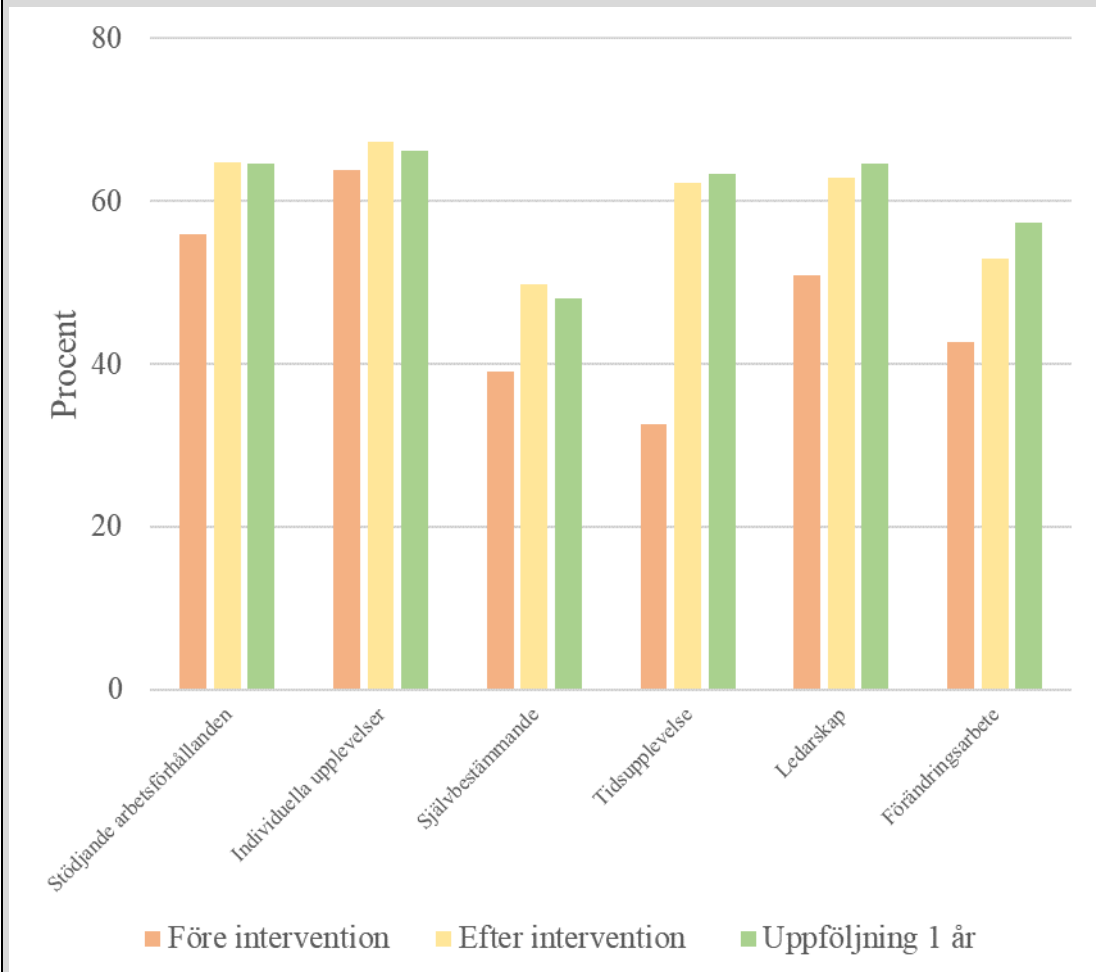


Figur 6. Fördelning av skattad arbetsförmåga före och efter intervention samt vid uppföljning ett år.



### Upplevd arbetssituation

Deltagarnas upplevda arbetssituation förbättrades signifikant över tid inom alla områden förutom individuella upplevelser. Individuella upplevelser innehöll frågor om meningsfullhet, utveckling, kompetens, utmaning/variation och glädje i arbetet. Största förändringen hade skett inom dimensionen tidsupplevelse. Efter interventionen angav deltagarna att de i större utsträckning hann med sina arbetsuppgifter under ordinarie arbetstid, hann avsluta en arbetsuppgift innan nästa tog vid, samt att de mindre ofta behövde stanna kvar efter arbetstid (Figur 7).



Figur 7. Deltagarnas upplevda arbetssituation före och efter intervention samt vid uppföljning ett år. Dimensionerna redovisas utifrån indexvärde (%). 100 % = högst möjliga positiva upplevda arbetssituation.

### Hälsa

Deltagarnas grad av utmattning, ångest och depression förbättrades signifikant över tid. Grad av utmattning minskade framförallt under interventionsperioden. Grad av ångest och depression hade efter interventionen sjunkit till nivåer som klassades som normala. Smärta skattades initialt lågt och ingen signifikant förändring kunde ses efter intervention eller vid uppföljning (Tabell 2).

Tabell 2. Deltagarnas skattade symtom av utmattning, ångest, depression och smärta före och efter intervention samt vid uppföljning ett år senare. Värdena redovisas med medelvärde och standardavvikelse (SD).

	Före intervention m (SD)	Efter intervention m (SD)	Uppföljning 1 år m (SD)	p-värde före-efter	p-värde före-1 år
Utmattning	5,5 (0,7)	3,8 (1,1)	3,6 (1,1)	0,000	0,000
Ångest	10,0 (3,2)	6,2 (3,3)	5,4 (3,5)	0,000	0,000
Depression	8,7 (3,0)	4,4 (2,8)	3,8 (2,8)	0,000	0,000
Smärta	2,2 (1,0)	2,1 (0,9)	2,1 (1,0)	0,345	0,351

Utmattning:  $\geq 4,0$  = klinisk utmattning;  $\leq 2,75$  låg grad av utmattning (normal population)

Ångest och depression:  $< 7$  p = normalt; 8-10 p = mild; 11-14 p = måttlig;  $\geq 15$  p = svår

Smärta: Smärta med stor påverkan på vardagslivet, maxpoäng 6.

#### Hälsoekonomisk beräkning

Markov-modellen hade tre steg; att ha utmattningssyndrom, fri från utmattningssyndrom och död. Grundtanken med en sådan modellering var att deltagarna förflyttar sig mellan dessa tillstånd och att det inte existerar ytterligare varianter av tillstånd. Detta är en stark förenkling av verkligheten. Markovanalysens utgångspunkt var att samtliga deltagare befinner sig i det första steget. I genomsnitt var deltagarna 40 år och kvinna vilket också var utgångspunkten för analysarbetet. Vidare utgick analysen från att varje simuleringscykel är ett år, och att 30 simuleringscyklar genomfördes. Huruvida deltagarna hade utmattningssyndrom eller inte baserades på deltagarnas skattade grad av utmattning. Om värdet var större eller lika med 4 definierades detta som utmattningssyndrom.

Livskvaliteten i de två grupperna skiljde sig åt. De som har utmattningssyndrom hade sämre livskvalitet än de som är fri från utmattningssyndrom (Tabell 3). QALY värdet för en person som är död, det tredje tillståndet, antas vara noll.

Tabell 3. Deltagarnas QALY värden för gruppen som har utmattningssyndrom jämfört med den grupp som inte har utmattningssyndrom.

	Medelvärde	Standard- avvikelse	Baserat på antal observationer
Har utmattningssyndrom	0,5042	0,0581	32
Fri från utmattningssyndrom	0,6581	0,0625	21

Kostnaderna i analysen bestod av kostnader för interventionen och för primärvård som skiljer sig åt beroende av om individen har utmattningssyndrom eller är fri från utmattningssyndrom samt produktivetsförluster som antas vara olika beroende på tillstånd och ålder. Produktiviteten beräknades med utgångspunkt från uppskattad arbetstid enligt anställningsavtal som reducerades utifrån självuppskattad faktisk

arbetstid (Tabell 4).

Tabell 4. Exempel på åldersrelaterade kostnader för deltagarna i gruppen som har utmattningssyndrom jämfört med den grupp som inte har utmattningssyndrom.

	Interventionskostnad	Primärvårdskostnad	Produktivitetsförlust (40-44 år)	Produktivitetsförlust (60-64 år)
Har utmattningssyndrom	68 888 kr	7 404 kr	267 253 kr	312 999 kr
Fri från utmattningssyndrom	0	3 498 kr	57 746 kr	67 628 kr

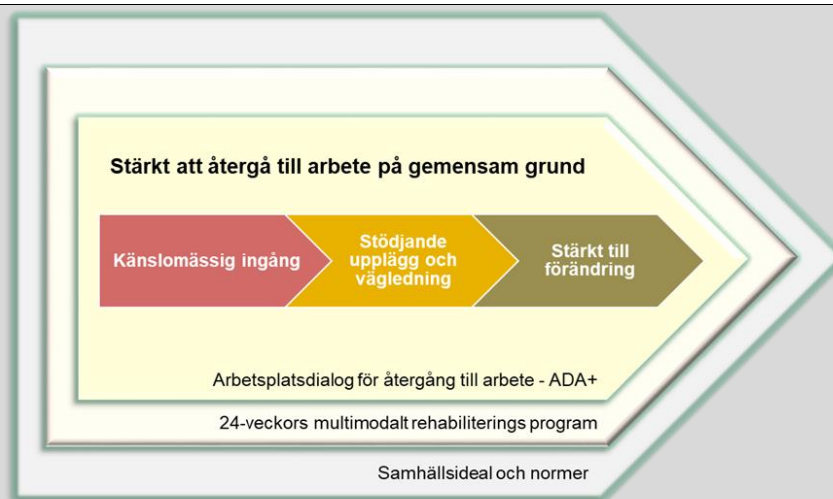
Inom ramen för projektet presenterades 10 olika Markovmodeller (29). Resultaten indikerade att kostnadseffektiviteten är god om man inkluderade minskade produktivitetsförluster till följd av interventionen. För att dra en sådan slutsats måste man bestämma sig för ett gränsvärde. Ofta sätts ett gränsvärde på 500 000 kr vilket innebär att alla interventioner som har mindre kostnader bedöms vara kostnadseffektiva. Sannolikheten att ADA+ -interventionen är kostnadseffektiv är 90 % givet att man använder ett gränsvärde på 500 000 svenska kronor.

Om endast kostnadseffektiviteten studeras med sjukvårdskostnader inkluderade är fortfarande ADA+ att betrakta som kostnadseffektiv. Sannolikheten för kostnadseffektivitet är 74 % givet samma gränsvärde.

#### Kvalitativa intervjuer

##### Personer med utmattningssyndrom

Syftet var att undersöka personer med utmattningssyndrom och deras erfarenheter av ADA+ vid återgång i arbete. Analyserna resulterade i en huvudkategori "stärkt att återgå till arbete på gemensam grund" och tre kategorier, "känslomässig ingång", "stödande upplägg och vägledning" och "stärkt till förändring". Huvudkategorin representerade en hälsofrämjande process i vilken det strukturerade upplägget och det personliga stödet från rehabiliteringskoordinatoren stärkte informanterna att komma tillbaka i arbete vid arbetsplatsen de blivit sjukskrivna från. Dessutom bidrog ADA+ till upplevelser av ökad delaktighet och ökad jämställdhet i relation till arbetsgivaren eftersom ansvaret för anpassningar och planering för återgång till arbetet blev tydlig och jämnt fördelad mellan involverade aktörer. Resultatet presenteras i en teoretisk modell som även inkluderar kontexten bestående av MMR-programmet samt samhällsideal och normer kring utmattningssyndrom och sjukskrivning (Figur 8).



Figur 8. Teoretisk modell för hur ADA+ i dess kontext bidrar till en hälsofrämjande process vid återgång till arbete för personer med utmattningssyndrom.

### *Känslomässig ingång*

I den inledande fasen av ADA+ beskrev informanterna att de upplevde en känslomässig utsatthet av att vara sjukskrivna för utmattningssyndrom och att återgå till arbetet på arbetsplatsen. De var oroliga för att möta arbetsgivaren i det kommande dialogsamtalet och för vad arbetsgivaren sagt i den enskilda intervjun. De uttryckte även rädsla för att bli missförstådda. De kände skuld och dåligt samvete mot kollegor, familj och anhöriga för sin situation. Samtidigt beskrev informanterna att de var förväntansfulla inför att återgå till arbetet, samt att de hade tillit till rehabiliteringskoordinatören och annan personal de mött i rehabiliteringsprogrammet.

### *Stödjande upplägg och vägledning*

Informanterna upplevde att strukturen i upplägget och rehabiliteringskoordinatörens roll i ADA+ fungerade som ett fysiskt såväl som psykologiskt stöd. Rehabiliteringskoordinatörens kunskaper om utmattning och kompetens i att kommunicera och samordna kontakter kom till uttryck i att ha någon att "luta sig mot" och att någon "gav röst" för deras behov. Genomförandet av dialogsamtalet och arbetet med att skriva en gemensam plan bidrog till att de kände sig trygga och mer jämställda i relation till arbetsgivaren. Den skriftliga planen tydliggjorde ansvarsfördelning mellan dem vilket minskade informanternas upplevelser av skuld och misslyckande. Informanterna upplevde att ADA+ gav stöd på ett personligt plan samtidigt som arbetsgivaren fick stöd i processen.

### *Stärkt till förändring*

Informanterna upplevde att ADA+ stärkt dem att återgå till arbetet och att stödet i ADA+ lett till förändringar som underlättat arbetsåtergång. Den skriftliga planen upplevdes som ett bra redskap för att följa upp och utvärdera om överenskomna anpassningar fungerat. Planen fungerade även som ett stöd för de med kognitiva funktionsnedsättningar, som nedsatt minne och svårigheter att organisera tankar. Dessutom upplevde informanterna att ADA+ ökat arbetsgivarens kunskaper om utmattningssyndrom och arbetsrehabilitering vilket gett "ringar på vattnet" och förbättrat den gemensamma arbetsmiljön på arbetsplatsen. ADA+ upplevdes även förbättra samarbetet med Försäkringskassans handläggare och andra involverade aktörer.

Sammantaget upplevde personerna med utmattningssyndrom att ADA+ erbjöd ett bra

stöd vid återgång till arbete. Informanterna efterfrågade däremot fler möjligheter till dialogsamtal med arbetsgivaren, exempelvis i ett uppföljande samtal i slutet av processen. De personer som hade behov av fortsatt stöd i arbetsåtergång efter MMR-programmet önskade att överlämningsrutinerna till inremitterande läkare skulle kunna fungera bättre. I de sammanhang som ADA+ inte haft så stor betydelse för arbetsåtergång framkom, bland personer vars sjukskrivning inte direkt var relaterad till arbetsplatsen, att orsaken upplevdes vara en krävande hemsituation exempelvis med en sjuk anhörig.

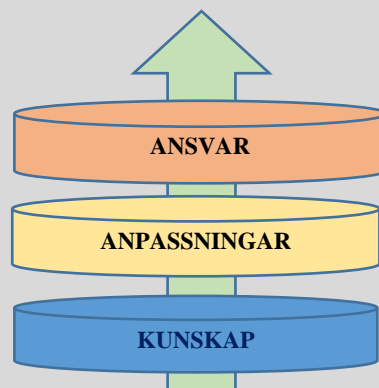
### Arbetsgivare

Syftet var att utforska hur ADA+ kan stödja en individuell rehabiliteringsprocess ur ett arbetsgivarperspektiv. Analyserna resulterade i en huvudkategori, "förstärkt kapacitet att agera för en hållbar rehabiliteringsprocess" och tre kategorier, "kunskap", "anpassningar" och "ansvar". Resultatet sammanfattas i en teoretisk modell (Figur 9).

#### *Förstärkt kapacitet att agera för en hållbar rehabiliteringsprocess*

Arbetsgivarens delaktighet i interventionen och ADA+ innebar att de upplevde en förstärkt kapacitet att agera. Det enskilda samtalet med en rehabiliteringskoordinator upplevdes positivt, där arbetsgivaren fick delge sin syn på situationen. De blev mer involverade i rehabiliteringsprocessen och kände sig stärkta med den nya kunskapen och även i hur de praktiskt kunde agera och anpassa arbetet för personen. Båda parter ansvar blev tydliggjort vilket underlättade ökad delaktighet i åtgärderna och processen åter till arbetet. Processen gav "ringar på vattnet" vilket innebar att arbetsgivaren använde sin nya kunskap i arbetet på arbetsplatsen – även med de övriga medarbetarna. Ett hinder i processen att återgå i arbetet kunde vara om medarbetaren exempelvis hade en stor börda i sin familjesituation.

#### **Förstärkt kapacitet att agera för en hållbar rehabiliteringsprocess**



Figur 9. Teoretisk modell hur ADA+ kan ge stöd till arbetsgivare i en individuell rehabiliteringsprocess.

#### *Kunskap*

Att delta i ADA+ innebar för arbetsgivarna att de erhöill kunskap successivt under interventionen och rehabiliteringsprocessen. De lärde sig mer om stressrelaterad ohälsa och utmattningssyndrom, exempelvis att tidigt se varningssignaler på ohälsosam stress. Även kunskap om rehabiliteringskedjan och medarbetarens individuella behov synliggjordes.

#### *Anpassningar*

Denna kategori om anpassningar hade nära anslutning till kategorin kunskap.

Arbetsgivaren behövde kunskap om medarbetarens situation för att förstå vilka anpassningar som borde genomföras. Dialogsamtalen gav möjlighet att få stöd från rehabiliteringskoordinatören angående medarbetarens diagnosspecifika behov. Några arbetsgivare beskrev att de tidigare inte vågat ge tydliga riktlinjer i arbetet i tron att det skulle belasta individen. I dialogsamtalet blev arbetsgivaren istället stärkt i att våga ge tydliga anpassningar.

#### *Ansvar*

Att definiera ansvar i rehabiliteringsprocessen var väldigt viktigt. Dialogsamtalen var en god arena för att diskutera bådars ansvar, vilket tydliggjordes i den skriftliga planen. Dialogsamtalen verkade för en öppen och transparent process som stimulerade till god kommunikation mellan arbetsgivare och medarbetare. Ärlighet vid dialogsamtalet visade sig vara en viktig förutsättning för att bygga tillit, vilket gjorde att båda parter kunde fokusera på den aktuella processen för att återgå i arbete. Arbetsgivarna upplevde den skriftliga planen tydlig och konkret med fokus på den aktuella situationen och båda parter ansvar.

#### Handläggare på Försäkringskassan och rehabiliteringskoordinatorer

Syftet var att utforska försäkringskassans handläggares och rehabiliteringskoordinatorers erfarenheter av vad som kan underlätta respektive utgöra hinder i användningen av ADA+ i processen för återgång i arbete. Försäkringskassans handläggare och rehabiliteringskoordinatorerna rapporterade flera fördelar med planer som upprättats genom interventionen ADA+. Informanternas berättelser visar på likheter men också olikheter i erfarenheter och uppfattningar om hur och när återgång i arbete ska ske samt hur en plan kan realiseras. I analysen av fokusgrupperna framkom ett övergripande tema och fyra kategorier gällande informanternas uppfattning om underlättande och hindrande faktorer vid användning av ADA+ för återgång i arbete (Figur 10). Det övergripande temat "tillit trots olika perspektiv" uttryckte vikten av att det fanns tillit på flera nivåer. Tillit till personens förmåga, tillit till professionen och även till systemet och regelverket. Medverkande aktörer hade olika roller och därmed olika perspektiv i rehabiliteringsprocessen. ADA+ kunde till viss del visualisera olikheterna och därmed ge stöd i att överväga de olika perspektiven.

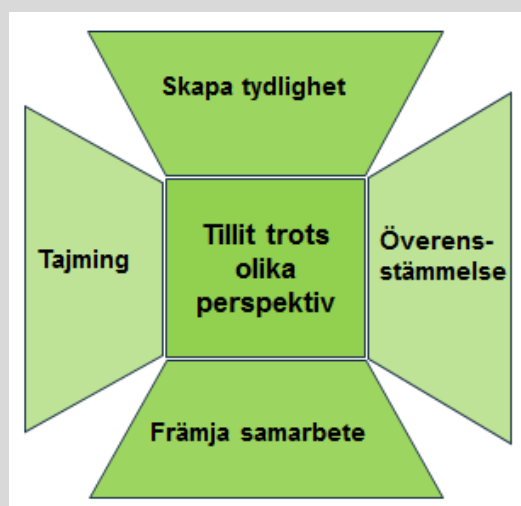
Kategorierna "skapa tydlighet" och "främja samarbete" innehöll faktorer som kunde stärka tilliten och underlätta återgång i arbete. Både Försäkringskassans handläggare och rehabiliteringskoordinatorerna rapporterade att en plan, upprättad enligt ADA+, förtydligade olika roller och ansvar mellan den anställde och dennes arbetsgivare. Planen klargjorde också personens nuvarande arbetsuppgifter, personens förmågor och begränsningar i arbete, viktiga miljöfaktorer och föreslagna anpassningar. Handläggarna framhöll att en sådan plan var mycket informativ, ofta framåtsyftande och tillförde viktig information till Försäkringskassan. Handläggarna ansåg att planer gjorda utifrån ADA+ var transparenta och att de ofta innehöll tillförlitliga lösningar.

Bland informanternas fanns en stor enighet om fördelarna med samarbete. Eftersom planen från ADA+ klargjorde förutsättningarna och överförde information mellan olika aktörer, kunde interventionen verka för ett samarbete.

Kategorierna "tjaming" och "överenstämmelse" innehöll faktorer som utmanade användningen av ADA+ och som kunde försvaga tilliten. Problemet kunde uppstå om ADA+ användes sent i processen, exempelvis om tidsgränser i sjukförsäkringen passerat. Det kunde innebära svårigheter att arbeta för återgång i ordinarie arbete om

Försäkringskassan, i enighet med rehabiliteringskedjan, skulle bedöma arbetsförmågan mot annat arbete. Rehabiliteringskoordinatorerna betonade att "takten" i rehabiliteringsprocessen för återgång i arbete måste baseras på individens förutsättningar.

Handläggarna framhöll vikten av att ta hänsyn till sjukförsäkringens regelverk när ADA+ användes. Den skriftliga planen måste dessutom harmonisera med den information som framkommer i de medicinska underlagen. Planens överensstämmelse med regelverk och medicinska underlag var en viktig förutsättning för att planen skulle vara trovärdig och kunna förverkligas.



Figur 10. Modell för vad som kunde stärka/underlätta och utmana användandet av ADA+ i rehabiliteringsprocessen.

### Diskussion

Interventionen ADA+ som syftar till att främja dialog mellan arbetsgivare och medarbetare, har i detta projekt utvärderats och visat sig vara en användbar metod vid rehabilitering för återgång i arbete. Rehabiliteringskoordinatorn visade sig vara ett neutralt stöd som faciliterade dialog och samverkan mellan involverade parter. Personerna med utmattningssyndrom blev stärkta att återgå i arbetet genom ökad delaktighet och jämställdhet i relation till sin arbetsgivare. Arbetsgivarna förstärkte sin kapacitet att agera för en hållbar rehabiliteringsprocess, genom ökad kunskap, anpassningar utifrån individens behov och delat ansvar. Trots olika perspektiv och roller upplevde handläggare på Försäkringskassan och rehabiliteringskoordinatorer att ADA+ och den skriftliga planen skapade en tydlighet i processen och främjade samarbetet mellan olika aktörer. Tilliten till metoden var betydelsefull, men tilliten utmanades om insatser inte tajmades och om regelverk och medicinska underlag inte överensstämde. Deltagarnas skattade sjukskrivning minskade succesivt över tid och arbetsförmåga, upplevd arbetssituation och hälsa förbättrades signifikant över tid. Den hälsoekonomiska beräkningen visade att de olika simuleringarna indikerade att ADA+ är en kostnadseffektiv intervention både ur ett samhälls- och sjukvårdsperspektiv.

Det finns emellertid metodologiska svagheter i studien som bör observeras. I projektet saknas en slumpad kontrollgrupp, vilket gör det svårt att utvärdera effekten. Det som också försvårar utvärderingen är att interventionen ADA+ genomfördes parallellt med ett MMR-program. Det är svårt att exakt veta vilken åtgärd som har haft effekt. MMR-programmet innehöll KBT i grupp, fysisk aktivitet och återbesök till läkare, vilket i tidigare

utvärderingar har förbättrat deltagarnas hälsa, på samma nivå som i detta projekt. En annan svaghet i projektet är att det finns risk för över- och underskattningar av kostnadseffektiviteten. Det finns även risk att överskatta produktivitetsvinsten, eftersom produktivetsförlusternas förändring är baserad på självskattning och att deltagarnas yrke inte ingår i beräkningen.

Trots de metodologiska svagheterna observeras en tydlig effekt på återgång i arbete/minskad sjukskrivning. I jämförelse med MMR-program för personer med utmattningssyndrom som inte innehåller ADA+ har en betydligt större andel i detta projekt minskat sin sjukskrivning. Tidigare utvärdering visade att ca 60 % var tillbaka i arbete på del- eller heltid vid uppföljning efter ett år, i jämförelse med 93 % i detta projekt (7). Anledningen till ökad återgång i arbete i detta projekt kan bero på att interventionen ADA+ har ett stort fokus på arbetsplatsen och arbetsgivaren. Resultatet stärks av att deltagarna efter intervention upplevde mindre tidsbrist i sitt arbete. Eventuellt kan anpassningar och åtgärder i den skriftliga planen ha påverkat och skapat tydlighet i arbetssituationen som underlättat arbetsåtergång. Den generellt stora förändringen i minskad sjukskrivning över tid i relation till den låga kostnaden för interventionen, är sannolikt en viktig faktor som gör interventionen kostnadseffektiv ur flera perspektiv. Andra orsaker kan också ha påverkat återgång i arbete som exempelvis förändringar i sjukförsäkringen eller konjunkturen i samhället.

I de fall där orsaken till utmattningen och sjukskrivningen inte var arbetsrelaterade utan istället bestod av en krävande hemsituation, exempelvis sjuk anhörig, kunde inte intervention ADA+ möta individens behov. Här fanns istället ett uttalat behov av yttre stöd och samverkan med exempelvis Socialtjänsten.

De kvalitativa intervjuerna har visat på att interventionen ADA+ är en kliniskt användbar metod som fungerar att implementera i en verksamhet inom hälso- och sjukvården. Interventionen har utvärderats på personer med psykisk ohälsa men kan med stor sannolikhet användas för andra diagnosgrupper där behov finns för att stärka dialog och samverkan mellan arbetsgivare, medarbetare och externa aktörer. Detta bekräftas av tidigare studie som visat att metoden ADA har god effekt vid återgång i arbete för personer med tidiga muskuloskelettala besvär i rygg och nacke (30).

Sammanfattningsvis visar detta projekt att interventionen ADA+ är en användbar och kostnadseffektiv metod som kan användas inom hälso- och sjukvård för att öka återgång i arbete för personer med psykisk ohälsa. Deltagarnas hälsa, arbetsförmåga, arbetssituation och delaktighet stärktes, samtidigt som arbetsgivarna förstärkte sin kapacitet att agera tidigt för en hållbar rehabiliteringsprocess. Samverkan med involverade aktörer främjades vilket också påverkade processen att återgå i arbete.

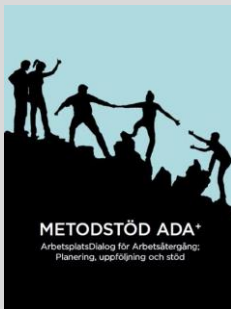
### **Genomförda insatser för att resultaten ska komma till praktisk användning**

Detta projekt har genomförts i samarbete mellan forskare vid Umeå universitet och forskare och kliniker vid Västerbottens läns landsting. Förutsättningarna har därför från början varit goda att implementera kunskapen direkt i den kliniska verksamheten inom hälso- och sjukvård. Metoden ADA+ skapades och utvecklades i samarbete med kliniker med målet att vara en enkel och strukturerad metod, realistisk att använda inom hälso- och sjukvård.

Metoden ADA+ har fått stor uppmärksamhet under projektets gång där primärvård, specialistvård och företagshälsovård har visat stort intresse. Detta har troligtvis



förstärkts genom att Sveriges kommuner och landsting (SKL) inom ramen för Överenskommelsen om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, har verkat för att stärka rehabiliteringskoordinatorernas roll i hälso- och sjukvården och facilitera arbetet för tidiga kontakter mellan rehabiliteringskoordinatorer och arbetsgivare. Rehabiliteringskoordinatorn har i uppdrag att ge individuellt stöd till sjukskrivna, samordna internt på vårdenheten och med övriga verksamheter i hälso- och sjukvården, samt samverka med arbetsgivare och andra externa aktörer. Målet är att främja den enskilde patientens återgång eller inträde till arbetslivet. ADA+ har visat sig vara en strukturerad dialogmodell som kan användas inom hälso- och sjukvård, vilket är anledningen till att många enheter inom primärvård, specialistvård och företagshälsovård har önskat sig utbildning i metoden. För att underlätta implementeringen i kliniken har ett metodstöd utvecklats (31) som finns kostnadsfritt och tillgängligt via [www.fhvmethodik.se](http://www.fhvmethodik.se) och [www.vardhandboken.se](http://www.vardhandboken.se) (Figur 11).



Figur 11. Metodstöd ADA+.

Intresset för ADA+ och den konkreta och skriftliga planen har också stärkts utifrån att den 1 juli 2018 infördes bestämmelser om en ny skyldighet för arbetsgivare att upprätta en plan för återgång i arbete (ny paragraf, 30 kap. 6 § i SFB). Planen gäller för medarbetare som varit frånvarande i 30 dagar på grund av arbetsoförmåga och som antas vara frånvarande mer än 60 dagar från sitt arbete.

Spridning av resultat har genomförts via media (Sunt Arbetsliv, Radio Västerbotten, Sveriges Television), till Sveriges socialförsäkringsminister Annika Strandhäll som var på studiebesök i Umeå för att ta del av metoden, sjukvårdsledningen Västerbottens läns landsting, samt HR inom Västerbottens läns landsting och Umeå universitet. Nedan listas ingående hur spridning av resultat från projektet har genomförts för att komma till praktisk användning.

#### Utbildningar och föreläsningar med kliniker och forskare

- Utbildning ADA+ metodik för rehabiliteringskoordinatorer, primärvård, Region Västernorrland, Sundsvall (planeras februari 2019).
- Utbildning ADA+ metodik för rehabiliteringskoordinatorer och företagshälsovård, Region Norrbotten, Luleå (planeras dec 2018).
- Utbildning ADA+ metodik för rehabiliteringskoordinatorer, specialistvård, Psykiatrisk klinik, Västerbottens läns landsting, Umeå (planeras nov 2018).
- Utbildning ADA+ metodik för rehabiliteringskoordinatorer, primärvård, Västra Götalandsregionen, Göteborg (sep 2018).
- Seminarium utmattningssyndrom och ME/CFS. Läkartidningen, Göteborg (sep 2018).
- Utbildning ADA+ metodik för rehabiliteringskoordinatorer, primärvård, Västra Götalandsregionen, Göteborg (maj 2018).

- Utbildning ADA+ metodik för rehabiliteringskoordinatorer, specialistvård, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen, Göteborg (maj 2018).
- Seminarium utmattningssyndrom och ME/CFS. Läkartidningen, Stockholm (maj 2018).
- Utbildning ADA+ metodik för rehabiliteringskoordinatorer, primärvård, Västerbottens läns landsting, Umeå (mars 2018).
- Utbildning ADA+ metodik för rehabiliteringskoordinatorer, primärvård, Västerbottens läns landsting, Skellefteå (april 2018).
- Utbildning Arbetsplatsdialog för arbetsåtergång (ADA+) för personal inom hälso- och sjukvård och företagshälsovård, Region Västernorrland, Sundsvall (jan 2018).
- Utbildning Arbetsplatsdialog för arbetsåtergång (ADA+) för personal inom hälso- och sjukvård och företagshälsovård, region Jämtland Härjedalen, Östersund (jan 2018).
- Utbildning Arbetsplatsdialog för arbetsåtergång (ADA+) för personal inom hälso- och sjukvård och företagshälsovård, Västerbottens läns landsting, Umeå (april 2018).
- Utbildning Arbetsplatsdialog för arbetsåtergång (ADA+) för personal inom hälso- och sjukvård och företagshälsovård, Region Norrbotten, Piteå ( maj 2017).
- Arrangör av nationell stresskonferens Umeå, varav en dag fokuserade på arbetsplatsinriktade åtgärder (nov 2017).
- Nationell konferens "Koordinatorn – nytt stöd i sjukskrivningen" SKL, Stockholm (sep 2017).
- Utbildning ADA+ metodik för rehabiliteringskoordinatorer, specialistvård, Psykiatrimottagning utmattningssyndrom, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen (nov 2016).

#### Föreläsningar, seminarier och workshops med studenter på grund- och avancerad nivå

- Fysioterapeutprogrammet termin 6, Umeå universitet (2016-2018)
- Magisterprogrammet i arbetsliv och hälsa - inriktning ergonomi, - företagssköterska och - beteendevetenskap, Umeå universitet (2016-2018)
- Arbetsförmåga och rehabilitering till arbetslivet (Arbetsterapi och Fysioterapi), 7,5 hp. Institutionen för Samhällsmedicin och rehabilitering, Umeå universitet (2018).

#### **Publikationer, presentationer och annan spridning inom projektets ram**

##### Rapporter och publikationer

- Metodstöd ADA+. ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång; Planering, uppföljning och stöd. ISBN:978-91-7601-812-5. Umeå universitet 2017.  
[http://fhvmetodik.se/wp-content/uploads/2015/01/Metodbok\\_ADAPlus.pdf](http://fhvmetodik.se/wp-content/uploads/2015/01/Metodbok_ADAPlus.pdf)
- Strömbäck M, Fjellman-Wiklund A, Keisu S, Stureson M and Eskilsson T. "Common ground – restoring confidence for return to work – experiences from persons with exhaustion disorder after a dialogue-based work place intervention". Manuscript 2018.
- Eskilsson T, Norlund S, Wiklund M and Lehti A. "The use of a dialogue based work place intervention for return to work – from employer perspectives". Manuscript 2018.
- Stureson M, Fjellman-Wiklund A, Strömbäck M and Eskilsson T. "A dialogue based workplace intervention - Social insurance officials' and return to work coordinators' experiences". Manuscript 2018.
- Nilsson I. Hälsoekonomisk utvärdering av ADA+. Rehabilitering av människor med utmattningssyndrom. Examensarbete 15 hp. Masterprogrammet i Nationalekonomi, Umeå universitet 2018.

- Nilsson M, Thompson C. Dialogbaserad arbetsplatsintervention (ADA+) vid utmattningssyndrom. Effekter och samband mellan psykologiska variabler, smärta och arbetsförmåga. Examensarbete 15 hp. Magisterprogrammet i Arbetsliv och hälsa, institutionen för Samhällsmedicin och rehabilitering, Umeå universitet 2018.
- Wiklund C. Självskattad arbetsförmåga och arbetsförhållanden vid utmattningssyndrom före och efter en arbetsplatsinriktad intervention. Examensarbete 15 hp. Fysioterapeutprogrammet, institutionen för Hälsovetenskap, Luleå tekniska universitet 2018.
- Keisu S. Stärkande och balanserande dialogmodell bidrar till hållbar arbetsåtergång vid utmattningssyndrom – en intervjustudie. Examensarbete 30 hp. Masterprogrammet i Fysioterapi, institutionen för Samhällsmedicin och rehabilitering, Umeå universitet 2017.

#### Vetenskapliga presentationer

- EUMASS Congress 2018 Maastricht, 4-6 oktober 2018. Muntlig presentation. *“The use of a dialogue based work place intervention for return to work – from employer perspectives”*. Eskilsson T, Norlund S, Wiklund M and Lehti A.
- EUMASS Congress 2018 Maastricht, 4-6 oktober 2018. Muntlig presentation. *“Restoring confidence in working life – experiences of supportive guidance in the return to work process after stress-related exhaustion”*. Strömbäck M, Keisu S, Sturesson M, Fjellman-Wiklund A, Eskilsson T.
- EUMASS Congress 2018 Maastricht, 4-6 oktober 2018. Muntlig presentation. *“A dialogue based workplace intervention - Social insurance officials’ and RTW coordinators’ experiences”*. Sturesson M, Fjellman-Wiklund A, Strömbäck M, Eskilsson T.
- Fysioterapi 2017, 25-27 oktober 2017, Stockholm Waterfront. Posterpresentation. *“Arbetsåtergång vid stress och utmattning. Fysioterapeuten som rehabiliteringskoordinator – en ny viktig aktör för samverkan”*. Strömbäck M, Keisu S, Fjellman-Wiklund A, Sturesson M, Wiklund M och Stenlund T.
- Norrskan, klinisk behandlingsforskning i norra sjukvårdsregionen, 24-25 augusti 2017, Norrlands universitetssjukhus, Umeå. Muntlig presentation. *“Hållbar arbetsåtergång vid psykisk ohälsa – en dialogmodell som främjar samverkan mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare”*. Strömbäck M, Keisu S, Fjellman-Wiklund A, Sturesson M, Wiklund M och Stenlund T.

#### **Referenser**

1. Psykisk ohälsa. Korta analyser 2016:2. ISBN: 978-91-7500-394-8.
2. Hasselberg K, Jonsdottir I, Ellbin S, Skagert K. Self-reported stressors among patients with exhaustion disorder: an exploratory study of patients records. BMC Psychiatry 2014;14(66).
3. Socialstyrelsen. Utmattningssyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa. Stockholm: Bjuerner & Bruno AB 2003.
4. Grossi G, Perski A, Osika W, Savic I. Stress-related exhaustion disorder - clinical manifestation of burnout? A review of assessment methods, sleep impairments, cognitive disturbances, and neuro-biological and physiological changes in clinical burnout. Scand J Psychol 2015;56:626-36.
5. Glise K, Ahlborg Jr G, Jonsdottir IH. Prevalence and course of somatic symptoms in patients with stress-related exhaustion: does sex or age matter. BMC Psychiatry 2014;14:118.
6. Glise K, Ahlborg Jr G, Jonsdottir IH. Course of mental symptoms in patients with stress-related exhaustion: does sex or age make a difference? BMC Psychiatry

- 2012;12:18.
7. Stenlund T, Nordin M, Slunga Järholm L. Effects of rehabilitation programmes for patients on long-term sick leave for burnout: a 3-year follow-up of the REST-study. *J Rehabil Med* 2012;44:684-90.
  8. Statens offentliga utredningar SOU 2011:15. Rehabiliteringsrådets slutbetänkande. Stockholm; 2011.
  9. Salomonsson S, Hedman-Lagerlof E, Ost LG. Sickness absence: a systematic review and meta-analysis of psychological treatments for individuals on sick leave due to common mental disorders. *Psychol Med* 2018;48(12):1954-65.
  10. Malmberg Gavelin H, Eskilsson T, Boraxbekk CJ, Josefsson M, Stigsdotter Neely A, Slunga Jarvholm L. Rehabilitation for improved cognition in patients with stress-related exhaustion disorder: RECO - a randomized clinical trial. *Stress* 2018;21(4):279-91.
  11. Aronsson G, Theorell T, Grape T, Hammarstrom A, Hogstedt C, Marteinsdottir I, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health* 2017;17(1):264.
  12. Norlund S, Reuterwall C, Hoog J, Nordin M, Edlund C, Slunga Birgander L. Work related factors and sick leave after rehabilitation in burnout patients: experiences from the REST- project. *J Occup Rehabil* 2011;21(1):23-30.
  13. Norlund S, Fjellman-Wiklund A, Nordin M, Stenlund T, Ahlgren C. Personal resources and support when regaining the ability to work: an interview study with exhaustion disorder patients. *J Occup Rehabil* 2013;23(2):270-9.
  14. FORTE. En kunskapsöversikt - Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro 2015.
  15. Aronsson G, Lundberg U. Rehabilitering och samordning. Slutrapport: Utvärdering av Rehsams forskningsprogram 2009-2011. Psykologiska institutionen, Stockholms universitet 2017. ISBN: 978-91-88561-10-7.
  16. Cullen K, Irvin E, Collie A, Clay F, Gensby U, Jennings P, et al. Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *J Occup Rehabil* 2018;28(1):1-15.
  17. Uppdrag Psykisk hälsa. Forskningsöversikt: Arbete och sjukfrånvaro 2017.
  18. Karlsson B, Jönsson P, Pålsson B, Åbjörnsson G, Malmberg B, Larsson B, et al. Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout - a prospective controlled study. *BMC Public Health* 2010;10:301.
  19. Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, et al. Work ability index. 2nd revised edn. Helsinki: Finnish Institute of occupational health 1998.
  20. Nilsson P, Bringsén Å, Andersson H, Ejlerstsson G. Development and quality analysis of the Work Experience Measurement Scale (WEMS). *WORK*. 2010;35:153-61.
  21. Melamed S, Ugarten U, Shirom A, Kahana L, Lerman Y, Froom P. Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels. *J Psychosom Res* 1999;46:591-8.
  22. Zigmond A, Snaith R. The hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.
  23. Kerns RD, Turk DC, Rudy TE. The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain* 1985;23(4):345-56.
  24. Sullivan M, Karlsson J, Ware JE Jr. The Swedish SF-36 Health Survey - I. Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden. *Soc Sci Med* 1995;41(10):1349-58.
  25. Dahlgren L, Emmelin M, Winkvist A. Qualitative methodology for international public health. Umeå, Sweden 2007.
  26. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research techniques and procedures for developing Grounded Theory (2nd edition). Publications S, editor. London 1998.
  27. Graneheim U, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004;24(2):105-12.

28. Lundman B, Graneheim U. Kvalitativ innehållsanalys. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur 2008.
29. Nilsson I. Hälsoekonomisk utvärdering av ADA+. Rehabilitering av människor med utmattningssyndrom. Examensarbete 15 hp. Masterprogrammet i Nationalekonomi, Umeå universitet 2018.
30. Sennehed CP, Holmberg S, Axen I, Stigmar K, Forsbrand M, Petersson IF, et al. Early workplace dialogue in physiotherapy practice improved work ability at 1-year follow-up - WorkUp, a randomised controlled trial in primary care. *Pain* 2018;159(8):1456-64.
31. Metodstöd ADA<sup>+</sup>. ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång; Planering, uppföljning och stöd. ISBN:978-91-7601-812-5. Umeå universitet 2017.  
[http://fhvmetodik.se/wp-content/uploads/2015/01/Metodbok\\_ADAPlus.pdf](http://fhvmetodik.se/wp-content/uploads/2015/01/Metodbok_ADAPlus.pdf)