

# WorkUp

**Tidig strukturerad vård med  
arbetsplatsintervention för förbättrad  
arbetsförmåga vid akut/subakut nack-  
och/eller ryggsmärta.**

**En prospektiv parvis klusterrandomiserad  
kontrollerad studie inom primärvård med  
1 års uppföljning**

**Författare: Grahn B, Stigmar K, Holmberg S, Petersson I**

Sjukvårdshuvudmän: Region Skåne, Landstinget Blekinge, Region Kronoberg

Universitet: Lunds universitet, Karolinska Institutet

Plats och datum: Växjö 31 augusti 2016

Omslagsbilden: Jenny Risfelt

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>5</b>
<b>Summary</b> .....	<b>6</b>
<b>Bakgrund och introduktion</b> .....	<b>7</b>
<b>Hypotes</b> .....	<b>8</b>
Huvudsyfte.....	8
Sekundära syften.....	8
<b>Metod</b> .....	<b>9</b>
Design .....	9
Vårdcentraler/rehabiliteringsenheter .....	9
Patienter .....	9
Intervention .....	10
Referensgrupp.....	11
Primära utfallsmått arbetsförmåga .....	11
Sekundära utfallsmått.....	11
Uppföljning.....	12
.....	13
Instrument och metoder för uppföljning.....	13
Etiska överväganden .....	15
<b>Statistik</b> .....	<b>17</b>
Analys.....	17
Poweranalys .....	17
<b>Resultat</b> .....	<b>18</b>
Jämförelse interventions- och referensgrupp vid baseline.....	19
Jämförelse män och kvinnor vid baseline .....	20
Ettårsuppföljning.....	21
Aktuellt läge sekundära frågeställningar .....	24
<i>Validering av svenska STarT Back Screening Tool (SBT) – en jämförelse med Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (ÖMPSQ-kort) för patienter med akut eller subakut rygg och/eller nacksmärta i primärvård.....</i>	<i>24</i>
<i>Validering "Blå flaggor – arbetsituation" – kort frågeformulär för arbetsrelaterade faktorer i kliniskt arbete .....</i>	<i>24</i>
<i>Patienters erfarenhet av en fysioterapeutledd arbetsplatsintervention .....</i>	<i>24</i>
Andra pågående studier .....	24
<i>Arbetsgivarnas upplevelser och erfarenheter av arbetsmodellen ADA i WorkUp.....</i>	<i>24</i>
<i>Fysioterapeuternas erfarenheter och upplevelser av arbetsmodellen ADA i WorkUp.....</i>	<i>24</i>

<b>Cost-Benefit Analysis .....</b>	<b>25</b>
<b>Diskussion.....</b>	<b>26</b>
Resultatdiskussion.....	26
Metoddiskussion.....	28
Konklusion .....	30
<b>Framtida implementering .....</b>	<b>31</b>
Kunskap från WorkUp ska implementeras på olika nivåer i sjukvårdssystemet.....	31
<i>Nationell nivå .....</i>	<i>31</i>
<i>Regional/landstingsnivå .....</i>	<i>31</i>
<i>Övrigt att beakta vid implementering .....</i>	<i>32</i>
Internationella och nationella forskningskonferenser .....	33
Information till myndigheter och organisationer .....	33
<b>Tack.....</b>	<b>34</b>
<b>Referenser .....</b>	<b>35</b>
<b>Bilaga 1 .....</b>	<b>41</b>

# Sammanfattning

**Bakgrund:** Besvär från rörelseorganen är en av de vanligaste orsakerna till sjukfrånvaro i västvärlden. Att tidigt identifiera patienter med akut/subakut nack- och/eller ryggsmärta som riskerar utveckla långvarig smärta samt att involvera arbetsplatsen i rehabiliteringen kan leda till mer hållbar hälsa, bättre funktion och arbetsförmåga. Studiens huvudsyfte var att jämföra den strukturerade, evidensbaserade, fysioterapeutiska interventionen inklusive en arbetsplatsintervention ”ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång (ADA) med sedvanlig behandling, för patienter med akut/subakut nack- och/eller ryggsmärta inom primärvården.

**Metod:** En prospektiv parvis klusterrandomiserad studie i primärvården med ett års uppföljning har genomförts. Studien genomfördes på 32 vårdenheter/20 rehabiliteringsenheter i södra Sverige. Interventionen bestod av strukturerade och tidskoordinerade insatser som omfattade arbetsplatsinterventionen ADA. Det är en dialog i tre steg mellan patienten, hälso- och sjukvården (i denna studie fysioterapeut) och arbetsplatsen (arbetsgivaren). Hälsorelaterad livskvalitet följdes med EQ-5D. Arbetsförmåga definieras som att ha arbetat eller varit tillgänglig på arbetsmarknaden under de senaste fyra veckorna i ett sträck utan sjukfrånvaro. Detta mättes genom att patienterna via SMS rapporterade sin sjukfrånvaro en gång/vecka, under hela första uppföljningsåret.

**Resultat:** I interventionsgruppen inkluderades 146 patienter och i referensgruppen 206, 35 procent män, 65 procent kvinnor. Medelålder 44 år i båda grupperna. Vid baseline hade 97 procent i interventionsgruppen arbete och i referensgruppen var motsvarande andel 94 procent. Vidare var 35 procent sjukskrivna i interventionsgruppen och 36 procent i referensgruppen. Vid ettårsuppföljningen var det signifikant fler i interventionsgruppen som hade arbetsförmåga och inte var sjukskrivna ( $p=0.012$ ). Subanalyser visade att interventionen förbättrade en större andel patienter som vid baseline var sjukskrivna (0.033).

**Styrkor och svagheter:** Befolkningen i södra Sverige där studien genomfördes motsvarar ca 20 procent av Sveriges befolkning och karaktäristika för personer boende i regionen kan jämföras med Sverige som helhet. Studien genomfördes inom regionens ordinarie primärvård. Möjligheterna till generalisering av studiens resultat får därför ses som goda. Power för studien uppnåddes inte.

**Konklusion:** En strukturerad fysioterapeutisk intervention tillsammans med en tidig dialog med arbetsgivaren i form av ADA hade betydelse för om patienter med akut/subakut nack- eller ryggsmärta vid ettårsuppföljningen arbetat fyra veckor i ett sträck utan sjukfrånvaro. I interventionsgruppen hade också en signifikant större andel av patienterna uppnått en tillräckligt hög hälsorelaterad livskvalitet för att kunna förväntas klara ett arbete.

# Summary

**Background:** Musculoskeletal disorders are one of the most common causes of sick leave in the western world. To early identify patients with acute/subacute neck and/or back pain at risk of developing chronic pain and involving the workplace in rehabilitation may have a positive impact on more sustainable health, better function and work ability. The main objective was to compare the structured, evidence-based, physiotherapeutic intervention, including a workplace intervention “Convergence Dialogue Meetings” (CDM) with treatment as usual for patients with acute/subacute neck and/or back pain in primary care.

**Method:** A prospective pair wise cluster randomized trial in primary care including a one-year follow-up has been completed. The study was conducted on 32 health units / 20 rehabilitation units in southern Sweden. The intervention consisted of structured physiotherapeutic interventions including the workplace intervention CDM. CDM is a three step structured dialogue and meeting model supporting the patient, health care (in this study physiotherapist) and employer to summarize concrete suggestions to support sustainable work ability and if sick listed return to work. Health-related quality of life was followed with EQ-5D. Work ability was defined as being at work or being eligible to the labor market for at least four weeks in a row without sick leave. This was measured by short text messages from the patients once a week, throughout the follow-up year.

**Results:** The intervention group included 146 patients and the reference group 206 patients, 35 percent were males, 65 percent were females. Average age was 44 years in both groups. At baseline, 97 percent in the intervention group had an employment and in the reference corresponding share was 94 percent. Furthermore, 35 percent were on sick leave in the intervention group and 36 percent in the reference group. Significantly more individuals in the intervention group had work ability and was not on sick leave ( $p = 0.012$ ) after one year. The intervention had a more positive impact on work ability for patients on sick leave at baseline (0.033).

**Assets and limitations:** The population of southern Sweden, where the study was carried out, represents approximately 20 percent of the Swedish population and the characteristics of people living in the region can be compared with Sweden as a whole. The study was conducted in regular practice at all participating primary care units. This means promising potential to generalize the results. Power for the study was not achieved.

**Conclusions:** A structured physiotherapy intervention including an early dialogue with the employer according to CDM significantly improved work ability in patients with acute/subacute neck and/or back pain at one year follow up. In the intervention group a significantly greater proportion of patients had achieved sufficiently health-related quality of life to be able to cope with work.

# Bakgrund och introduktion

Besvär från rörelseorganen är en av de vanligaste orsakerna till sjukfrånvaro i västvärlden och ungefär 20 procent av den svenska befolkningen besväras av nack och/eller ryggsmärta (Alexandersson et al 2004; Gustavsson et al 2011). Den totala kostnaden per år för patienter med smärtdiagnoser har uppskattats till 300 miljarder SEK. Detta motsvarar ca en tiondel av den svenska bruttonationalprodukten (BNP) och de indirekta kostnaderna i form av sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning utgör den största andelen (59 %) (Gustavsson et al 2012).

Det är viktigt att identifiera riskfaktorer för sjukskrivning hos såväl individen som i arbetsmiljön, men också prediktorer för arbetsåtergång (RTW) (Hansson och Jensen 2004; Sieper et al 2009; Haglund et al 2011). Kända riskfaktorer för sjukskrivning vid ryggsmärta är tidigare sjukskrivningsperioder (Hansson et al 2004), generaliserad smärta (Nyman et al 2007; Bergman et al 2004), hög fysisk arbetsbelastning, högt arbetstempo, arbetaryrken, litet psykosocialt stöd och låg utbildning (Lindell 2010). Att tidigt fokusera påverkningsbara riskfaktorer kan vara en framgångsfaktor i rehabilitering.

Arbetsförmåga kan definieras som individens olika kapaciteter i relation till de krav arbetet ställer (Ilmarinen 2001). För att bedöma hur individen kan upprätthålla eller återfå arbetsförmåga krävs att individens olika kapaciteter relateras till arbetets krav, arbetsmiljö och arbetsorganisation. Arbetets krav kan identifieras och beskrivas genom såväl fysiska mätningar, observationer på arbetsplatsen men också genom självrapporterade mått, till exempel genom så kallade "blå flaggor" (Gatchel 2004; Shaw et al 2009). När det gäller individens olika kapaciteter finns samband mellan kondition och arbetsförmåga och konditionen korrelerar starkt med max gångsträcka (Nordeman et al 2011; Solway et al 2001; Strijk et al 2011). Motivation är en mänsklig drivkraft som påverkar vårt agerande (Gard et al 2005) som kan ha stor betydelse i rehabilitering. Patienter med ryggsmärta söker vård för att bli undersökta och få behandling och råd för egenvård, när deras motivation har nått en viss nivå (Nordeman 2011).

Evidensbaserad vård omfattar strukturerade vårdprogram för upptäckten av svåra medicinska tillstånd (röda flaggor) (Nyman et al 2007, Bergman et al 2004) men att fokusera psykosociala faktorer är också viktigt (gula flaggor) (Gatchel 2004). Att tidigt identifiera patienter med akut/subakut nack- och/eller ryggsmärta som riskerar utveckla långvarig smärta och involvera arbetsplatsen i rehabiliteringsplanerna kan leda till mer hållbar hälsa, bättre funktion och arbetsförmåga.

# Hypotes

Vår hypotes var att tidiga, skräddarsydda, evidensbaserade fysioterapeutiska interventioner som inkluderar en arbetsplatsintervention leder till snabbare tillfrisknande gällande hälsa och funktion men också till att vara i arbete och vid sjukskrivning till en snabbare arbetsåtergång, jämfört med sedvanlig behandling.

## Huvudsyfte

Studiens huvudsyfte var att jämföra den strukturerade, fysioterapi interventionen inklusive en arbetsplatsintervention ”ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång (ADA) med sedvanlig behandling, för patienter med akut/subakut nack- och/eller ryggsmärta inom primärvården.

## Sekundära syften

Studiens sekundära syften var att;

- 1) Jämföra svenska versionen av ”STarT Back Screening Tool” (SBT), ett frågeformulär fokuserande patientens fysiska eller påverkningsbara psykosociala prognostiska faktorer, med Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire short (ÖMPSQ-kort) för patienter med akut/subakut nack och/eller ryggsmärta
- 2) Pröva innehålls- och kriterievaliditet för ”Blå flaggor – arbetssituation” ett nytt kort frågeformulär fokuserande på patientens upplevda psykosociala och ergonomiska arbetssituation.
- 3) Beskriva patienternas uppfattning och erfarenheter av WorkUp interventionen inkluderande vårdgivarens kontakter med patientens arbetsgivare.



# Metod

## Design

Detta var en prospektiv parvis klusterrandomiserad studie i primärvården med ettårsuppföljning.

## Vårdcentraler/rehabiliteringsenheter

Offentligt eller privat drivna, stora såväl som små vårdcentraler inom vårdvalet i Region Skåne, Region Kronoberg och Landstinget Blekinge erbjöds att medverka i studien. Vårdcentralen skulle ha inbyggd rehabiliteringsenhet eller vara ansluten till extern rehabiliteringsenhet. Vårdcentralens verksamhetschef skulle anmäla intresse för medverkan i studien WorkUp.

Totalt anmälde 32 vårdcentraler intresse för medverkan i studien. Dessa var knutna till totalt 20 rehabiliteringsenheter. Vårdcentraler som hade likartad storlek, upptagningsområde och där de listade individerna hade likartad socioekonomi (CNI) och vårdtyngd (ACG) bildade par. Dessa 20 enheter randomiserades parvis till interventions- respektive referensgruppen.

## Patienter

Patientrekrytering skedde på de medverkande rehabiliteringsenheterna, då patienterna sökte fysioterapi via direktaccess och/eller vid läkarbesök på medverkande vårdcentralerna. Patienterna inkluderades under tidsperioden 2013-01-01 – 2014-12-31.

Inklusionskriterier: Patienter som sökte för akuta/subakuta besvär (< 12 veckor) i nacke och/eller rygg, varit i arbete minst 4 veckor senaste året, ej sjukskriven alt sjukskriven  $\leq$  60 dagar, hade risk för sjukskrivning enligt ÖMPSQ-kort ( $\geq$  40), kunde kommunicera på svenska språket. Samsjuklighet – psykisk ohälsa kunde få förekomma.

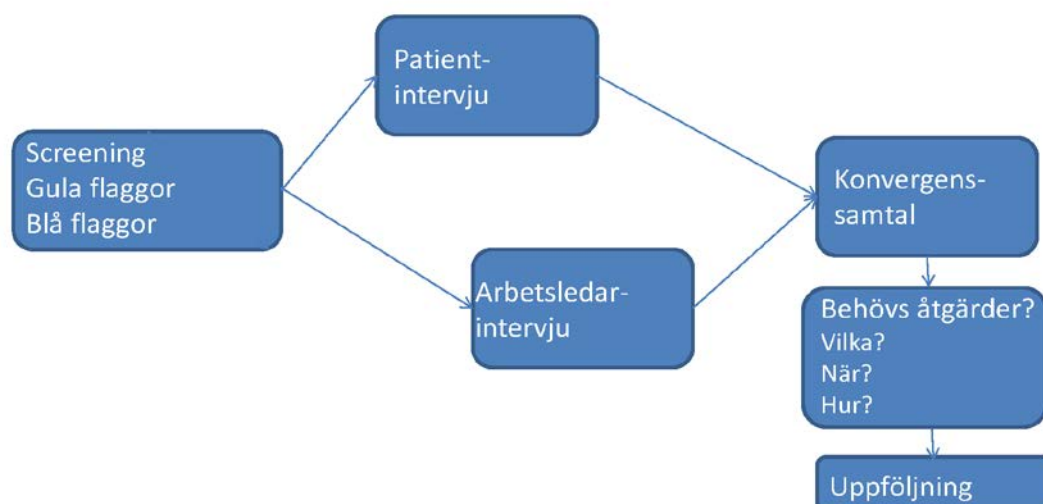
Exklusion: Sjuk- och aktivitetsersättning 100 procent, känt missbruk, pågående behandling av akut sjukdom, graviditet.

## Intervention

Interventionen bestod av strukturerade och tidskoordinerade insatser. Riskfaktorer röda, gula och blå flaggor identifierades och utifrån identifierade behov skräddarsyddes rehabiliteringen. Evidensbaserade fysioterapeutiska interventioner tillämpades baserade på ett biopsykosocialt perspektiv. Vidare genomfördes en arbetsplatsintervention ”ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång (ADA)” som är en dialog i tre steg mellan patienten, hälso- och sjukvården (i denna studie fysioterapeut) och arbetsplatsen (Karlsson et al 2010; 2014):

1. Intervju med patienten/arbetstagaren med fokus på;
  - Var besvären orsakade av förhållanden på/utanför arbetet? Vilka?
  - Anställd själv försökt få förändringar till stånd?
  - Arbetsgivaren gjort något för att främja/stärka den anställdes arbetsförmåga?
  - Anställdes egna förslag för att stärka arbetsförmågan?
  
2. Intervju med arbetsledare/chef med fokus på;
  - Var besvären orsakade av förhållanden på/utanför arbetet? Vilka?
  - Arbetsgivaren gjort något för att främja/stärka den anställdes arbetsförmåga?
  - Anställd själv försökt få förändringar till stånd?
  - Arbetsgivarens förslag för att stärka arbetsförmågan?
  
3. Gemensamt konvergenssamtal (patient, arbetsgivare, vårdgivare/fysioterapeut) med fokus på;
  - Orsaker till besvären: Arbete och/eller privatliv
  - Överenskommelse om ev. behov av åtgärder
  - Om företaget var anslutet till Företagshälsovård (FHV) – Stöd från FHV övervägs.

Se figur 1.



Figur 1. Modell för genomförande av Arbetsplatsdialog för Arbetsåtergång (ADA).

## Referensgrupp

Referensgruppens patienter erbjöds sedvanlig behandling i enlighet med vårdcentralens rutiner och rehabiliteringsgarantin.

## Primära utfallsmått arbetsförmåga

- Arbetsförmåga vid 12 månaders uppföljning, definieras som att ha arbetat eller varit tillgänglig på arbetsmarknaden under de senaste fyra veckorna i ett sträck utan sjukfrånvaro (Heymans et al 2006), mätt med egenrapport via SMS en gång/vecka under uppföljningsveckorna 49 till 52.
- Självrapporterad hälsorelaterad livskvalitet – EQ-5D index  $\geq 0.6$ , egenrapport vid 12 månaders uppföljning. För att klara ett arbete/ha tillräcklig arbetsförmåga bör individen enligt Hansson et al (2006) ha ett EQ-5D värde på  $> 0.6$ .
- Arbetsförmåga – Work Ability Score - Single Item Question (Ilmarinen et al 2005) egenrapport bra/utmärkt arbetsförmåga vid 12 månaders uppföljning ( $\geq 8$ ) (Ahlström et al 2010).
- Sjukfrånvaro och RTW: registerdata från Försäkringskassan ej tillgängligt fram till och med 2015-12-31 vid denna rapportens slutdatum.

I denna slutrapport redovisas självrapporterad bakgrundsdata för patienterna gällande kön, ålder, civilstånd, utbildning, diagnos, arbete, sjukskrivning och hälsorelaterad livskvalitet. Vidare redovisas primära utfallsmått för arbetsförmåga vid ettårsuppföljningen.

## Sekundära utfallsmått

- Produktionsbortfall – via egenrapport SMS vecka 52, WPAI:GH (Reilly et al 1993)
- Aktivitetsnivå privatliv/fritid – via egenrapport SMS vecka 52, WPAI:GH (Reilly et al 1993)
- Hälsorelaterad livskvalitet vid 12 månaders uppföljning – EQ-5D kliniskt relevant förändring motsvarar en förändring på minst 0.1 (Burstrom et al 2007)
- Funktion – Functional Rating Index (FRI) mäter funktion och smärta 0-40 poäng, 0-100 procent dysfunktion. Högre poäng och procent indikerar högre upplevd dysfunktion och smärta (Feise & Menke 2001; 2010).
- Livsstil:
  - Riskbruk tobak, daglig rökning oavsett mängd tobak
  - Riskbruk alkohol,  $> 9$  standardglas för kvinnor och 14 för män.
  - Otillräcklig fysisk aktivitet  $< 150$  minuter fysisk vardagsaktivitet alternativt  $< 75$  minuter fysisk träning på hög intensitetsnivå.

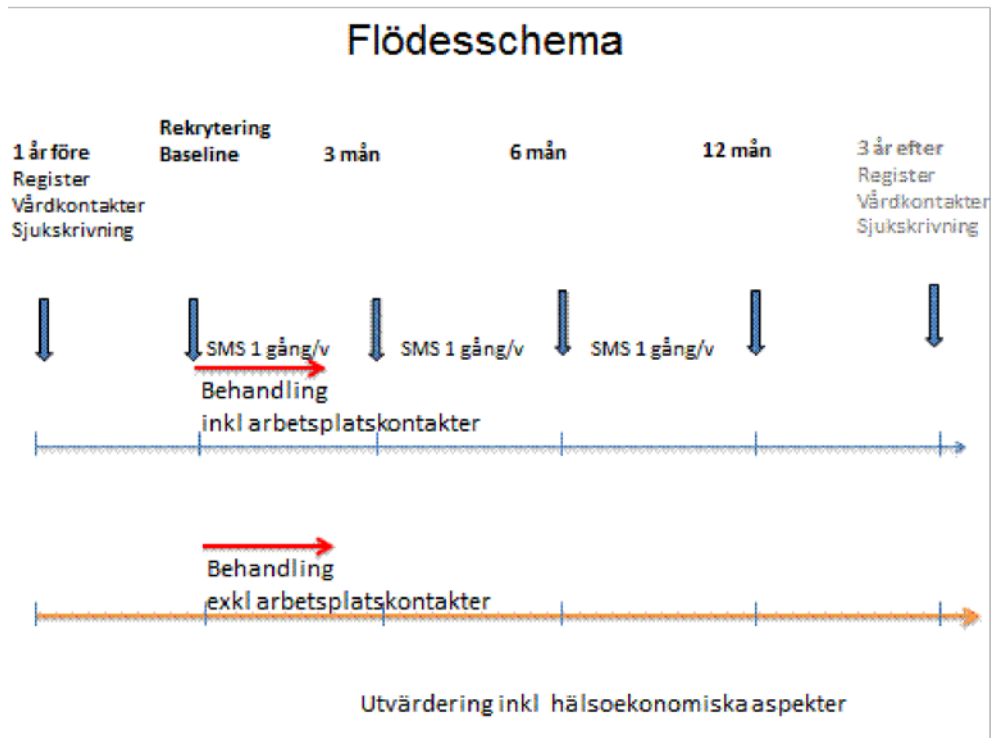
- Patienttilfredsställelse, hälsoekonomi, försäkringsmedicin, ojämlikhet i hälsa och genusperspektiv; underlag för dessa analyser finns ej tillgängliga vid denna rapportens slutdatum.
- Ångest – Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) – Poäng > 8 indikerar att ångest kan föreligga (Bjelland et al 2002).
- Depression – Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) – Poäng > 8 indikerar att depression kan föreligga (Bjelland et al 2002).
- Fysisk funktionsförmåga – 6 min Walk Test (ATS 2002).

Ovanstående sekundära utfallsmått analyseras i kommande studier, under förutsättning att finansiering kan säkerställas.

## Uppföljning

Insatserna för samtliga patienter i såväl interventions- som referensgrupp, registrerades i personliga dokument. Uppföljning skedde med hjälp av SMS en gång per vecka, vecka 1-52, för både interventions- och referensgrupp. Noggrann och strukturerad uppföljning av insatserna och dess effekt skedde i samband med de planerade uppföljningarna på fysioterapimottagningen vid 3, 6 och 12 månader. Vid samtliga tillfällen fick patienterna besvara enkäter och kliniska mätningar gjordes av fysioterapeuten.

Patienterna kommer också att följas upp med hjälp av registerdata ett år före till tre år efter inklusion. Denna del av uppföljningen kommer innefatta data från 2012-01-01 – 2017-12-31 och ingår ej i denna slutrapport. Se figur 2.



**Figur 2. Genomförande och uppföljning av patienterna i interventions- respektive referensgruppen.**

Blå linje – interventionsgrupp, orange linje – referensgrupp.

## Instrument och metoder för uppföljning

Inom WorkUp studien har en rad uppföljningar gjorts avseende patientens status och genomförda fysioterapeutiska åtgärder. De olika uppföljningsmetoderna kan delas in i patientrapporterade mått (PROMs), mått rapporterade av klinikern (CROMs), fysiologiska mått, genomförda åtgärder samt registeruppföljningar.

### *Patientrapporterade mått (PROMs)*

- Röda flaggor – Inflammatorisk ryggskjutdom (Bergman et al 2001, Sieper et al 2009)
- Gula flaggor – Psykosociala riskfaktorer – ÖMPSQ (Linton et al 2010)
- Start Back Screening Tool (SBT) – risk stratifiering för påverkansbara fysiska och psykosociala risk faktorer (Hill et al 2008)
- Blå flaggor – Arbetsrelaterade riskfaktorer (psykosociala och ergonomiska), ”Blå flaggor-arbetsituation” nytt kort formulär som konstruerats med utgångspunkt i Nordiska ministerrådets QPS<sub>Nordic</sub> (Shaw et al 2009) samt ergonomiska frågor använda i tidigare studier (Holmberg et al 2003; Kourinka et al 1987).
- Anpassningsmöjligheter på arbetet (adjustment latitude) (Johansson 2007)
- Sjukskrivning inklusive korttidssjukfrånvaro – SMS en gång/vecka och registerdata från FK
- Återgång i arbete (RTW) – dikotom fråga ja/nej, antal försök RTW

- Work Ability Score – Single Item Question (Ilmarinen 2005)
- Produktionsbortfall – SMS en gång/vecka samt WPAI:GH (Reilly et al 1993)
- Self efficacy – work (Lindström et al 2008)
- Förändringar arbetsvillkor – egen frågekonstruktion
- Aktivitetsnivå familj/fritid – SMS en gång/vecka samt WPAI:GH (Reilly et al 1993)
- Hälsoliteracitet (Chew et al 2004, Mårtensson & Hensing 2008)
- Hälsorelaterad livskvalitet – EQ-5D (Euroqol 2011)
- Smärta – smärtskattning VAS och ”smärtgubbe” (Bergman et al 2001, Sieper et al 2009)
- Funktionsförmåga – Functional Rating Index (FRI) (Wåhlin-Norgren et al 2011; Feise & Menke 2001; 2010)
- Symtom utmattning – ISM-formuläret Självs kattat utmattningssyndrom (s-UMS) (Socialstyrelsen 2003; Glise et al 2006)
- Ångest och depression – Hospital Anxiety och Depression scale (HAD) (Bjelland et al 2002)
- Livsstil: tobak, alkohol, fysisk träning och vardagsmotion (Socialstyrelsen 2011)
- Nyttjande vård och omsorg – egen frågekonstruktion
- Betalningsvilja – Willingness to pay (Drummond et al 2005)
- Patientnöjdhet – Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) (Larsen et al 1979).

#### *Utfallsmått rapporterade av kliniker (CROMs)*

- Röda flaggor – Anamnes/intervju indikerande tecken på cancer/infektion/inflammatorisk ledsjukdom/cauda equina syndrom (SBU 2000)
- ICF – b280 Smärta, b455 Funktioner relaterade till tolerans för fysiskt arbete, b710 Funktioner för rörlighet i leder, d240 Att hantera stress och andra psykologiska krav, d740 Formella relationer, e135 Produkter och teknik för sysselsättning (Socialstyrelsen 2003; Petersson et al 2015).

#### *Fysiologiska mått*

- Body Mass Index (BMI)
- Bukhöjd (Risérus et al 2010; Pimentel et al 2011)
- Fysisk funktionsförmåga – 6 min Walk Test (ATS 2002).

#### *Genomförda åtgärder*

- Dokumentation av fysioterapeutisk behandling – samtliga patienters behandlingsprotokoll
- Dokumentation av arbetsplatsintervention – interventionsgruppens protokoll från ADA dialogerna och överenskomna åtgärder (Karlsson 2010; 2014).

*Utvärdering med hjälp av registerdata ett år före till tre år efter baseline, 2012-01-01 – 2017-12-31*

- Sjukskrivning, förebyggande sjukskrivning, rehabiliteringsersättning, sjuk- och aktivitetsersättning (Försäkringskassan)
- Förankring på arbetsmarknaden (SCB, LISA-registret)
- Inkomst, högsta slutförda utbildning (SCB)
- Vårdkontakter inom primärvård och öppen specialistvård, slutenvård (Vårddataregister i Region Skåne, Region Kronoberg och Landstinget Blekinge)
- Läkemedelsförbrukning (Socialstyrelsens läkemedelsregister).

## **Etiska överväganden**

Vi bedömde att det i stort sett inte förelåg några risker med deltagande i projektet och att nyttan därmed skulle vara större än riskerna för den enskilde deltagaren i projektet. På längre sikt bedömde vi att studien skulle kunna leda till mer riktade, förbättrade behandlings- och rehabiliteringsinsatser vid akut/subakut nack- och/eller ryggsmärta.

Det som kunde upplevas problematiskt var kontakterna med patienternas arbetsgivare. Det kunde finnas en tveksamhet till att informera sin arbetsgivare om att man hade smärtproblem i nacke och/eller rygg. Det kunde också finnas en rädsla för att det skulle kunna påverka den fortsatta arbetssituationen negativt. Samtidigt fanns det redan när denna studie planerades forskning som visade att arbetsgivaren vill få information om sina anställdas hälsoproblem och att de vill förebygga långvariga problem och främja hållbar arbetshälsa för sina anställda, då det också främjar verksamheten på arbetsplatsen. Om patienten ska uppnå en hållbar förbättring kan det vara nödvändigt att vissa justeringar görs angående arbetsinnehåll, ergonomi etc., vilket kräver att arbetsgivaren involveras. Vi bedömde därmed att nyttan för patienterna skulle vara större än riskerna med deltagande i studien. Visade det sig att tidiga kontakter med patienternas arbetsgivare hade betydelse för snabb återhämtning, välbefinnande och möjligheter till fortsatt delaktighet i samhället i form av stärkt arbetsförmåga, skulle det vara en stark indikator för utveckling av vårdrutiner som inkluderar dessa kontakter för framtida patienter med akut/subakut nack- och/eller ryggsmärta.

WorkUp har etikprövats vid den Regionala Etikprövningsnämnden (EPN) i Lund. Övergripande ansökan med diarienummer 2012/497 prövad 2012-09-12 och efter komplettering slutligt godkänd 2012-09-28. Vidareutveckling av de vetenskapliga frågeställningarna har över tid föranlett sex ändringsansökningar; diarienummer 2012/648 med beslutsdatum 2012-10-30, diarienummer 2012/833 med beslutsdatum 2013-01-09, diarienummer 2013/247 med beslutsdatum 2013-04-10, diarienummer 2013/426 med beslutsdatum 2013-06-12, diarienummer 2015/214 med beslutsdatum 2015-03-19 och slutligen diarienummer 2015/312 med beslutsdatum 2015-05-26.

WorkUp är registrerad i Clinical Trails (ClinicalTrails.gov ID: NCT02609750).



# Statistik

## Analys

Patientmaterialet presenteras i sin helhet med deskriptiv statistik för respektive behandlingsgrupp. Jämförelser mellan grupperna har gjorts vid baseline och vid 12 månaders uppföljning. Vidare har jämförelser gjorts över tid. Data har analyserats med parametrisk och icke-parametrisk statistik (Altman 1999). Statistikprogrammet SPSS 23.0 användes för bearbetning av data.

Särskilda analyser har gjorts för män respektive kvinnor vid baseline liksom vid ettårsuppföljningen.

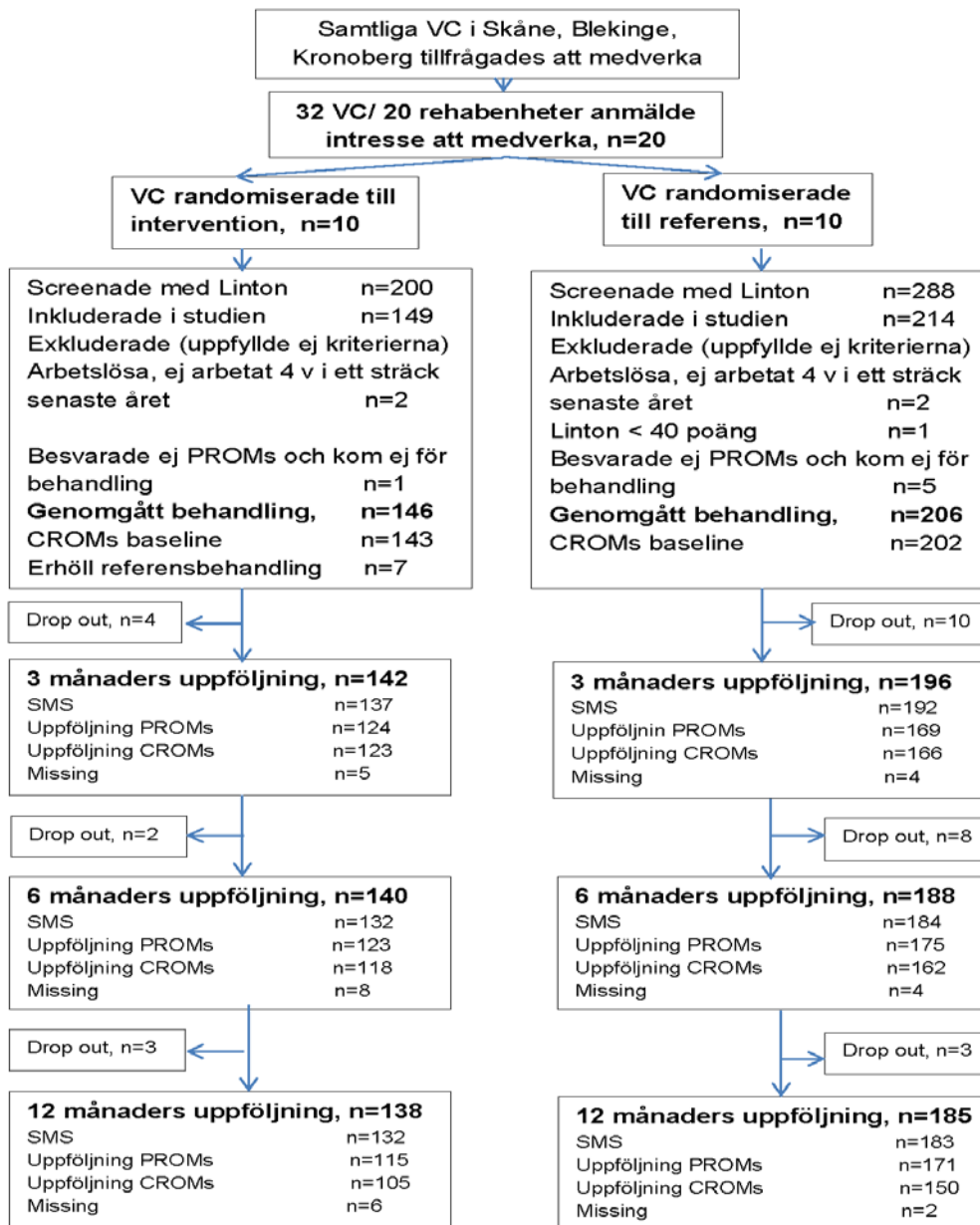
Subanalyser har vidare gjorts på gruppen patienter som vid baseline hade arbete och som inte var sjukskrivna, respektive de som var sjukskrivna.

## Poweranalys

En poweranalys gav vid handen att studien skulle omfatta minimum 20 rehabenheter (=kluster) och att minimum 500 patienter skulle inkluderas. Detta baserades på 5 procent signifikans nivå och 80 procent power; där sedvanlig behandling minskade sjukfrånvaron/nettodagar med 10 procent och interventionsgruppen minskade med 30 procent.

# Resultat

Totalt medverkade 32 vårdcentraler och 20 rehabiliteringsenheter i studien. På dessa enheter inkluderades totalt 352 patienter, varav 146 i interventions- och 206 i referensgruppen, se figur 3.



**Figur 3. Flödesschema inkludering medverkande vårdenheter och patienter samt uppföljning 3, 6 och 12 månader.**

I screeningen för röda flaggor identifierades totalt tre patienter med tecken på allvarligt medicinskt tillstånd. Dessa hänvisades omgående till läkare för fördjupad medicinsk bedömning.

## Jämförelse interventions- och referensgrupp vid baseline

Interventions- och referensgruppen var i hög grad jämförbara, då inga signifikanta skillnader kunde identifieras avseende en rad bakgrundsfaktorer (tabell 1). I studien inkluderades totalt 230 kvinnor (65 procent) och 122 män (35 procent). Det förelåg ingen signifikant skillnad i fördelning kvinnor och män mellan interventions- och referensgrupp. Medelåldern var 44 år i båda grupperna. Drygt 75 procent var gifta/sammanboende och knappt hälften hade hemmavarande barn. Den största andelen var födda i Sverige. Ungefär hälften hade utbildning på gymnasienivå och ca 20 procent hade högskole-/universitetsutbildning. Knappt 70 procent hade ländryggssmärta och ungefär 20 procent nacksmärta. Samtliga patienter hade akut/subakut smärta, dvs. med en duration på maximalt 12 veckor. Patienterna i båda grupperna hade god förankring på arbetsmarknaden. Ungefär 95 procent i båda grupperna uppgav att de hade ett arbete. Upplevd hälsa mätt med EQ-5D rapporterade båda grupperna som nedsatt. Ungefär 35 procent i båda grupperna rapporterade att de var sjukskrivna vid baseline. De flesta som var sjukskrivna var helt sjukskrivna (100 procent). Vidare bedömde patienterna, mätt med WAI Single Item sin arbetsförmåga som nedsatt, jämfört med när den var som bäst, se tabell 1.

Tabell 1. Bakgrund för patienter inkluderade i WorkUp, n=352.

	Interventionsgrupp (n=146)				Referensgrupp (n=206)				p
	n	%	medel	SD	n	%	medel		
<b>Man</b>	54	37.0			68	33.0			0.440
<b>Kvinna</b>	92	63.0			138	67.0			
<b>Ålder</b>			43.8	11.7			43.7		0.488
<b>Civilstånd<sup>1</sup></b>									
Ensamstående	34	23.3			47	22.8			0.490
Gift/sammanboende	112	76.7			157	76.2			
<b>Barn bor hemma<sup>2</sup></b>									0.816
ja, permanent/> halvtid	62	42.5			94	45.6			
<b>Född i Sverige,<sup>3</sup></b>									0.099
Ja	132	90.4			173	84.0			
om nej, år i Sverige	14	9.6	24.5	15.9	32	15.5	19.9		
<b>Utbildning<sup>3</sup></b>									0.949
Grundskola ≥ 9 år	16	11.0			14	6.8			
Gymnasium 2-3 år	69	47.3			107	51.9			
Högskola/universitet ≥ 3 år	28	19.2			49	23.8			
Annat utbildning	33	22.6			35	16.9			
<b>Diagnos</b>									0.812
Cervikobrachiala syndrom	27	18.5			49	23.8			
Cervikala & lumbala syndrom	9	6.2			12	5.8			
Lumbago/ischias	102	69.9			140	68.0			
Myalgi	8	5.5			5	2.4			
<b>Upplevd hälsa EQ5D index<sup>4</sup></b>	144		0.526	0.29	205		0.490	0.30	0.260
<b>Har arbete<sup>3</sup></b>									0.231
Ja	142	97.3			194	94.2			
Nej	4	2.7			11	5.3			
<b>Sjukskriven, ja<sup>4</sup></b>	51	34.9			74	35.9			0.910
100% sjukskriven, ja	40	78.4			62	83.8			
<b>Nuvarande arbetsförmåga 0-10 jämfört med när den var som bäst<sup>5</sup></b>	146		median	IQR	204		median	IQR	0.510
			6.5	4-8*			6	3-8*	

<sup>1</sup> Referens - 2 missing<sup>2</sup> Intervention - 2 missing, Referens - 3 missing<sup>3</sup> Referens - 1 missing<sup>4</sup> Intervention - 2 missing, Referens - 1 missing<sup>5</sup> Intervention - 2 missing, Referens - 2 missing

## Jämförelse män och kvinnor vid baseline

Det förelåg inga signifikanta skillnader mellan män och kvinnor vid baseline gällande ålder, civilstånd, om man var född i Sverige, utbildning, om de hade arbete eller var sjukskrivna. Det var få män liksom kvinnor som hade både nack och ryggsmärta. Fler kvinnor hade diagnoser relaterade till nacksmärta medan det var fler män som hade diagnoser relaterade till ryggsmärta, (p=0.028). Se tabell 2.

**Tabell 2. Jämförelser vid baseline mellan män och kvinnor inkluderade i Workup, n=352.**

	Män (n=122)				Kvinnor (n=230)				p
	n	%	medel	SD	n	%	medel	SD	
<b>Ålder</b>	122		44.1	12.1	230		43.5	12.3	0.695
<b>Civilstånd<sup>1</sup></b>									0.424
Ensamstående	31	25.8			50	21.7			
Gift/sammanboende	89	74.2			180	78.3			
<b>Född i Sverige<sup>2</sup></b>									0.185
Ja	101	83.5			204	88.7			
Nej	20	16.5			26	11.3			
<b>Utbildning<sup>2</sup></b>									0.140
Grundskola ≥ 9 år	13	10.7			17	7.4			
Gymnasium 2-3 år	68	56.7			108	47.0			
Högskola/universitet ≥ 3 år	18	14.9			59	25.7			
Annan utbildning	22	18.2			46	20.0			
<b>Diagnos</b>									0.028
Cervikobrachiala syndrom	18	14.8			58	25.2			
Cervikala & lumbala syndrom	4	3.3			17	7.4			
Lumbago/ischias	96	78.7			146	63.5			
Myalgi	4	3.3			9	3.9			
<b>Arbete<sup>2</sup></b>									0.924
Ja	116	95.9			220	95.7			
Nej	5	4.1			10	4.3			
<b>Sjukskriven just nu<sup>3</sup></b>									0.118
Ja	50	41.3			75	32.9			
Nej	71	58.7			153	67.1			

<sup>1</sup> Män - 2 missing<sup>2</sup> Män - 1 missing<sup>3</sup> Män - 1 missing, Kvinnor - 2 missing

## Ettårsuppföljning

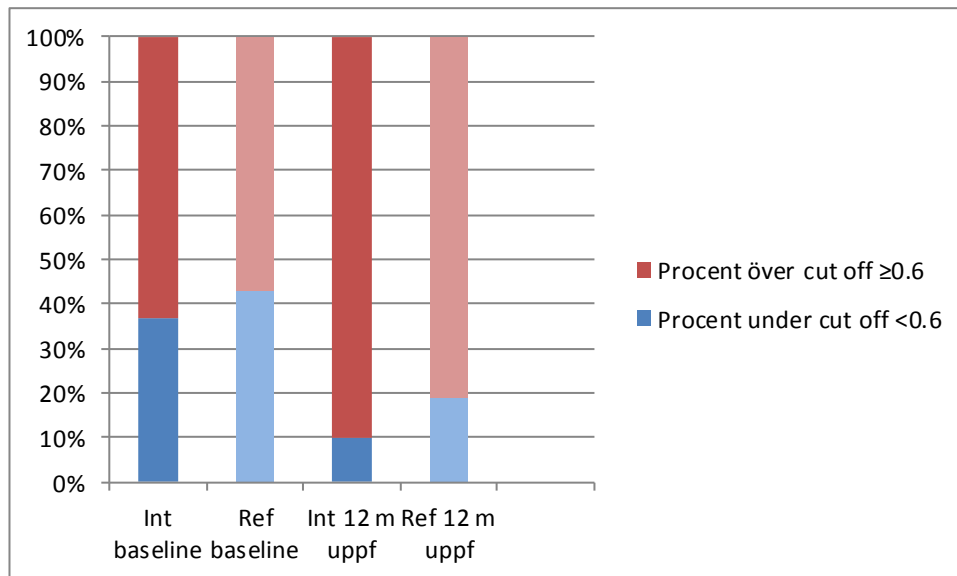
Under uppföljningstiden meddelade totalt 9 patienter i interventions- och 21 i referensgruppen att de ville avbryta sin medverkan i WorkUp. Vid ettårsuppföljningen medverkade 132 patienter (90 procent) i interventionsgruppen i SMS-uppföljningen jämfört med 183 (89 procent) i referensgruppen. I den mer omfattande ettårsuppföljningen besvarade 115 patienter (79 procent) i referensgruppen. De fysiska testerna genomfördes av 105 (72 procent) i interventionsgruppen jämfört med 150 (73 procent) i referensgruppen. Se figur 3.

Vid ettårsuppföljningen var det signifikant fler i interventionsgruppen jämfört med referensgruppen som arbetat fyra veckor i ett sträck utan sjukfrånvaro (vecka 49-52). När kvinnor och män analyserades var för sig var det signifikant fler kvinnor i interventionsgruppen jämfört med i referensgruppen som arbetat fyra veckor i sträck vid ettårsuppföljningen. För männen förelåg ingen skillnad mellan grupperna. I gruppen patienter som inte var sjukskrivna vid baseline förelåg ingen signifikant skillnad i arbetsförmåga vid ettårsuppföljningen medan det i gruppen som var sjukskrivna vid baseline förelåg en signifikant skillnad till interventionsgruppens fördel. Se tabell 3.

**Tabell 3. Arbetsförmåga vid ettårsuppföljningen definierat som att ha arbetat 4 veckor i sträck utan sjukfrånvaro (vecka 49-52), n=315.**

	Intervention (n=132)		Referens (n=183)		p
	n	%	n	%	
<b>Samtliga</b>					
Arbetat 4 veckor i ett sträck					0.012
Ja	113	86	135	74	
Nej	19	14	48	26	
<b>Kvinnor</b>					0.027
Ja	69	85	86	71	
Nej	12	15	35	30	
<b>Män</b>					0.336
Ja	44	86	49	79	
Nej	7	14	13	21	
<b>Ej sjukskrivna vid baseline</b>					
Arbetat 4 veckor i ett sträck					0.256
Ja	74	87	95	80	
Nej	11	13	23	20	
<b>Kvinnor</b>					0.181
Ja	47	87	62	76	
Nej	7	13	19	24	
<b>Män</b>					0.106
Ja	21	81	24	60	
Nej	5	19	16	40	
<b>Sjukskriven vid baseline</b>					
Arbetat 4 veckor i ett sträck					0.033
Ja	38	83	40	63	
Nej	8	17	24	37	
<b>Kvinnor</b>					0.106
Ja	21	81	24	60	
Nej	5	19	16	40	
<b>Män</b>					0.294
Ja	17	85	16	67	
Nej	3	15	8	33	

EQ-5D besvarades vid såväl baseline som vid ettårsuppföljningen av 285 patienter (81 procent). Vid baseline förelåg ingen signifikant skillnad mellan grupperna gällande andel patienter som skattade sin hälsorelaterade livskvalitet till  $\geq 0.6$ ,  $p=0.388$ . Ett tillräckligt högt värde för att arbetsförmåga kan förväntas föreligga. Vid ettårsuppföljningen förelåg en signifikant skillnad med fler i interventionsgruppen som uppgav en självskattad livskvalitet mätt med EQ-5D med index  $\geq 0.6$ , jämfört med referensgruppen,  $p=0.043$ . Se figur 4.



**Figur 4. Patienter med EQ-5D  $\geq 0.6$ . Tillräckligt högt värde för att klara ett arbete/ha tillräcklig arbetsförmåga. Patienter med data såväl vid baseline som vid ettårsuppföljning inkluderade i analyserna.**

Int – Interventionsgrupp, Ref – Referensgrupp.

Work Ability Score Single Item Question besvarades totalt av 285 patienter (81 procent) vid ettårsuppföljningen. I interventionsgruppen bedömde 69 (60 procent) att de hade en bra/utmärkt arbetsförmåga, jämfört med när den var som bäst, och i referensgruppen bedömde 96 (56 procent) att de hade en bra/utmärkt arbetsförmåga. Med detta mått mätt förelåg det vid ettårsuppföljningen ingen signifikant skillnad mellan grupperna gällande hur de bedömde sin arbetsförmåga,  $p=0.625$ .

## **Aktuellt läge sekundära frågeställningar**

### **Validering av svenska STarT Back Screening Tool (SBT) – en jämförelse med Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (ÖMPSQ-kort) för patienter med akut eller subakut rygg och/eller nacksmärta i primärvård**

Forsbrand M, Grahn B, Hill JC, Petersson IF, Post Sennehed C, Stigmar K.  
Submitted.

### **Validering ”Blå flaggor – arbetssituation” – kort frågeformulär för arbetsrelaterade faktorer i kliniskt arbete**

Post Sennehed C, Gard G, Holmberg S, Stigmar K, Forsbrand M, Grahn B.  
Submitted.

### **Patienters erfarenhet av en fysioterapeutledd arbetsplatsintervention**

Östlind E, Grahn B, Stigmar K  
Masteruppsats, godkänd 2016-05-30. Bearbetning för artikel kvarstår.

## **Andra pågående studier**

### **Arbetsgivarnas upplevelser och erfarenheter av arbetsmodellen ADA i WorkUp**

Fritzson A, Grahn B, Boström C.  
Masteruppsats, analys pågår.

### **Fysioterapeuternas erfarenheter och upplevelser av arbetsmodellen ADA i WorkUp**

Stigmar K, Grahn B  
Datainsamling pågår.



# Cost-Benefit Analysis

De hälsoekonomiska analyserna för ettårsuppföljningen genomförs av professor i hälsoekonomi Ulf Gertdham och hans medarbetare och redovisas i särskild rapport i december 2016. Projektplan för dessa analyser bifogas i Bilaga 1. Tre års registeruppföljning planeras 2018. Medel kommer att sökas för denna hälsoekonomiska långtidsuppföljning.

# Diskussion

I WorkUp har patienter med akut/subakut nack- och/eller ryggsmärta och med förankring på arbetsmarknaden behandlats. En strukturerad fysioterapeutisk intervention tillsammans med en tidig dialog med arbetsgivaren i form av ADA hade betydelse för om patienterna vid ettårs-uppföljningen arbetat fyra veckor i ett sträck utan sjukfrånvaro. I interventionsgruppen hade också en signifikant större andel av patienterna uppnått en tillräcklig hälsorelaterad livskvalitet för att kunna förväntas klara ett arbete.

## Resultatdiskussion

I REHSAMs utlysning efterfrågades studier med fokus på patienter med lätt till måttlig psykisk ohälsa och/eller smärtproblematik i nacke/rygg och som var sjukskrivna eller riskerade sjukskrivningsproblematik. Primärt utfallsmått skulle vara sjukskrivning, återgång i arbete.

I projektet WorkUp studerades patienter med akut/subakut nack- och/eller ryggsmärta och med förankring på arbetsmarknaden och ingen eller kort sjukskrivningshistorik (< 60 dagar) men med identifierad risk att utveckla långvariga besvär och sjukskrivning. En tidig strukturerad kontakt med arbetsgivaren var den centrala delen i interventionen. Kontakten med arbetsgivaren skedde enligt modellen ADA. En signifikant större andel av patienterna i interventionsgruppen, hade vid ettårsuppföljningen varit i arbete de senaste fyra veckorna i ett sträck utan sjukfrånvaro (inklusive korttidsfrånvaro). Skillnaden i andel som hade arbetsförmåga vid ettårsuppföljningen jämfört med vid baseline var statistiskt signifikant och bör kunna ses som kliniskt relevant. De hälsoekonomiska analyserna kommer ge svar på resultatets samhällsekonomiska betydelse.

Vid ettårsuppföljningen var det också en signifikant större andel av patienterna i interventionsgruppen som uppnått en hälsorelaterad livskvalitet, mätt med EQ5D, som är föreslagen förenlig med arbetsförmåga/kunna arbeta ( $\geq 0.6$ ) (Hansson et al 2006).

Kvinnorna hade i större utsträckning diagnoser relaterade till nacke/skulderparti medan männen hade diagnoser relaterade till ländryggen, vilket också visats i tidigare studier (Palacios-Cena et al 2015). Det var dock få män (3 procent) respektive kvinnor (7 procent) i WorkUp som hade en samsjuklighet med både nack- och ryggsmärta vilket prognostiskt är gynnsamt (Leijon et al 2009). Att samsjuklighet ej utvecklats kan också vara i linje med att patienterna i WorkUp var i akut/subakut skede och ännu ej i någon större utsträckning utvecklat samsjuklighet i form av smärta i både nacke och rygg.

En stor andel av patienterna i WorkUp var inte sjukskrivna vid baseline och inte heller vid ettårsuppföljningen. ADA interventionens påverkan på produktiviteten i arbete kommer framtida analyser kunna ge svar på, liksom om aktivitetsnivån på fritiden påverkats. Det kan vara viktigt att tidigt identifiera en progression med aktivitetsbegränsningar och där på följande nedsätta arbetsproduktivitet, som skulle kunna vara en indikation på att patienten riskerar att hamna i en sjukskrivning.

Subanalys av män respektive kvinnor gjordes. En signifikant större andel av kvinnorna i interventionsgruppen hade arbetat fyra veckor i ett sträck vid ettårsuppföljningen jämfört med kvinnorna i referensgruppen. Andelen män i studien är dock enbart 35 procent, (n=122), vilket gör att subanalyserna för män är mer osäkra än för kvinnorna (n=230).

Vid subanalys av patienter som vid baseline *hade arbete och var sjukskrivna* (< 60 dagar) var det en större andel i interventionsgruppen som vid ettårsuppföljningen arbetat fyra veckor i sträck jämfört med i referensgruppen. I subanalysen av patienterna som vid baseline hade arbete och inte var sjukskrivna framkom ingen signifikant skillnad. Resultaten indikerar att det är angeläget att agera tidigt i en sjukskrivning och då screena för behov av kontakter med arbetsgivaren. I kommande analyser kommer vi också studera hur patienternas produktivitet utvecklats och om ADA interventionen haft betydelse för utvecklingen.

Data har insamlats gällande vilken typ av arbete patienterna hade, deras arbetsförhållanden och arbetsmiljö och hur detta utvecklades under första året efter baseline. Detta kan analyseras i kommande studier, förutsatt att finansiering kan säkerställas.

De kvalitativa studier som pågår förväntas också kunna ge fördjupad förståelse för hur patient, arbetsgivare och fysioterapeut uppfattar och erfarit de tidiga kontakterna kring patientens/medarbetarens arbetssituation.

Fysioterapeuter med uppdrag i primärvården tar emot patienter via ”open access”, det vill säga de tar emot patienter som inte har träffat någon annan vårdprofession och som ofta befinner sig i ett tidigt skede av symptom och sjukdomsutveckling (Nordeman 2011). Individens arbetsförmåga är ett samspel mellan individens förmåga och arbetets krav på individen. Fysioterapeuten har i WorkUp haft rollen att både utifrån behov behandla patienten men också i tidigt skede initiera dialog med patientens arbetsgivare enligt modellen ADA.

Fysioterapeuter i primärvården har generellt inte kontakt med arbetsgivare i någon större omfattning. De kontakter som normalt förekommer mellan vårdgivare och arbetsgivare sker oftast i ett senare skede, vanligen i samband med avstämningsmöten med sjukskrivande läkare och handläggare från Försäkringskassan vid längre sjukskrivningar. I sjukvården (utom inom företagshälsovården) tas i regel inte alls några kontakter i tidigt skede med arbetsgivarna. I projektet WorkUp har vi prövat om fysioterapeut på vårdcentral kan ta en sådan tidig kontakt, för att möjliggöra anpassningar så att patienten kan vara kvar i arbete eller återgå i arbete vid sjukskrivning.

Arbetsgivaren har ansvar för såväl arbetsplatsens uppdrag, personal som ekonomi och har en central roll i ADA dialogen. Om det under konvergenssamtalet framkom behov av åtgärder så var det arbetsgivaren som på arbetsplatsen hade mandat att verkställa åtgärderna.

I WorkUp har noggranna protokoll upprättats för varje patient som deltagit i ADA och vilka insatser patient/arbetsgivare/vårdgivare (här fysioterapeut) kommit överens om. Den fortsatta processen på arbetsplatsen har följts upp vid patienternas uppföljningar på vårdcentralen vid 3, 6 och 12 månaders-uppföljningarna. Dessa protokoll kommer kunna analyseras i fortsatta studier.

I WorkUp var rehabiliteringen unimodal och fysioterapeuten ansvarade för såväl bedömning och behandling som den strukturerade ADA dialogen. Att involvera fler professioner i interventionen övervägdes. WorkUp hade dock fokus på patienter som vänt sig till fysioterapeut för behandling på grund av akut/subakut nack- och/eller ryggsmärta och ingen eller kort sjukskrivning. Att i det skedet involvera fler från teamet kunde ge patienten indikationer på att problemen var mer omfattande än vad de var och risk för medikalisering kunde förelegat. Att involvera flera professioner kan också förlänga tiden för verkställighet av kontakter och åtgärder. Tidsfaktorn är en känd riskfaktor för utveckling till långvariga besvär. Modellen vi arbetat utifrån ligger också i linje med en personcentrerad vård där insatser ges utifrån den enskilde patientens behov.

Det förelåg dock inga hinder för multimodala insatser eller kontakter med företagshälsovården om fysioterapeuten bedömde att sådana behov förelåg. Det finns möjlighet att i kommande analyser av patienternas behandlingsprotokoll (interventions- och referensgrupp) liksom patienternas rapporter om vårdkontakter under det första uppföljningsåret undersöka i vilken utsträckning det blev aktuellt.

## Metoddiskussion

Södra Sverige där WorkUp studien genomförts (Blekinge, Kronoberg och Skåne), hade vid årsskiftet 2013/14 en befolkning på drygt 1.6 miljoner. Det motsvarar knappt 20 procent av Sveriges befolkning. Karaktäristika för personer boende i denna region såsom fördelning mellan landsbygd och stad, befolkningens ålder, kön, migration och sysselsättning kan jämföras med Sverige som helhet. De medverkande vårdcentralerna hade också god geografisk spridning med lokalisering i såväl större som mindre orter och var såväl privat som offentligt drivna. Möjligheterna till generalisering av WorkUps resultat får därför ses som goda. Vidare har interventionerna genomförts inom ramen för ordinarie klinisk verksamhet och vi bedömer därför möjligheterna som goda att implementera arbetsmodellen.

I ansökan om medel från REHSAM till forskningsstudien WorkUp definierades hållbar arbetsförmåga som att ha arbetat fyra veckor i ett sträck utan sjukfrånvaro (Heymans et al 2006). Det får betraktas som högt ställda krav och bygger på en frekvent datauppföljning med hög kvalitet.

Att vid uppföljningar efterfråga patientens sjukfrånvaro retrospektivt har visat på brister då patienterna ofta har svårt att specifikt rapportera mer än de senaste veckorna. Vår unika datainsamling med hjälp av SMS en gång per vecka under ett år har gjort detta möjligt att genomföra och då även följa upp patienternas korttidsfrånvaro. Patienternas följsamhet till denna typ av uppföljning var också mycket god. I genomsnitt svarade mer än 90 procent av patienterna varje vecka. Det är därför en styrka i WorkUp att vi under ett år haft SMS kontakt med patienterna en gång per vecka.

I långtidsuppföljningen kommer registerdata från Försäkringskassan att användas (ett år före baseline till tre år efter), dvs. data från 2012-01-01 – 2017-12-31.

Tidsperioden för inkludering av patienter var från början planerad till ett år. Efter ett års inkludering hade dock ej tillräckligt antal patienter inkluderats. Beslut togs att förlänga inkluderingsperioden med ett år, till och med 31 december 2014. Total inkluderingsperiod blev således två år. För att underlätta inkluderingen av patienter beslutade projektledningen att en intrångsättning skulle utgå till vårdcentralen/rehabiliteringsenheten för varje inkluderad patient. 1000 SEK per patient i referensgruppen och 2000 SEK per patient i interventionsgruppen. För att ytterligare stimulera inkludering av patienter utgick det under 2015 provision enligt fastställd mall. Trots detta uppnådde studien ej power enligt de beräkningar som gjordes i REHSAM-ansökan.

Det finns svårigheter och stora utmaningar med klinisk patientnära forskning i primärvården, vilket vi också mötte i WorkUp. Genomförandet av forskningsprojektet försvårades av personalens upplevda brist på tillgänglig tid, resurser och bristande kontinuitet på grund av byten av chefer och medarbetare vid flera medverkande enheter. Det saknas vid många enheter inom primärvården både kompetens och erfarenhet av forskning. Det föreligger också en heterogenitet inom primärvården med delvis oklara uppdrag/prioriteringar vilket bidrar till svårigheter att bedriva och få acceptans och intresse för forskningsprojekt. Ett så omfattande forskningsprojekt som WorkUp innebär också att en stor mängd information ska samlas in och dokumenteras. Detta ställde särskilda krav på deltagande enheter och i synnerhet på de deltagande fysioterapeuterna.

För att förbättra individens funktion, aktivitets- och arbetsförmåga och förhindra sjukfrånvaro eller återgång i arbete vid sjukfrånvaro, behöver ofta åtgärder riktas mot både individen och arbetsförhållandena. En systematisk kunskapsöversikt från 2010 konstaterade att förvånansvärt få studier har undersökt effekten av olika interventioner på RTW efter sjukskrivning (Holm et al 2010). Vidare har flertalet tidigare rehabiliteringsstudier haft fokus på patienter med kronisk nack- och/eller ryggsmärta (varat mer än tre månader) med fokus på ofta långvarigt sjukskrivna patienter och deras återgång i arbete efter sjukskrivning (SBU 2016). I kontrast till detta så har insatserna i WorkUp skett i akut/subakut skede inklusive ADA-dialog med arbetsgivaren och resultaten visar att andelen patienter med hållbar arbetsförmåga ökat jämfört med referensgruppen.

Att ha kontakter med patientens arbetsplats och diskutera behov av eventuella åtgärder med patientens chef var en ny arbetsuppgift för fysioterapeuterna (Stigmar et al 2014). De som ansvarade för utbildning och träning av medverkande fysioterapeuter i WorkUp var erfarna fysioterapeuter/ergonomer och läkare med specialistkompetens inom företagshälsovård och allmänmedicin. Alla med mångårig erfarenhet från företagshälsovården. Under genomförandet av Workup ordnades uppföljningsträffar och projektledningen fanns tillgängliga för frågor. ADA interventionen består av tre steg. Fysioterapeuternas compliance till interventionen kommer kunna analyseras i kommande studier.

För de kommande studierna som omnämns i diskussionen är finansieringen ännu inte säkerställd. Forskningsmedel kommer att sökas, bl.a. från Fortes kommande utlysning.

## **Konklusion**

En strukturerad fysioterapeutisk intervention tillsammans med en tidig dialog med arbetsgivaren i form av ADA hade betydelse för om patienter med akut/subakut nack- eller ryggsmärta vid ettårsuppföljningen arbetat fyra veckor i ett sträck utan sjukfrånvaro. I interventionsgruppen hade också en signifikant större andel av patienterna uppnått en tillräckligt hög hälsorelaterad livskvalitet för att kunna förväntas klara ett arbete.

# Framtida implementering

WorkUp har genomförts i ordinarie primärvård och dess rehabiliteringsverksamhet med god spridning i södra Sverige. Tre sjukvårdshuvudmän och 32 vårdcentraler har varit involverad tillsammans med 20 rehabiliteringsenheter. Hälften av dessa har medverkat i interventionsgruppen och genomfört ADA dialoger i samverkan med patienterna och deras arbetsgivare. Fler studier/upprepning av genomförd studie behövs dock för att skapa ett säkert underlag inför implementering i stor skala.

## **Kunskap från WorkUp ska implementeras på olika nivåer i sjukvårdssystemet**

### **Nationell nivå**

Genom en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting gällande en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2016, bedömer regeringen och SKL att det är viktigt att vidmakthålla och vidareutveckla en funktion för koordinering inom hälso- och sjukvården. En sådan funktion ska bidra till ett ändamålsenligt stöd för kvinnor och män, möjliggöra tidig bedömning samt utveckla samordning och sam-verkan med andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, där arbetsgivare är en särskilt viktig aktör.

I de fall det är lämpligt och patienten har gett sitt medgivande tas direkt kontakter med arbetsgivare/Arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsriktad rehabilitering. Avsikten med kontakten är i första hand att uppmärksamma arbetsgivaren på att det kan finnas behov av att anpassa arbetsplatsen, arbetsuppgifter eller rehabiliteringsinsatser och därigenom främja patientens återgång i arbete.

Inom WorkUp-projektet är det fysioterapeuten som fått utbildning i ADA-konceptet och ansvarat för patientens koordinering. Kontakten med patient och arbetsgivare har kunnat genomföras inom ramen för ordinarie praktik och har tagits oavsett om patienten varit sjukskriven eller ej. Detta innebär att frågan om arbetsförmåga integrerats i ordinarie praktik.

### **Regional/landstingsnivå**

Regioner och landsting styrs genom olika typer av uppdrag. Uppdragen kan se olika ut inom regionen/landstinget. Inom WorkUp har strukturerad arbetsplatsdialog gett signifikant effekt på återgång i arbete.

Region Skåne har sedan några år ställt krav på att rehabiliteringsplanen ska inkludera kontakt med arbetsgivare, Försäkringskassa och Kommunal hälso- och sjukvård. Kraven ingår i uppdraget inom hälso- och sjukvården och genererar i nuläget ingen extra ersättning.

Under 2016 ges i Region Kronoberg och Landstinget Blekinge ersättning för kontakter hälso- och sjukvården tar med arbetsgivare/Arbetsförmedling i samband med behandlingsinsatser vid lindrig till måttlig psykisk ohälsa och långvarig smärta. Syftet med kontakten kan se olika ut, till exempel kan det innebära att tydliggöra för arbetsgivaren vilka förutsättningar arbetstagaren har för rehabilitering på arbetsplatsen eller att klargöra behov av insatser som kan vara aktuella för att underlätta för individen att vara kvar i arbete eller återgå i arbete.

Utöver kravställen bör man i framtida arbete skapa förutsättningar för att utarbeta stöd för att vårdgivaren ska kunna ta kontakt med arbetsgivaren. Det kan innebära att på sjukskrivningsintensiva enheter utbilda rehabiliteringskoordinatorerna i ADA-konceptet, eller inom journalsystemet ställa frågan om kontakt tagits med arbetsgivaren, men också att det i framtiden är patienten som äger plan för återgång i arbete. Planen bör således omfatta en helhet av insatser, från vården, arbetsgivaren med flera.

Medialt bör också framföras att om medborgaren blir sjukskriven så är det en medveten del av patientens behandling men en lika medveten del kan vara att inte sjukskriva eftersom det skulle göra mer skada än nytta. Syftet med att arbetsgivaren kontaktas bör också framgå, samt att patientens medgivande är en förutsättning. Vårdens fokus är ökad hälsa och återgång i arbete.

### **Övrigt att beakta vid implementering**

- En del av implementeringen är att kommunicera satsningen och dess resultat.
- Erfarenheter från använda screeningsinstrument och rutiner kan utveckla den viktiga selektion som måste ligga till grund för att rätt patient ska få rätt insats i rätt tid.
- I WorkUps modell tas arbete och arbetsplats upp i ett ordinarie möte med patienten. Det var INTE på förekommen anledning, i detta fall sjukskrivning. Det som prövats i WorkUp är en integrering av ADA i fysioterapeutisk praktik i tidiga patientmöten.
- Fler studier/upprepning av genomförd studie behövs för att skapa säkert underlag inför implementering i stor skala.

I arbetet med genomlysning och utarbetande av riktlinjer för rehabiliteringsprocesser inom Landstinget Blekinges primärvård kommer erfarenheter och resultat från WorkUp att beaktas.



## **Internationella och nationella forskningskonferenser**

Internationella och nationella forskningskonferenser och work-shops då WorkUp och preliminära resultat presenterats:

- EUMASS i Stockholm 2014
- EPI Scania, Lund 2014
- EULAR i Rom, Italien 2015
- WCPT i Singapore 2015
- Keele university, UK 2015
- EPI Scania, Lund 2015
- Region Skåne, Hässleholm 2014
- Fysioterapidagarna i Stockholm 2015.

Kommande konferenser då vi planerar skicka in abstrakt med utgångspunkt i forskningen inom WorkUp:

- WCPT i Kapstaden, Sydafrika 2017
- EULAR i Madrid, Spanien 2017
- Fysioterapidagarna i Stockholm 2017
- EUMASS i Maastricht, Nederländerna 2018
- Regional och lokala konferenser, seminarier runt om i Sverige 2017 och framåt.

## **Information till myndigheter och organisationer**

Myndigheter och organisationer som kommer att erbjudas information om resultat och erfarenheter från WorkUp:

- Försäkringskassan
- Socialdepartementet
- SKL, processledardagar
- Fysioterapeuterna (yrkesförbund)
- Svensk förening för allmänmedicin
- Företagsläkarföreningen
- Andra yrkesföreningar
- Fackliga organisationer.

# Tack

Tack till alla patienter, fysioterapeuter och verksamhetschefer som medverkat i studien. Tack till Chanchai Manuswin datamanager ERC, Lund för all hjälp med mallar för registrering och bearbetning av data. Tack också till Anna Lindgren, universitetslektor FoU Kronoberg och Matematikcentrum, Lunds Tekniska Högskola för vägledning och hjälp med statistiska analyser. Tack slutligen också till Dorthe Geisler, forskningssekreterare, FoU Kronoberg för hjälp med layout.

# Referenser

- Ahlström L, Grimby-Ekman A, Hagberg M, Dellve L. The work ability index and single-item question: associations with sick leave, symptoms, and health – a prospective study of women on long-term sick leave. *Scand J Work Environ Health* 2010; 36: 404-12.
- Alexanderson K, Nordlund A. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 1. Aim, background, key concepts, regulations, and current statistics. *Scand J Public Health Suppl.* 2004; 63: 12-30.
- Altman DG. *Practical Statistics for Medical Research*. London: Chapman & Hall, 1999.
- ATS (American Thoracic Society). ATS Statement: Guidelines for the Six-minute Walk Test. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 165: 277-304.
- Bergman S, Jacobsson LT, Herrström P, Petersson IF. Health status as measured by SF-36 reflects changes and predicts outcome in chronic musculoskeletal pain: a 3-year follow up study in the general population. *Pain* 2004; 108: 115-23.
- Bergman S, Herrström P, Högström K, et al. Chronic musculoskeletal pain, prevalence rates, and sociodemographic associations in a Swedish population study. *J Rheumatol* 2011; 28: 1369-77.
- Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res* 2002; 52: 69-77.
- Burström K, Johannesson M, Rehnberg C. Deteriorating health status in Stockholm 1998-2002: results from repeated population surveys using the EQ-5D. *Qual Life Res* 2007; 16: 1547-53.
- Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief Questions to Identify Patients With Inadequate Health Literacy. *Family Medicine* 2004; 36: 588-94.
- Dean E. Physical therapy in the 21<sup>st</sup> century (Part I): toward practice informed by epidemiology and the crisis of lifestyle conditions. *Physiotherapy Theory and Practice* 2009; 25: 330-53.
- Dean E, Al-Obaidi S, De Andrade AD, et al. The First Physical Therapy Summit on Global Health: implications and recommendations for the 21<sup>st</sup> century. *Physiotherapy Theory and practice* 2012; 27: 531-47.

- Drummond MF, Sculper MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes 3<sup>rd</sup>*; Oxford: Oxford University Press, 2005.
- Euroqol 2011 EQ5D. Cited 2011-06-07.
- Feise RJ, Menke JM. Functional Rating Index: A New Valid and Reliable Instrument to Measure the magnitude of Clinical Change in Spinal Conditions. *Spine* 2001; 26: 78-87.
- Feise RJ, Menke JM. Functional Rating Index: Literature Review. *Med Sci Monit* 2010; 16: RA25-36.
- Gard G, Rivano M, Grahn B. Development and reliability of the Motivation for Change Questionnaire. *Disabil Rehabil* 2005; 27: 967-76.
- Gatchel RJ. Musculoskeletal disorders: primary and secondary interventions. *J Electromuogr Kinesiol* 2004; 14: 161-70.
- Glise K, Hadzibajramovic E, Jonsdottir IH, Ahlborg G Jr. Self-reported exhaustion: a possible indicator of reduced work ability and increased risk of sickness absence among human service workers. *Int Arch Occup Environ Health* 2010; 83: 510-20.
- Gustavsson A, Bjorkman J, Ljungcrantz C, et al. Socio-economic burden of patients with a diagnosis related to chronic pain – Register data of 840,000 Swedish patients. *Eur J Pain* 2012; 16: 289-99.
- Haglund E, Bremander AB, Petersson IF, et al. Prevalence of spondyloarthritis and its subtypes in southern Sweden. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 943-8.
- Hansson E, Hansson T, Jonsson R. Predictors for work ability and disability in men and women with low back or neck pain. *European spine journal: official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society* 2006; 15: 780-93.
- Hansson T, Jensen I. "Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 6. Sickness absence due to back and neck disorders." *Scand J Public Health Suppl* 2004; 63: 109-51.
- Heath G, Parra D, Sarmiento O, et al. for the Lancet Physical Activity Series Working Group. Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. *The Lancet* 2012; 380: 272-81.
- Heymans MW, de Vet HC, Knol DL, et al. Worker's beliefs and expectations affect return to work over 12 months. *J Occup Rehabil* 2006; 16: 685-95.

- Hill JC, Dunn KM, Lewis M, et al. A primary care back pain screening tool: identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis & Rheumatism* 2008; 59: 632-41.
- Hill JC, Whitehurst DG, Lewis M, et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (Start Back): a randomized controlled trial. *The Lancet* 2011; 378: 1560-71.
- Holm L, Torgrén M, Hansson AS, Runeson R, Josephson M, Helgesson M, Vingård E. Återgång i arbete efter sjukskrivning för rörelseorganens sjukdomar och lättare psykisk ohälsa – en systematisk kunskapssammanställning om effekten av interventioner, rehabilitering och exponeringar på arbetet. *Arbete och Hälsa* 2010; 44(3). Göteborgs universitet; 2010.
- Holmberg S, Thelin A, Stiernstrom E, Svardsudd K. The impact of physical work exposure on musculoskeletal symptoms among farmers and rural non-farmers. *Annals of agricultural and environmental medicine, (AAEM)* 2003; 10: 179-84.
- Ilmarinen J. The aging worker. *Occup Environ Med* 2001; 58: 546-52.
- Ilmarinen J, Tuomi K et al. New dimensions of work ability. International congress series 2005; 1280: 3-7.
- Johansson G. The illness flexibility model and sickness absence. PhD Doctoral thesis, Karolinska institutet, 2007.
- Karlson B, Jönsson P, Pålsson B et al. Return-to-work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave due to burnout- a prospective controlled study. *BMC Public Health* 2010; 10: 301.
- Karlsson B, Jönsson P, Österberg K. Long-term stability of return to work after a work-place oriented intervention for patients on sick leave for burn-out. *BMC Public Health* 2014; 14: 821.
- Kourinka I, Jonsson B, Kilbom Å et al. Standardised Nordic questionnaire for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Appl Ergon* 1987; 18: 233-7.
- Krippendorff K. Content analysis. An introduction to its methodology. Thousand Oaks, Sage Publications Inc, 2004.
- Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA, Nguyen TD. Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Eval Program Plann* 1979; 2: 197-207.
- Lee I, Shiroma E, Lobelo F, Puska P, Blair S, Katzmarzyk P for the Lancet Physical Activity Serier Working Group. Impact of Physical Inactivity on the World's Major Non-Communicable Diseases. *The lancet* 2012; 380: 219-29.

- Leijon O, Wahlstrom J, Mulder M. Prevalens of self-reported neck-shoulder-arm pain and concurrent low back pain of psychological distress: time-trends in a general population, 1990-2006. *Spine* 2009; 34: 1863-8.
- Lindell O. On the rehabilitation of non-acute, non-specific spinal pain. PhD thesis. Centre of Family and Community Medicine, Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Karolinska Institutet, Sweden, 2010.
- Lindström K, Björklund C, Mykletun R, Furunes T, Gard G, Pahkin K. Nordic questionnaire for monitoring the age diverse workforce. Tema Nord 2008; 505, Nordic Council of Ministers, Copenhagen, 2008.
- Linton JS, Nicholas M, MacDonald S. Development of a short Form of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Spine* 2011; 36: 1891-5.
- Lövall L, Bremander A, Jansson S, et al. BackUpp – rätt insats i rätt tid för patienter med ländryggssmärta. Morse 2011. Citerad 2011-04-27.
- Mishler EG. Research interviewing context and narrative. USA, First Harvard Universit Press, 1991.
- Mårtensson L, Hensing G. Förmåga att förvärva, förstå och använda information om hälsa. En introduktion till begreppet hälsolitteracitet. Rapport. Sahlgrenska akademin, Göteborgs universitet. 2008.
- Nordeman L. Low back pain and widespread pain in primary health care: Early access to physical therapy, treatment and prognostic factors. PhD thesis. Institute of medicine at Sahlgrenska Academy University of Gothenburg, 2011.
- Nordeman L, Gunnarsson R, Mannerkorpi K. Prognostic factors for activity and work status in woman with chronic low back pain consulting primary health care: a two-year prospective longitudinal cohort study. *Clin J Pain* 2014; 30: 391-8.
- Nyman T, Grooten WJ, Wiktorin C, et al. "Sickness absence and concurrent low back and neck-shoulder pain: results from the MUSIC-Norrtälje study." *Eur Spine J* 2007; 16: 631-8.
- Palacios-Cena D, Alonso-Blanco C, Hernandez-Berrara V, et al. Prevalence of neck and low back pain in community-dwelling adults in Spain: an updated population-based national study (2009/10-2011/12). *Eur Spine J* 2015; 24: 482-92.
- Petersson IF, Grahn B, Stigmar K. Clinician-Reported Outcome Measures: Experiences from Multicenter Follow-Up and an Overview of Commonly Used Measures in Vocational Rehabilitation and Disability

- Evaluation. In: Escorpizo R, Brage S, Homa D, Stucki G. *Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation. Application and Implementation of the ICF*. London: Springer, 2015.
- Pimentel GD, Moreto F, Takahashi M, et al. Sagittal abdominal diameter, but not waist circumference is strongly associated with glycemia, triacylglycerols and HDL-c levels in overweight adults. *Nutr Hosp* 2011; 26: 1125-29.
- Reilly MC, Zbrozek AS, Dukes EM. The validity and reproducibility of a work productivity and activity impairment instrument. *Pharmacoeconomics* 1993; 4: 353-65.
- Risérus U, de Faire U, Berglund L, Hellénus ML. Sagittal Abdominal Diameter as a Screening Tool in Clinical Research: Cutoffs for Cardiometabolic Risk. *J Obes* 2010; 2010. pii: 757939. doi: 10.1155/2010/757939. Epub 2010 Mar 11.
- SBU. Ont i ryggen, ont i nacken. En evidensbaserad kunskapssammanställning, volym 1. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2000. SBU-rapport nr 145/1.
- SBU. Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturoversikt. Partiell uppdatering och fördjupning av SBU-rapport nr 177/1 + 2. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010. SBU-rapport nr 198.
- SBU. Preventiva insatser vid akut smärta vid rygg och nacke. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska och etiska aspekter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2016. SBU-rapport nr 245.
- Shaw WS, van der Windt DA, Main CJ, et al. Early Patient Screening and Intervention to Address Individual-Level Occupational Factors ("Blue Flags") in Back Disability. *J Occup Rehabil* 2009; 19: 64-80.
- Sieper J, van der Heijde D, Landewé R, et al. "New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS)." *Ann Rheum Dis* 2009; 68: 784-8.
- Socialstyrelsen. Utmattningsyndrom – Stressrelaterad psykisk ohälsa. Citerad 2016-07-14.
- Socialstyrelsen. ICF Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Svensk version av International Classification of Functioning, Disability and health (ICF), 2003. Citerad 2016-07-13.

- Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 – stöd för styrning och ledning. Citerad 2016-07-08.
- Solway S, Brooks D, Lacasse Y, Thomas S. A qualitative systematic overview of the measurement properties of functional walk tests used in the cardiorespiratory domain. *Chest* 2001; 119: 256-70.
- Stigmar K, Ekdahl C, Borgquist L, Grahn B. How do physiotherapists perceive their role in work ability assessments? A prospective focus group study. *Prim Health Care Res Dev* 2014; 15: 268-76.
- Strijk JE, Proper KI, van Stralemn MM, et al. The role of work ability in the relationship between aerobic capacity and sick leave: a mediation analysis. *Occup Environ Med* 2011; 68: 753-8.
- Wåhlin-Norgren C, Ekberg K, Öberg B. Is an expert diagnosis enough for assessment of sick leave for employees with musculoskeletal and mental disorders? *Disabil Rehabil* 2011; 33(13-14): 1147-56.
- Östlind E, Grahn B, Stigmar K. Patients' experience of a workplace intervention in physiotherapy practice. – A qualitative interview study. MSc thesis, Department of Health Sciences, Lund University, 2016.





**LUNDS**  
UNIVERSITET

Health Economics Unit  
Lund University, Sweden

## **Economic evaluation of the WorkUp intervention after one year – a research proposal**

## **Objective**

The objective is to perform economic evaluation of the WorkUp intervention in comparison to standard treatment from both a societal and a health care perspective. The study will employ data from the WorkUp trial and include costs and benefits related to the intervention over 12 months.

## **Method**

Economic evaluation is a technique of identifying, measuring, valuing, and comparing the costs and consequences of two or more alternative programs or interventions (Drummond MF et al. 2005). Therefore, it is an analysis of costs and benefits (effects) between two or more alternatives. In the current study we will compare the WorkUp intervention to standard treatment.

The perspective of analysis is important as it determines which costs and benefits should be included. We will perform the analysis from both a healthcare and a societal perspective. In the societal perspective, all costs are included irrespective of who is burdened by them, while the healthcare perspective is only concerned with costs burdening the healthcare sector (although the health benefits of the patients are the effectiveness measure).

The cost of the intervention and standard treatment for the control group can be calculated based on empirical data collected during the trial. The effectiveness of WorkUp can be measured in a number of ways and the trial has collected data on functional ability, pain score, treatment satisfaction, motivational change, etc. However, considering the overall aim of the intervention and the perspectives of the analysis we will potentially use three different types of measures of effectiveness. First, we will measure work ability defined either as being at work/eligible to the labour market during at least four weeks at the time of the one year follow-up, or rate of return to work (cost-effectiveness analysis). Secondly, we will measure the health related quality of life of the participants in terms of quality-adjusted life-years (QALY) measured by EQ-5D (cost-utility analysis). We can measure the QALY of the participants based on well-used tariff developed for UK population (Dolan 1997). Recently, an experience-based tariff for the Swedish population have been published (Burström et al. 2014). Therefore, to determine if there is any difference in the effect of the intervention based on QALY-measure, we will employ and compare both tariffs. Thirdly, the trial also collected information on participants' willingness-to-pay for the intervention/health gain (Drummond MF et al. 2005). This will allow us to measure the benefits of the intervention, from a societal perspective, in monetary terms (i.e. a cost-benefit analysis).

Irrespective of the measurement unit of the effectiveness, the results will be presented in terms of incremental cost-effectiveness ratios (ICERs), which show the cost of an extra

benefit (Drummond MF et al. 2005). The following broad cost and benefit categories will be included in the evaluation:

Cost categories (1<sup>st</sup> year)

- Screening (patient finding)
- Intervention
  - Medical care (red flags)
  - Physiotherapy
  - Structured convergence dialogue meetings (including preparatory interviews)
- Treatment as usual (control group)
- Health care utilisation outside intervention
- Patient costs
  - Travel
  - Time
- Work place intervention

Benefit categories (1<sup>st</sup> year)

- Increased labour market productivity
  - Reduced sickness absenteeism
  - Increased rate of return to work
  - Increase work ability
- Increased productivity outside the labour market
- Quality of life (QALY)

We will also conduct subgroup analyses of different cost-effectiveness of the intervention based on gender and whether the patient was on sick leave at base line. This will highlight potential effects the WorkUp intervention has on (within sample) societal inequalities.

We will in a sensitivity analysis change the definition of who is considered to have gone through the intervention. Patients in the intervention differ mainly in the extent they have gone through all parts of the structured convergence dialogue meetings. This part is divided into three meetings, one patient interview, one employer interview, and one convergence meeting. We will therefore also test if the cost-effectiveness of the intervention is sensitive to the number of steps that have been completed in the structured convergence dialogue.

**Deliverables**

A scientific article on the cost-effectiveness analysis of the WorkUp intervention both from health care and societal perspective to a peer reviewed international journal and a Swedish summary.

**Optional (not included in the budget)**

A full report of the evaluation in Swedish.

**Project timeline**

The study starts in April 2016 and the Swedish summary and a draft version of the article are presented in September.

**Project budget**

Two full time months for a researcher at the Health Economics Unit. The final budget will include taxes and social contributions, administration, and medical faculty overhead cost of 19%, totalling SEK 175000.

## References

Burström, Kristina, et al. (2014), 'Swedish experience-based value sets for EQ-5D health states', *Quality of Life Research*, 23 (2), 431-42.

Dolan, Paul (1997), 'Modeling Valuations for EuroQol Health States', *Medical Care*, 35 (11), 1095-108.

Drummond MF, et al. (2005), *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes* (3rd; Oxford: Oxford University Press).