

# Faser i arbetslivsinriktad rehabilitering

## Kerstin Ekberg

Professor i arbetslivsinriktad rehabilitering vid Institutionen för Medicin och Hälsa, Linköpings Universitet. kerstin.ekberg@liu.se

Arbetslivsinriktad rehabilitering används som begrepp för många olika typer av utredningar och åtgärder som underförstått eller uttalat syftar till att främja återgång i arbete för sjukskrivna. Det är emellertid fruktbart att differentiera mellan olika faser i processen för att tydliggöra bilden avseende vilka aktörer och vilka åtgärder som är lämpliga. Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen kan indelas i fyra faser från att bli sjukskriven till att vara tillbaka i en aktiv arbetssituation. Med utgångspunkt från dessa faser diskuteras i vilken grad det finns evidens för åtgärder inom respektive fas.

**Abstract:** The return to work process may be divided into four phases, from being sick listed to be back in active work. Different welfare actors play different roles during these phases in the Swedish welfare system. The level of knowledge, or evidence, with regard to interventions during the four phases in the sick leave and return to work process is discussed.

## Bakgrund

Den styrande principen för socialförsäkrings- och arbetsmarknadspolitiken i Sverige är den så kallade arbetslinjen. Arbetslinjen bygger på att alla har rätt till ett arbete, men också att man har en skyldighet att försörja sig om inte arbetsmarknadsmässiga eller medicinska skäl hindrar detta. Härigenom har frågan om hur man skall bedöma arbetsförmåga blivit betydelsefull. Bedömningen används dels för beslutet om den sjukskrivne har rätt till försäkringsersättning eller ej, dels som ett planeringsunderlag för vilka åtgärder som krävs i rehabiliteringsprocessen för återgång i arbete. Att bedömningen av arbetsförmåga tjänar båda dessa syften skapar i praktiken problem, ur ett försäkringsperspek-

tiv skall arbetsförmåga bedömas ur ett medicinskt perspektiv, medan åtgärder för att främja återgång i arbete ofta bör involvera andra perspektiv än de medicinska.

## Faser i processen för återgång i arbete – finns evidens för åtgärder?

Forskning om arbetslivsinriktad rehabilitering har hittills huvudsakligen haft fokus på människors ohälsa och arbetsoförmåga snarare än på deras resurser och kvarvarande arbetsförmåga. Förmågan att återgå i arbete har i allmänhet ansetts vara beroende av det medicinska tillståndet. Under senare år har dock kunskapen ökat om att återgång i arbete är en mer komplex fråga, att förmågan kan variera

över tid och att återgång i arbete är en gradvis framväxande process som påverkas av olika faktorer i olika faser. Ju längre sjukskrivningen varar, desto mer betydelsefulla blir andra faktorer än de medicinska. Kunskapen har också ökat om att anpassningar i omgivningen och på arbetsplatsen har betydelse för den faktiska möjligheten att återgå i arbete.

Young m. fl (2005) föreslår att processen för återgång i arbete kan indelas i fyra faser 1. sjukskriven och ej i arbete, 2. återinträde i arbete, 3. hållbarhet i arbetsförmåga och 4. fortsatt utveckling och karriär i arbetet. Att gruppera sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen utifrån dessa faser är bl.a användbart för att få överblick över vilka aktörer som har viktiga roller i de olika faserna och vilka åtgärder som krävs. I det följande kommer diskussionen att föras med utgångspunkt från de tre första faserna i processen för återgång i arbete och i vilken grad det finns evidens för åtgärder inom respektive fas.

### **Sjukskriven och ej i arbete**

Denna fas börjar i samma ögonblick som individen sjukskrivs. En viktig uppgift i denna fas är att fastställa den sjukskrivnes funktionsförmåga. I allmänhet avgör den sjukskrivande läkaren i sitt samtal med patienten individens grad av funktionsförmåga och arbetsförmåga men ibland genomför man även en bredare multiprofessionell bedömning inom hälso- och sjukvården eller företagshälsovården. Denna multiprofessionella bedömning kommer i allmänhet tidigast

efter en månads sjukskrivning. Försäkringskassans handläggare genomför ibland en s.k. SASSAM-utredning som syftar till att bedöma vilka hinder och resurser individen har. Ibland genomför man i långa sjukskrivningar en fördjupad försäkringsmedicinsk utredning ”i rehabiliterande syfte” för att bedöma arbetsförmågan och fastställa vilka ytterligare åtgärder som kan bli aktuella, även arbetsprövning i olika arbetsuppgifter kan ha ingått i utredningsmetoderna.

Internationellt har intervjuverktyg utvecklats ur ett bredare perspektiv för att diagnostisera den sjukskrivnes hinder och möjligheter för att återgå i arbete. Utöver frågor om besvärssbild, socioekonomisk situation, livsstil, arbetsvillkor, situationen på arbetsplatsen och sociala relationer på arbetet, inkluderas t.ex. biopsykosociala frågor som symptom, kunskap om vilka konsekvenser arbetet har för symptom och besvärsutveckling, samt upplevelse av brister i medicinska utredningar och rehabiliteringsåtgärder (Durand m.fl. 2002). För att förebygga långvarig sjukskrivning torde de senare frågorna, liksom frågor om livssituation vara av relevans i en bedömning, liksom i vilken mån och hur länge rehabiliteringsprocessen inneburit passiv väntan i avvaktan på initiativ från olika aktörer. Pågående studier pekar på att sjukskrivnas livssituation utanför arbetet kan bidra till att belastningen blir för hög om det inte finns möjligheter till flexibilitet och stöd från arbetsplatsen. Tidiga kontakter, stöd och åtgärder anses viktigt för att förebygga långvarig sjukskrivning, medan

det inte idag finns hållpunkter för att omfattande rehabiliteringsåtgärder är effektiva i det tidiga skedet (Andersson m fl 2003).

Försäkringskassans uppdrag under de första 90 dagarna i sjukskrivning är att tillsammans med den sjukskrivne upprätta en plan för återgång i arbete. Under den tidiga fasen är det betydelsefullt att fastställa vilka mål den sjukskrivne själv har avseende återgång i arbete och att ge stöd för att återgång hela tiden finns med i planeringen. Flera studier pekar på att en diskussion med den sjukskrivne om hur återgång i arbete skall möjliggöras främjar en tidig återgång, d.v.s. *att man redan från början har fokus på återgång i arbete och inte enbart på besvärslindring*. Randomiserade kontrollerade interventionsstudier med KBT som interventionsmetod mot lättare psykiska besvär, visar att återgång i arbete kan ske innan man har blivit besvärsfri och att besvären sedan avklingar då man är i arbete (Blonk m fl 2006, van der Klink m fl 2003, Schene m fl 2007). Liknande resultat finns för interventioner mot besvär i rörelseorganen. Dessa studier pekar på att om man redan i den initiala sjukskrivningsfasen tar upp återgång i arbete i åtgärdsplaner och erbjuder interventionsmetoder som stärker individens resurser kan sjukskrivningstiden kortas.

I många rehabiliteringsprogram som sträcker sig över längre tid uppstår problem med *compliance* (följsamhet), vilket kan uppfattas som bristande motivation hos patienten. Det kan emellertid vara fruktbart att granska

vilka omständigheter som hindrar patientens följsamhet. McIntosh med flera (1995) menar att det är betydelsefullt att man inte enbart fokuserar på symtomreduktion, utan också beaktar om målen för rehabiliteringsprocessen är realistiska. Att återgå till ett oförändrat arbete kan utgöra ett faktiskt hinder för många. Vissa moment i rehabiliteringsprogrammet kan förefalla inadekvata, irrelevanta eller omöjliga att fullfölja för en del individer. Detta innebär att individens motivation och compliance sannolikt i hög grad påverkas av i vilken mån man är eller tillåts vara delaktig och påverka i sin rehabiliteringsprocess.

Behovet av god samverkan mellan vårdgivare och Försäkringskassans handläggare och inte minst arbetsgivaren är givetvis stort i denna fas, vilket har belysts i flera internationella studier (Baril m.fl. 2003) liksom i Sverige (Melén 2008). Ett problem har under många år varit att myndigheterna har olika uppdrag och olika mål för sin verksamhet. För personer med komplexa problem kan detta innebära att man bollas mellan olika myndigheter, eller att man "faller mellan stolarna" och rehabiliteringsprocessen riskerar att bli mycket långdragen. Den sjukskrivne riskerar att successivt alieneras från sin egen rehabiliteringsprocess genom att uppfatta den som en fråga för de olika aktörerna (Ekberg och Sebrandt 2007, Bülow & Ekberg 2009), snarare än sin egen angelägenhet.

## Återgång i arbete

Om den sjukskrivne kan återgå till sitt ordinarie arbete bör detta, enligt den s.k. rehabiliteringskedjan som infördes i sjukförsäkringen 2008, ske innan individen varit sjukskriven i 90 dagar eller som längst inom 180 dagar. I de Försäkringsmedicinska riktlinjerna anges dock att t.ex. vissa former av depression och svår utmattningsdepression kan kräva minst 6 månaders sjukskrivning, i vissa fall mer.

Idag används ofta begreppet ”återgång-i-arbete” för att tydliggöra skillnaden mellan rehabiliterande åtgärder som syftar till besvärsförbättring och åtgärder som syftar till främja att den sjukskrivne återupptar sitt arbete. Denna ansats innebär att individen återgår i arbete trots att de inte alltid är medicinskt färdigbehandlade, de kan t.ex. fortsätta att delta i rehabiliterande åtgärder eller att medicinera även då de är i arbete. Arbetsplatsen blir härmed en viktig arena för att främja arbetsförmåga och behovet av en fungerande samverkan mellan vårdgivare, Försäkringskassan och arbetsplatsen blir tydligt.

Åtgärder som ger den enskilda individen besvärsreduktion och ökad förmåga att hantera stress och påfrestningar, kombinerat med anpassningar på arbetsplatsen tycks vara den effektivaste strategin både för personer med besvär i rörelseorganen och för personer med stressrelaterade psykiska besvär (Loisel m.fl. 1994, Blonk m.fl. 2006, van der Klink m.fl. 2003).

Ett intressant resultat i ett antal randomiserade kontrollerade studier är att de personer som fått en aktiv intervention, ofta baserad på KBT och med fokus på återgång i arbete eller kombinerat med arbetsplatsanpassningar, kommer snabbare tillbaka i arbete och har en mer hållbar arbetsförmåga, trots att deras symptom eller besvär ligger på samma nivå som i kontrollgruppen (Blonk m.fl. 2006, van der Klink m.fl. 2003, Schene m.fl. 2007). Vid uppföljningar ett år senare tycks emellertid besvären ha avklingat. Detta pekar på att många gånger kan en tidig återgång i arbete vara fruktbart. En viktig fråga blir om sådan tidig återgång i arbete innebär en ökad belastning för arbetskamraterna eller arbetsgruppen (Baril m.fl. 2003).

En systematisk review av Franche m.fl. (2005, 2007) visar *stark evidens* för att sjukfrånvaro kortas om det finns en tidig kontakt mellan vårdgivare och arbetsplats. Detta tydliggörs av MacEachen m.fl. (2006) i en systematisk review av kvalitativ forskning inom området, som pekar på att arbetsgivare behöver en sådan tidig kontakt för att få kunskap om i vilka avseenden den sjukskrivne saknar arbetsförmåga och för att arbetsgivaren överhuvudtaget skall veta hur man skall anpassa arbetskraven till den sjukskrivnes förmågor.

*Stark evidens* finns också för att anpassningar på arbetsplatsen för att underlätta återgång i arbete för den sjukskrivne medarbetaren förkortar sjukskrivning (Franche m.fl. 2005, 2007). Anpassningar av arbetet disku-

teras närmare av Johansson i temaartikeln 6 i detta temanummer.

En rehabiliteringsprocess kan bäst beskrivas som en förändringsprocess. I första hand tänker man oftast att individen ska förändras, dvs. återfå sin arbetsförmåga. I många fall är emellertid hindret för att återgå i arbete inte begränsat till enbart de faktiska symtomen eller funktionshindren; i många fall finns även andra hinderande faktorer som delvis omfattar individens egna psykosociala resurser och delvis omfattar de sociala normerna på arbetsplatsen. Anställda som till följd av olika symtom eller besvär under en period inte kunnat uppfylla sin roll på arbetsplatsen eller som haft upprepade kortare sjukperioder, kan uppfattas som "mindre önskvärda" eftersom de är mindre produktiva. Om vissa av den sjukskrivnes arbetsuppgifter läggs över på kollegorna, eller om lönen baseras på gruppens prestation, kan utstötningmekanismer utvecklas gentemot en medarbetare som kommer tillbaka med reducerad arbetskapacitet. Om arbetsgruppen/kollegorna är delaktiga i besluten om hur arbetsuppgifter omfördelas mellan dem kan dessa utstötningmekanismer motverkas, samtidigt som man kan anta att denna förändringsprocess även kan leda till ett lärande i arbetsgruppen.

Bültmann m fl (2009) visade i en randomiserad kontrollerad studie att en rehabiliteringsprocess som skräddarsyttis för individen, baserat på en multidisciplinär teambedömning av arbetsförmåga och av hinder i arbets-

och livssituationen för återgång i arbete, ledde till snabbare återgång i arbete för personer med besvär i rörelseorganen. Skillnaden i antal sjukskrivningsdagar mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp ökade över uppföljningsåret, till interventionsgruppens fördel. Kärnan i rehabiliteringsprogrammet var att rehabiliteringsplanen och åtgärderna kontinuerligt diskuterades med den sjukskrivne och arbetsgivaren och anpassades successivt till behov och förutsättningar.

Det komplexa samspelet mellan den anställdes arbetsförmåga och arbetsplatsens förutsättningar belyses av Johansson (2007) med sjukflexibilitetsmodellen, som bygger på två centrala begrepp: förmåga att arbeta och motivation att arbeta. Om de anställda har stora möjligheter att anpassa arbetstakt, uppgifter och tider efter sin hälsa är chansen större att de kan fortsätta arbeta istället för att bli sjukskrivna. Bland sjukskrivna är det fler som återgår i arbete om de har möjlighet till anpassningar på arbetsplatsen. Om frånvaro från arbetet innebär att andra eller den sjukskrivne själv får mer att göra, blir konsekvensen att vissa personer känner krav att gå till arbetet, trots att de är sjuka. Höga närvarokrav ökar sannolikheten för hög sjuknärvaro, vilket internationellt har uppmärksamats som ett ur produktionssynpunkt tilltagande problem på många arbetsplatser.

Arbetsledare har stor betydelse för hur framgångsrik återgången i arbete blir. Forskningen ger entydiga belägg för att arbetsledarens bemötande och

agerande gentemot den sjukskrivne medarbetaren kan vara avgörande för hur väl återgång i arbete lyckas. Arbetsledarens roll är emellertid komplex, som ansvarig både för produktionen och för att hjälpa sjukskrivna medarbetare tillbaka. Moderna organisationsformer och höga produktionskrav innebär att man ofta ser svårigheter att göra sådana förändringar i arbetsvillkoren som skulle underlätta för den sjukskrivne att komma tillbaka. Delvis kan detta också bero på att arbetsledare inte tycker sig ha adekvat eller tillräcklig kompetens för att göra de anpassningar som krävs vid olika sjukdomstillstånd.

I Sverige betonas betydelsen av en tidig kontakt mellan den sjukskrivne och arbetsplatsen. Franche m.fl. (2005) fann *måttlig evidens* för interventioner som inkluderar sådan tidig kontakt. Den måttliga evidensen beror troligen på att få studier genomförts. I vissa fall, om det föreligger en konflikt mellan den sjukskrivne och arbetsledaren, eller då den sjukskrivne inte uppfattar att arbetsgivaren är beredd att underlätta en återgång i arbete, kan dock denna typ av kontakter bli mer problematisk.

Ergonomiska bedömningar på arbetsplatsen, liksom om det finns en koordinator eller case manager som är involverad i processen, fick också *måttlig evidens* i Franches m.fl. review. I Sverige har case managers sällan förekommit i detta sammanhang. Möjligen kan samordnaren i arbetsgivarringar sägas ha en sådan roll (Juhlin & Tengblad, 2004). Dessa har hittills

vanligen blivit engagerade först när alla andra åtgärder har misslyckats, d.v.s. efter lång sjukskrivning. Regelverket i den nya rehabiliteringskedjan kommer troligen att innebära att detta förändras. Det är viktigt att notera att de flesta studier som rapporterats inte har genomförts i Sverige och inom ramen för det svenska socialförsäkringssystemet. Det är därför betydelsefullt att genomföra liknande studier här.

### **Arbetsförmågans hållbarhet**

Tidig återgång i arbete kan således ha både positiva och negativa effekter på individens hälsa. Som tidigare nämnts kan tidiga interventioner innebära att en sjukskriven kommer tillbaka i arbete utan att vara besvärsfri. Att vara i arbete med kvarvarande besvär kan sammanfalla med vad vi kallar sjuknärvaro, vilket i sig kan utgöra en hälsorisk. Om arbetsplatsen inrymmer flexibilitet och anpassningsmöjligheter kanske arbete med kvarvarande besvär inte utgör någon risk utan istället främjar hälsa på sikt. Saknas däremot anpassningsmöjligheter i arbetet är det möjligt att tidig återgång med kvarvarande besvär skapar ytterligare hälsoproblem och på sikt behov av sjukskrivning.

Det saknas ännu evidens för hur olika interventioner främjar arbetsförmågans hållbarhet. Den tidigare refererade studien av Bültmann m fl (2009) pekar dock på att en rehabiliteringsprocess som dynamiskt anpassas under rehabiliteringsperioden kan vara framgångsrikare än mer standardiserade åtgärdsprogram. Det saknas

också forskning om återfallsfrekvens i sjukskrivning och i vilken mån olika former av åtgärder kan bibehålla arbetsförmågan efter återgång i arbete.

Arbetsgivaren representerar en organisation som inte med säkerhet har på sin agenda att främja hälsa, eftersom organisationen i allmänhet har ett annat primärt mål; att producera varor eller tjänster/service i någon form. Om hälsofrämjande arbete inte ingår i de beslutsfattande processerna och i fördelning och prioritering av resurser inom organisationen riskerar sådana frågor att ignoreras. Självklart finns det dock en stor variation i hur man hanterar hälsofrämjande arbete och rehabilitering inom olika organisationer, då även människosyn och ledarstil har betydelse för hur man tar sig an dessa frågor.

Flera studier pekar på att arbetsplatsen är en viktig arena för att främja och bibehålla arbetsförmåga och hälsa. Arbetsplats-program som är inriktade på att se och hantera samspelet mellan individen och arbetets villkor leder till färre och/eller kortare sjukskrivningar (Shrey 2000, Ekberg och Wildhagen 1996).

### **Vilka blir långvarigt sjukskrivna?**

Betydelsen av tidigt insatta åtgärder har påvisats av flera forskare; rehabiliteringspotentialen är störst om insatserna genomförs tidigt. I praktiken är emellertid tidsförloppet mellan insjuknande och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder långt. Bland dem som förblir långvarigt sjukskrivna finns en överrepresentation av

kvinnor, äldre, lågutbildade, arbetare, personer med erfarenhet av arbetslöshet, samt personer med arbetsförhållanden som har en hög fysisk belastning eller bristande stimulans och utvecklingsmöjligheter.

Arbetsplatsens storlek har betydelse för utgången av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Ju större företag, desto större sannolikhet att individen återgår i arbete (Marklund och Lidwall 1997). Det finns flera tänkbara förklaringar till detta, dels har en större arbetsgivare större möjligheter att erbjuda andra eller anpassade arbetsuppgifter, dels är en större verksamhet mindre sårbar för om en anställd inte är fullständigt återställd vid återgång i arbete. Det är också av vikt att man erbjuder stöd och anpassningar på arbetsplatsen. Förhållnings-sättet på arbetsplatsen har betydelse, detta påverkas i hög grad av närmaste arbetsledarens stöd och attityd till att arbetstagaren ska återgå till arbetet. Ledare har ett stort inflytande över hur stödprocessen på arbetsplatsen utvecklas. I de fall processen uppmuntras av arbetsledningen ökar sannolikheten att arbetstagaren får stöd även av andra på arbetsplatsen.

Tjänstemän återgår i större grad i arbete än arbetare. En högre inkomst medför också en större sannolikhet för återgång i arbete. Sannolikt speglar dessa skillnader att tjänstemän och höginkomsttagare har bättre hälsa och arbetsvillkor som bl.a. möjliggör anpassningar av arbetet.

Det råder motstridiga åsikter om det är befrämjande eller ej för återgång i arbete om individen har arbetat länge på den arbetsplats som hon sjukskrivs ifrån. Vissa studier visar att ju längre tid en individ har arbetat på samma arbetsplats, desto större sannolikhet att personen inte återkommer i arbete. Andra studier visar motsatsen.

### Att få tillträde till arbetslivet

Arbetslivet har olika grad av tillgänglighet för olika personer och grupper i vårt samhälle. Waddell och Burton (2006) har i en omfattande systematisk review fokuserat på frågan *"Is work good for your health and well-being?"*. De drar slutsatsen att ett arbete är det viktigaste medlet för att få adekvata ekonomiska resurser som möjliggör att man kan vara aktivt delaktig i samhället. Arbete bidrar till viktiga psykosociala behov, identitet, sociala roller och social status, och arbete är bra för de flesta människors hälsa och välbefinnande. De som har svårt att få tillträde till arbetslivet tillhör de grupper som har eller utvecklar sämre hälsa och som blir mer sårbara för olika former av påfrestningar i livet. Att stå utanför arbetslivet på grund av sjukskrivning eller arbetslöshet är därför inte hälsofrämjande eller sjukdomsförebyggande.

### Avslutande reflektioner

Socialförsäkringssystemet är när detta skrivs i en stark omställningsperiod. De höga ohälsotalen i Sverige har medfört att kraftiga förändringar tvingats fram då samhällskostnaderna blivit enormt höga.

Hur välfärdssystemet skall struktureras för att underlätta för sjukskrivna att komma tillbaka i arbete är inte löst. En avgörande faktor tycks dock vara att utveckla strukturer och system som samverkar för individens mål, snarare än att rutinemässigt genomföra utredningar och åtgärder som faller inom ramen för respektive myndighets uppdrag. En andra avgörande faktor tycks vara att i högre grad involvera både den sjukskrivne och den sjukskrivnes arbetsplats tidigt i planering, måldiskussion och åtgärder. Åtgärder för att främja återgång i arbete kan ses som en förändrings- och lärandeprocess där man inte enbart söker förändra symtombilden, utan i lika hög grad hur individen hanterar sina symtom och de effekter de ger på arbets- och livssituationen (Ekberg & Svedin 1998). En effektiv rehabiliteringsprocess måste emellertid framförallt omfatta förändring av orsakerna till att besvären uppstått. En förändring kan inte ske utan att det sammanhang individen är involverad i deltar i förändringsprocessen. Detta synsätt innebär att man integrerar rehabilitering och prevention; man arbetar både med att förändra och hantera uppkomna symtom och besvär och med att förändra orsakerna till att besvären uppkommit. Detta är kärnan i vad man kallar en hälsofrämjande arbetsplats.



## Referenser

- Andersson, A., Ekberg, K., Enthoven, P., Kjellman, G., Ockander, M., Skargren, E., Åkerlind, I., Öberg, B. 2003. Vad är en god arbetslivsinriktad rehabilitering? Slutsatser baserade på en litteratursammanställning. Linköpings universitet, IHS Rapport 2003:1.
- Baril, R., Clarke, J., et al. 2003. Management of return-to-work programs for workers with musculoskeletal disorders: a qualitative study in three Canadian provinces. *Social Science & Medicine*, 57, 2101-2114
- Blonk R.W.B., Brenninkmeijer V., Lagerveld, S.E., Houtman, I.L.D. 2006. Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work & Stress* 20(2):129-144.
- Bülow, P., Ekberg, K. 2009. Avstämningmötet som mötesplats och metod för återgång i arbete - ur ett kommunikationsperspektiv. Linköpings universitet, IHS-rapport 2009:1
- Bültmann U., Sherson D., Olsen, J., Hansen, C.L., Lund, T., Kilsgaard, J. 2009. Coordinated and tailored work rehabilitation: A randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *J Occup Rehab*. DOI 10.1007/s10926-009-9162-7.S
- Durand, M.-J., Loisel, P., Hong, Q.N. 2002. Helping Clinicians in Work Disability Prevention: The Work Disability Diagnosis Interview. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 12:191-204.
- Ekberg, K. och Sebrant, U. 2007. Återgång i arbete. Rehabiliteringprocessen i teori och praktik. Linköpings universitet, IHS-rapport 2007:2.
- Ekberg, K., Svedin, L. 1998. Rehabilitering och prevention. Patienten själv arbetar aktivt mot uppställda mål. *Läkartidningen* 95(21);2473-2478.
- Ekberg, K., Wildhagen, I. 1996. Long-term sickness absence due to musculoskeletal disorders: The necessary intervention of work conditions. *Scand J Rehab Med* 28:39-47.
- Franché, R.-L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., Frank, J. 2005. Workplace-Based Return-to-Work Interventions: A Systematic Review of the Quantitative Literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15, 607-631.
- Franché, R.-L., Severin, C., Hogg-Johnson, S., Côté, P., Vidmar, M., Lee, H. 2007. The impact of early workplace-based return-to-work strategies on work absence duration: A 6-month longitudinal study following an occupational musculoskeletal injury. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 49(9): 960-974.
- Johansson, G. 2007. The illness Flexibility model and Sickness Absence. Stockholm, Karolinska Institute Dissertation.
- Juhlin, P., Tengblad, P. 2004. Arbetsgivarringar I Sverige. Förekomst, function och nytta. Stockholm. VINNOVA rapport nr. 11.
- Loisel, P., Durand, P., Abenham, L., Gosselin, L., Somard, R., Turcotte, J., Esdaile, J. 1994. Management of occupational back pain: the Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study. *Occupational and Environmental Medicine* 51:597-602.
- MacEachen, E., Clarke, J., Franché, R.-L., Irvin, E. 2006. Systematic review of the Qualitative Literature on Return to Work after Injury. *Scand J Work Environ Health*. 32: 257-269.
- Marklund, S., Lidwall, U. 1997. Vilka blir långtids-sjukskrivna? I: Marklund, S. (red.) Risk- och friskfaktorer – sjukskrivning och rehabilitering i Sverige. Stockholm: Riksförsäkringsverket redovisar 1997:6.
- McIntosh, G., Melles, T., Hall, H. 1995. Guidelines for the identification of barriers to rehabilitation of back injuries. *Journal of Occupational Rehabilitation* 5:195-201.
- Melén, D. 2008. Sjukskrivningssystemet. Sjuka som blir arbetslösa och arbetslösa som blir sjukskrivna. Lund Dissertations in Sociology 79.
- Schene, A.H., Koeter, M.W.J., Kikkert, M.J., Swinkels, J.A., McCrone, P. 2007. Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. *Psychological Medicine*

37: 351-361.

Shrey D.E. 2000. Worksite disability management model for effective return-to-work planning. *Occupational Medicine, State of the Art Reviews* 15;4:789-801.

Waddell G., Burton A.K. 2006. *Is work good for your health and well-being?* London: TSO

Van der Klink, J.J.L., Blonk, R.W.B., Schene, A.H., van Dijk, F.J.H. 2003. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occup Environ Med* 60: 429-437.

Young, A.E., Roessler, R.T., Wasiak, R., McPherson, K.M., van Poppel, M.N.M., Anema, J.R. 2005. A developmental Conceptualization of Return to Work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15: 557-568.