

Arbetsförmåga och anställningsbarhet i teori och praktik

Kerstin Ekberg

Professor, Rikscentrum för arbetslivsinriktad rehabilitering (RAR), Inst. för medicin och hälsa, Linköpings universitet, 581 83 Linköping. E-post:kerstin.ekberg@liu.se.

Bedömning av arbetsförmåga och anställningsbarhet är centrala uppgifter för välfärdsaktörerna då en person blir sjukskriven. Bedömningarna har betydelse för den enskildes fortsatta förutsättningar att bibehålla en plats i arbetslivet. I artikeln diskuteras vilka svårigheter som uppstår i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i samband med bedömningar av arbetsförmåga och anställningsbarhet inom ramen för de regelverk som gäller.

Assessment of work ability and employability are core tasks for the welfare actors when an individual becomes sick-listed. The assessments are critical for the individual's future possibilities to remain on the labor market. Difficulties to perform these assessments given the structural conditions for the sick-leave and return-to-work process are discussed.

Introduktion

Inom internationell och svensk forskning och praktik diskuteras idag allt mer hur en enhetlig och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess kan uppnås (1,2). Under de senaste åren har de strukturella förutsättningarna för sjukskrivningsprocessen genomgått omfattande förändringar i Sverige med bland annat nya riktlinjer för de medicinska besluten om sjukskrivning och införande av rehabiliteringskedjan. De förändringar som hittills genomförts för att förbättra sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen fokuserar på sjukskrivningslängd och tidssättning av processens olika delar. Handläggningen utförs standardiserat genom detaljerade handläggningsprocesser i

syfte att kvalitetssäkra tidsåtgång och likformighet (3). Förändringarna syftar till att åstadkomma en aktivare process och en snabbare återgång i arbete, den s.k. arbetslinjen. Bedömningen av individers arbetsförmåga och vilka åtgärder som erbjuds spelar en nyckelroll för vilka steg som ingår i processen och vilka konsekvenserna blir för individen.

Strukturella förutsättningar för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

De strukturella förutsättningarna för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och bedömningen av arbetsförmåga har förändrats påtagligt un-

der senare år och fokuseras alltmer på tidsatta gränser både inom hälso- och sjukvården och inom Försäkringskassan. För sjukskrivande läkare finns det Försäkringsmedicinska beslutsstödet som vägledning för hur länge en person med en specifik diagnos bör eller kan vara sjukskriven. Från att tidigare ha uppvisat en stor både geografisk och individuell variation har beslutsstöden idag sannolikt bidragit till mer enhetliga sjukskrivningslängder för flera sjukdomstillstånd (4). Inom Socialförsäkringen regleras arbetet av rehabiliteringskedjan. Handläggningen inom Försäkringskassan bygger på tidsstyrning och detaljerade instruktioner för hur ärenden skall hanteras och beslut fattas, i syfte att säkra enhetliga bedömningar och åstadkomma rätts-säkra beslut i processen. Sammantaget innebär dessa förändringar i praktiken en ökad reglering av både hälso- och sjukvårdens och Försäkringskassans arbete i relation till den sjukskrivne, fram för allt med avseende på tid.

I praktiken har de strukturella förutsättningarna för hur arbetsförmåga bedöms och de tidsatta gränserna för olika typer av åtgärder inneburit att sjukskrivna som inte kommer tillbaka i sitt ursprungliga arbete inom 90 dagar riskerar att ”rotera mellan” välfärdssystemets aktörer. Ingen har det långsiktiga ansvaret för att i samråd med den sjukskrivne utreda vilka hans/hennes faktiska förutsättningar i och utanför arbetslivet är, varje aktör genomför sina utredningar och kommunicerar dem i någon form till nästa aktör. I allmänhet har de olika aktörerna begränsad kunskap om de förutsättningar i

arbetslivet som individen sjukskrivits ifrån. Detta innebär att de strukturella förutsättningarna leder till en mängd problem, som var och en för sig skulle kunna överbryggas men som tillsammans skapar en ineffektiv rehabiliteringsprocess. Det centrala är att inget av dessa problem är åtgärdbara hos en enskild aktör.

MacEachen (5) kallar detta ”the broken telephone scenario”, en kedja av bristfällig kommunikation gör att beslutsfattaren har fel eller otillräcklig information för att ta relevanta beslut. Problem kan t.ex. uppstå på grund av bristande information i läkarintyget, felaktiga remisser, upptagna läkare, brist på kommunikation mellan professioner, förenklade rehabiliteringsprogram, felaktigt anpassade arbetsuppgifter, etc.

Begreppet arbetsförmåga

Bedömningen av arbetsförmåga är den mest centrala frågan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Oklarheter i vad som menas med arbetsförmåga har inneburit att begreppet operationaliserats genom ett antal olika mätinstrument som gör anspråk på att kunna ge underlag till en bedömning av den sjukskrivnes arbetsförmåga. Sådana bedömningsinstrument bygger i allmänhet på antagandet att en professionell bedömare med hjälp av instrumentet skall kunna avgöra om den sjukskrivne har arbetsförmåga helt eller delvis, eller inte alls.

Flera forskare diskuterar arbetsförmåga som ett flerdimensionellt och dynamiskt begrepp (6 -8). Nordenfelt

(7) menar att varje bedömning av förmåga måste ske i relation till de speciella omständigheter som råder för individen. Om det medicinska underlaget inte klargör individens arbetssituation och arbetskrav kan man anta att läkaren gjort implicita antaganden om arbetssituationen. Nordenfelt har en handlingsteoretisk utgångspunkt för sin analys av begreppet arbetsförmåga där kompetens är det övergripande begrepp som inrymmer såväl den teoretiska och praktiska förmågan att utföra arbetsuppgifter (know-how) och skicklighet (skill) att utföra dem rätt. Utöver kompetens krävs vilja eller motivation att utföra arbetet. En viktig förutsättning för att ha arbetsförmåga, enligt de dimensioner Nordenfelt anger, är dessutom att ha en sådan hälsa, det vill säga ork och styrka, att man kan utföra sitt arbete.

Flera forskare menar att arbetsförmåga och funktionshinder är relationellt. Arbetsförmåga finns eller saknas beroende på vilket sammanhang man talar om (9). Enligt Melén (10) måste arbetsoförmåga förstås som motsats till arbetsförmåga. Arbetsförmåga bedömdes tidigare i förhållande till yrke, medan den idag skall bedömas i relation till varje enskilt på arbetsmarknaden förekommande arbete. Detta innebär också att arbetsoförmåga inom ett yrke inte är detsamma som arbetsoförmåga i alla andra yrken.

Att vara kortvarigt sjuk har i allmänhet inga negativa konsekvenser på kompetensen att åter utföra arbetet då man tillfrisknat, men långvarig sjukdom eller annan frånvaro från arbetet kan

idag innebära att man inte längre har den grundläggande kompetens som krävs för att utföra vissa arbetsuppgifter då man återkommer i arbete. Tengland (8) menar att det krävs två definitioner av arbetsförmåga, en för arbeten som kräver speciell utbildning och en för arbeten som de flesta kan utföra efter en kortare praktik. Sjukdom eller andra omständigheter kan leda till att en sjukskriven förlorar sin specifika arbetsförmåga, men har kvar en generell arbetsförmåga som innebär att man kan utföra mindre kvalificerade arbeten. I ca en fjärdedel av sjukskrivningsfallen är rehabiliteringsprocessen komplicerad och den försäkrade återkommer inte i arbete inom den enligt rehabiliteringskedjan stipulerade tiden. Beslutsprocessen kommer därmed att involvera även andra aktörer och beslut fattas i samråd med dessa, beslut som har betydelse för ekonomiska och sociala förutsättningar i den sjukskrivnes fortsatta liv, vilket operationaliseras i beslutet om den försäkrades arbetsförmåga. Brister i information och kommunikation mellan aktörerna kan försvåra beslutsprocessen.

Bedömning av arbetsförmåga i praktiken

Bedömningen sker inledningsvis för att avgöra den sjukskrivnes rätt till sjukpenning. Därefter kan bedömning av arbetsförmåga ske vid upprepade tillfällen som underlag för rehabiliterande åtgärder, omfattning på fortsatt sjukersättning, och senare i processen för beslut om individen skall ställas till arbetsmarknadens förfogande och överlämnas till arbetsförmedlingen.

För att en patient skall ha rätt till ersättning från sjukförsäkringen krävs att arbetsförmågan skall vara nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom, d.v.s. lagen har ett biomedicinskt synsätt (11). För en person som har ett arbete skall bedömningen göras utifrån detta arbete, för arbetslösa görs bedömningen i relation till den reguljära arbetsmarknaden. Begreppet arbetsförmåga är inte definierat i lagstiftningen, utgångspunkten är att alla har någon form av arbetsförmåga och enbart medicinska omständigheter skall beaktas vid bedömningen. Häri genom får det medicinska underlaget en avgörande betydelse för bedömningen. Läkaren har till sin hjälp det Försäkringsmedicinska beslutsstödet där det i de övergripande principerna framgår att för att bedöma arbetsförmågan krävs en klar uppfattning om funktionsförmågan, information om arbetsituationen och möjligheterna till anpassningar på arbetsplatsen (12).

Rätten till sjukersättning är således i den första fasen i hög grad beroende av vad sjukskrivande läkare skriver i läkarintyget. Flera studier visar att redan i denna inledande fas uppstår problem (13-16). Det är framförallt frågor om samband mellan funktionsförmåga och arbetets krav som skapar svårigheter för den sjukskrivande läkaren, vilket innebär att det underlag som handläggaren på Försäkringskassan skall fatta beslut på har sådana brister att beslutet riskerar att bli inkorrekt. Inom hälso- och sjukvården är kunskapen begränsad om vilka krav olika arbetsuppgifter ställer på den enskilde individen, eftersom det inte ingår i deras uppdrag att ta kontakt

med eller besöka arbetsplatser.

Förståelsen av hur arbetsförmåga skall bedömas i praktiken kan grundas i kunskap om vilka faktorer som har visats ha samband med arbetsförmågan. Här kan bland annat forskning om vilka faktorer som påverkat självskattad eller bedömd arbetsförmåga utnyttjas, liksom forskning om vilka faktorer som har samband med att sjukskrivna återgår i arbete. Individuella faktorer som ålder, tidigare sjukskrivning och självskattad hälsa har samband med återgång i arbete. Hälsofrämjande åtgärder och kompetensutveckling i arbetet har visat sig främja arbetsförmåga (17), liksom förbättrade arbetsvillkor och möjlighet att använda kunskap, erfarenhet och kompetens i arbetet. En systematisk litteratursammanställning (18) visar stark evidens för ökad arbetsförmåga (mätt som tid till återgång i arbete vid sjukskrivning) efter anpassningar på arbetsplatsen, samt efter tidiga kontakter mellan vårdgivare och arbetsplats. Johansson (19) har empiriskt visat hur viktigt ett dynamiskt perspektiv är för frågan om sjukskrivning och återgång till arbete. Ju större möjligheter till anpassning av arbetsplatsen, desto större del av arbetsstyrkan höll sig friska och var närvarande. Förhållandena på en viss arbetsplats visade sig också vara mycket betydelsefulla för personer som varit långtidssjukskrivna. Flexibilitet vad avser arbetsdagens längd och deltagande i planeringen av arbetet var avgörande för att få människor att återgå till arbetet. Det var också tydligt att personer i vissa yrken och på högre positioner hade större anpassningsmöjligheter. MacEachen et al (20) fann i en

systematisk sammanställning av kvalitativa studier att processfaktorer som klimat och kommunikation mellan arbetsledare och sjukskriven, hur kommunikation och delaktighet utvecklas mellan den sjukskrivne och välfärds-systemets aktörer, samt legitimitet på arbetsplatsen för att arbeta med frågor om hälsa och återgång i arbete främjar arbetsförmågan mätt som antal sjukskrivningsdagar.

Flera studier pekar på betydelsen av individens egen uppfattning om sin arbetsförmåga för hur snabbt man kommer tillbaka i arbete efter sjukskrivning. Detta innebär att den sjukskrivne själv sannolikt i hög grad kan integrera de olika förutsättningar som krävs till en rimlig bedömning av om han/hon kan utföra sitt arbete eller inte. I en finsk studie (21) gjordes en uppföljning efter 28 år av en kohort av personer som skattat sin arbetsförmåga 1981. Den egna skattningen av arbetsförmåga var, efter kontroll för hälsa och livsstilsfaktorer, en signifikant prediktor för hälsa och dödlighet även efter 28 år.

För sjukskrivna som inte återgår i arbete inom 90 dagar kan Försäkringskassan initiera en mer omfattande bedömning av arbetsförmågan. Försäkringskassans metoder omfattar SASSAM-kartläggning där individens hinder och resurser identifieras, formulering av en plan för återgång i samråd med den sjukskrivne och avstämningsmöte där utöver handläggaren även den sjukskrivne, sjukskrivande läkare och arbetsgivare medverkar. I en nyligen genomförd prospektiv kohortstudie av nästan 1000 ny-sjukskrivna med

besvär i rörelseorganen eller psykiska besvär fann vi att 25 % av de sjukskrivna fått en plan för återgång, vanligen innehåller den enbart tidpunkter för när sjukskrivningen skall minskas eller upphöra, 18 % hade fått en SASSAM utredning och 10 % hade fått ett avstämningsmöte. Mediantiden till första plan för återgång i arbete var 77 dagar, för SASSAM utredning 78 dagar och till avstämningsmötet ca 135 dagar. Resultaten visar att Försäkringskassan, som har samordningsansvar för rehabiliteringsprocessen, kommer in relativt sent och i relativt få ärenden. Det är framför allt sjukskrivna med sämre hälsa och hälsorelaterade resurser som får åtgärder från Försäkringskassan.

Även för handläggare inom Försäkringskassan uppstår svårigheter att bedöma arbetsförmågan. I en intervjustudie uppger handläggare att deras möjlighet att bedöma den sjukskrivnes faktiska arbetsförmåga är begränsad (22). I de sjukskrivningsfall där man kommer till ett avstämningsmöte avgörs arbetsförmågan till stor del av hur arbetsgivaren förhåller sig (23). I de observerade avstämningsmötena diskuterades arbetsförmåga i relativt endimensionella termer, och främst i termer av fysiska hinder. I det konkreta mötet mellan socialförsäkring och arbetsliv uppstår en tydlig maktobalans som handläggaren saknar verktyg för att hantera. Besluten riskerar därmed att bli beroende av faktorer som inte är ”synliga” men som har betydelse för den sjukskrivne.

Arbetsplatsens betydelse för återgång i arbete

Arbetslivet genomgår ständigt organisatoriska förändringar vilket ställer nya krav på de anställda. De dominerande arbetsorganisatoriska principerna för arbetslivet förutsätter initiativ, problemlösningsförmåga, social kompetens, förmåga att arbeta i team och andra kognitiva och sociala förmågor av de anställda. Både offentliga och privata verksamheter styrs i allt högre grad av produktions- och lönsamhetsmått, som för den enskilde anställde kan innebära mindre möjligheter att anpassa arbetstakt och arbetsform till sin aktuella förmåga. Möjligheter till anpassning av arbetsuppgifterna under en period kan dock i praktiken innebära att den tidigare sjukskrivne får möjlighet att utveckla sin kompetens och förmåga att utföra sina tidigare arbetsuppgifter. Det blir tydligt att arbetsplatsens förhållningssätt och möjlighet eller vilja att anpassa arbetet har betydelse för om individen har arbetsförmåga eller ej. En central fråga är hur dialogen och samspelet med arbetsgivare kan utvecklas för att öka kunskapen om arbetets krav och förutsättningar.

Begreppet arbetsförmåga ställs på sin spets då man diskuterar den åldrande arbetskraften. En minskad fysisk förmåga, ett långsammare tempo, sämre syn och hörsel och kanske en reducerad kognitiv förmåga, innebär detta normala åldrande att man har en sänkt arbetsförmåga ur ett sjukförsäkringsperspektiv?

Anställningsbarhet

Efter 180 – 365 dagars sjukskrivning erbjuds den sjukskrivne enligt rehabiliteringskedjan ett överlämnandemöte till Arbetsförmedlingen, som därefter har ansvaret för att hjälpa den sjukskrivne till ett annat arbete på arbetsmarknaden genom olika åtgärder inom arbetslivsintroduktionen. Målet med arbetslivsintroduktionen är att den som deltagit i programmet ska ha fått sitt behov av stöd för återgång till arbete utrett. Programmet får som längst pågå i tre månader. Under det första halvåret 2010 hade 1.3 % lämnat arbetsförmedlingen för ett arbete på den reguljära arbetsmarknaden. Personer som efter avslutat introduktionsprogram saknar arbetsförmåga kan påbörja en ny sjukperiod. Återflödet från Arbetsförmedlingen till Försäkringskassan har successivt ökat sedan regelverket infördes, från 38% i maj 2010 till 60% i december 2010. Mycket tyder således på att bedömningar av arbetsförmågan skiljer sig mellan olika aktörer i välfärdssystemet. Den centrala frågan blir om en person är anställningsbar eller ej efter långvarig sjukfrånvaro.

Anställningsbarhet skall i detta sammanhang bedömas och förstås i relation till tillämpningen av arbetslinjen, men även ur de mer övergripande perspektiven avseende arbetsorganisationers behov av kompetensförsörjning respektive situationen på arbetsmarknaden. Anställningsbarhet är därför inte enbart en individuell egenskap utan är, liksom arbetsförmåga, ett komplext begrepp som måste ställas i relation till en yttre omständigheter.

Anställningsbarhet på arbetsmarknaden beror dels på vilken hälsa och hälsorelaterade resurser man har (24), men också på vilka förmågor arbetsgivare söker. Det finns ingen allmänt vedertagen definition av begreppet anställningsbar. Anställningsbarhet har studerats utifrån makro-, organisations- och individperspektiv och med olika målgrupper; från att tidigare syfta till att identifiera potentiell arbetskraft bland arbetslösa till att idag omfatta både anställda och personer utanför arbetsmarknaden (25). Ur ett organisationsperspektiv har innebörden i begreppet ändrats från att huvudsakligen beakta individens ålder och hälsa till att fokusera på hur individens skicklighet, kunskap och sociala förmåga passar med arbetsgivarnas behov. Anställningsbarhet, liksom arbetsförmåga, bygger idag i hög grad på kompetens i olika avseenden, både för individer i arbete och för individer som står utanför arbetsmarknaden. (26,27). Med de förändringar som sker i arbetslivet förändras kraven på individens kompetens och förmåga kontinuerligt.

TCO's intervjustudie (28) visade att arbetsgivare har en avvaktande eller negativ inställning till att rekrytera personer som varit långvarigt sjukskrivna eller arbetslösa. Arbetslivet har genomgått och genomgår stora förändringar i samband med effektiviseringar, nedskärningar och införande av nya organisationsprinciper. Förändringarna ställer nya krav på de anställda. Man talar om en ökad individualisering som bygger på kontinuerlig kompetensutveckling, kommunikationsförmåga, planeringsförmåga och problemlös-

ningsförmåga (bl.a. 29-31). Arbetsvillkoren karakteriseras av en högre arbetsintensitet och en mer decentraliserad ansvarsfördelning. Överlag har de psykiska och sociala kraven ökat (32) och man ser ökande skillnader i arbetsvillkoren mellan olika grupper, och en samvariation mellan kön, socioekonomisk status, etnicitet och negativa arbetsvillkor (33). Parallellt har välfärdssystemets utveckling beskrivits som en rörelse från en traditionell välfärdsstat till en servicestat, där socialpolitiken alltmer ska samordnas med arbetsmarknadens krav på flexibilitet och konkurrens (34) och tillämpningen av arbetslinjen har blivit striktare (9).

Sammanfattning och konklusion

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är i det svenska systemet uppdelad mellan olika aktörer som gör sina bedömningar inom ramen för sin verksamhets mål. De strukturella förutsättningarna skapar svårigheter för de professionella i systemet som skall avgöra om en person har arbetsförmåga eller ej. I praktiken är sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i de allra flesta fall rättfram och tillgodoser de behov som finns. I cirka en fjärdedel av sjukskrivningsfallen är emellertid processen komplicerad och den försäkrade återkommer inte i arbete inom den enligt rehabiliteringskedjan stipulerade tiden. Beslutsprocessen kommer därmed att involvera flera aktörer. Avsaknaden av dialog, brister i information och kommunikation mellan aktörerna och med arbetsgivaren gör bedömningen av arbetsförmåga

osäker och riskerar att vara beroende av ”osynliga” faktorer, såsom avsaknad av incitament för arbetsgivare att göra anpassningar på arbetsplatsen.

Generellt är kunskapen mycket otillräcklig om vilken information och kunskap som påverkar beslut om sjukskrivning, bedömning av arbetsförmåga och val av åtgärder. Dilemmat för den enskilde handläggaren inom Försäkringskassan ligger i att kunna fatta korrekta och rättvisa beslut som också garanterar den enskildes rättigheter.

Referenser

- Bültmann U, Sherson D, Olsen J, Hansen C.L., Lund T, Kilsgaard J. Coordinated and tailored work rehabilitation: A randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *J Occup Rehab.* 2009;19(1):81-93.
- Loisel P, José-Durand M, Baril R, Gervais J, Falardeau M. Interorganizational collaboration in occupational rehabilitation: perceptions of an interdisciplinary rehabilitation team. *J Occup Rehab.* 2005;15(4): 581-590.
- Vägledning 2004:2, ver 16. Sjukpenning och samordnad rehabilitering. Försäkringskassan.
- Söderberg, E. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – en vägledning till sjukskrivning. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 2011;4
- MacEachen E., Kosny A., Ferrier S., Chambers L. The “Toxic Dose” of System Problems: Why Some Injured Workers Don’t Return to Work as Expected. *J Occup Rehabil* 2010; 20:349–366 DOI 10.1007/s10926-010-9229-5
- Ludvigsson M., Svensson T., Alexandersson K. (2006) Begreppet arbetsförmåga: en litteraturnomgång. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Nordenfelt L. (2008). The concept of work ability. Brussels: P.I.E. Peter Lang S.A.
- Tengland P-A. The Concept of Work Ability. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2010; DOI 10.1007/s10926-010-9269-x
- Lindqvist, R. (2000). Att sätta gränser. Organisationer och reformer i arbetsrehabilitering. Umeå: Boréa Bokförlag.
- Melén D. (2007) Sjukskrivningssystemet. Sjuka som blir arbetslösa och arbetslösa som blir sjuka. Lund: Lund Dissertations in Sociology 79, Lunds universitet.
- Boorse C. Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science.* 1997; 44:542-573.
- Järholm B., Karlsson B., Mannelqvist R. Arbetsförmåga i sjukförsäkringen – så beskrivs begreppet i lagstiftningen. *Läkartidningen.* 2009;106:1178-81.
- Söderberg E, Alexandersson A. (2005). Sicknes certificates as a basis for decision regarding entitlement to sickness insurance benefits, *Scandinavian Journal of Public Health*, 2005;33
- Mannelqvist R., Karlsson B., Järholm B. Läkarintyg om bedömning av arbetsförmåga klarar inte alltid rättslig prövning. *Läkartidningen.* 2010; 107;49: 3125-3127.
- Arrelöv B. Läkarens beslut om sjukskrivning – en konfliktfylld handling. I: Upmark M, Edlund C, redaktörer. *Den komplexa sjukfrånvaron.* Lund: Studentlitteratur; 2006. p. 19-35.
- Söderberg E, Smeds M, Festin K. Sjukskrivningsperioder och kvalitet i information i läkarintyg före respektive efter införandet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. *Linköpings universitet, Inst. för medicin och hälsa.* 2010.
- Tuomi K., Huuhtanen P., Nykyri E., Ilmarinen J. Promotion of work ability, the quality of work and retirement. *Occupational Medicine.* 2001;51: 318-324.
- Franché R. L., Cullen K., Clarke J., Irvin E., Sinclair S. & Frank J. Workplacebased return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2005;15, 607-631.
- Johansson G (2007). The Illness flexibility model and sickness absence. Dissertation, Stockholm: Karolinska Institutet.

20. MacEachen E., Clarke J., Franche R. L. & Irvin, E. Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2006; 32, 257-269.
21. Von Bonsdorff M.B., Seitsamo J., Ilmarinen J., Nygård C-H., von Bonsdorff M.E., Rantanen, T. Work ability in midlife as a predictor of mortality and disability in later life: a 28-year prospective follow-up study. *CMAJ* 2001; DOI:10.1503/cmaj.100713.
22. Ståhl C., Svensson T., Petersson G., Ekberg K. Swedish rehabilitation professionals' perspectives on work ability assessments in a changing sickness insurance system. *Disability and Rehabilitation*, 2010; Early Online, 1–10.
23. Seing I., Ståhl C., Nordenfelt L., Bülow P., Ekberg K. Avstämningsmötet som arena för förhandling om arbetsförmåga. *Socialmedicinsk Tidskrift* 2011;4
24. Nilsson S., Ekberg K. Employability and work ability: returning to the labour market after long-term absence. 2011. Submitted.
25. Gazier, B. (ed). (1999). *Employability: Concepts and Policies*. Berlin: European Employment Observatory.
26. Garsten, C., Jacobsson, K. (2004). *Learning to be employable. New agendas on work, responsibility and learning in a globalizing world*. New York: Palgrave Macmillan.
27. Van der Heijde C.M., van der Heijden B.I.J.M. A competence-based and multidimensional operationalization and measurement of employability. *Human Resource Management* 2006;45(3) 449-476.
28. Mörtvik R., Rautio K. (2009). *TCO granskar: Jakten på superarbetskraften*. Stockholm, TCO.
29. Fugate M., Kinicki A.J., Ashforth B.E. Employability: A psycho-social construct, its dimensions, and applications. *Journal of Vocational Behavior* 2004; 65(1): 14-38.
30. Ekberg, K., Eklund, J., Ellström, P-E. & Johansson, S. (2006). *Tid för utveckling?* Lund: Studentlitteratur.
31. Ekberg K. (2007) *Workplace health-influences and interventions*. In Nilsen P. (ed.). *Strategies for health. An anthology*. Linköping university: IHS Rapport 2007:1.
32. Marklund S (red.) (2000) *Arbetsliv och hälsa 2000*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet och Arbetsarkivstyrelsen.
33. Härenstam A, Marklund S, Berntson E, Bolin M & Ylander J (2006). Understanding the organisational impact on working conditions and health. *Swedish National Institute of Working Life, Arbete & Hälsa* No 2006:4.
34. Jacobsson, K. (2004). *A European Politics for Employability: The Political Discourse on Employability of the EU and the OECD*, in Garsten & Jacobsson (red.): *Learning to be employable: New agendas on work, responsibility and learning in a globalizing world*. New York: Palgrave Macmillan.