

## SAMMANFATTNING

Arbetsförmåga har blivit högaktuellt i samhället, såväl politiskt som för den enskilde. Begreppet är komplext och kan sammanfattas som individens olika förmågor i relation till krav i arbetet. Begreppet kan även inbegripa svårbedömda faktorer som motivation och vilja att arbeta. Det finns olika teoribildningar och perspektiv på arbetsförmåga. Det är viktigt att ha kunskap om riskfaktorer för utveckling av nedsatt arbetsförmåga och att ha utarbetade rutiner för att tidigt kunna identifiera individer som riskerar nedsatt arbetsförmåga och risk för längre sjukskrivning. Vid bedömning av arbetsförmåga är det viktigt att tydliggöra bedömningens syfte och att använda evidensbaserade och tillförlitliga metoder. I denna artikel ligger fokus på teoretiska perspektiv på arbetsförmågan. I en kommande artikel kommer vi mer konkret att beskriva metoder för bedömning av delkomponenter av arbetsförmåga samt insatser både för individen och i arbetet som kan vara aktuella för att stärka arbetsförmåga.

# Arbetsförmåga, del 1

## Definitioner, modeller, perspektiv, prediktorer, riskfaktorer

BIRGITTA GRAHN, KATARINA KJELLBERG, THERESE LJUNGQUIST, KJERSTIN STIGMAR, CHARLOTTE WÄHLIN



**BIRGITTA GRAHN**  
docent, forskningsledare  
vid FoU Kronoberg,  
Landstinget Kronoberg,  
Epi-centrum, Region  
Skåne, Inst. för hälsa, vård  
och samhälle och Inst. för  
Kliniska vetenskaper  
i Lund, Lunds universitet

**Arbetsförmåga** har blivit högaktuellt i samhället, såväl politiskt som för den enskilde. Bakgrunden är att Sverige under 1990-talets senare del och början av 2000-talet utmärkte sig i förhållande till jämförbara länder, genom att ha en ökande andel sjukskrivna och förtidspensionerade. Liksom i många andra länder var de vanligaste sjukskrivningsdiagnoserna besvär från rörelseorganen och psykisk ohälsa (1–3). Denna bild kvarstår, även om sjukfrånvaron totalt sett har minskat (4, 5).

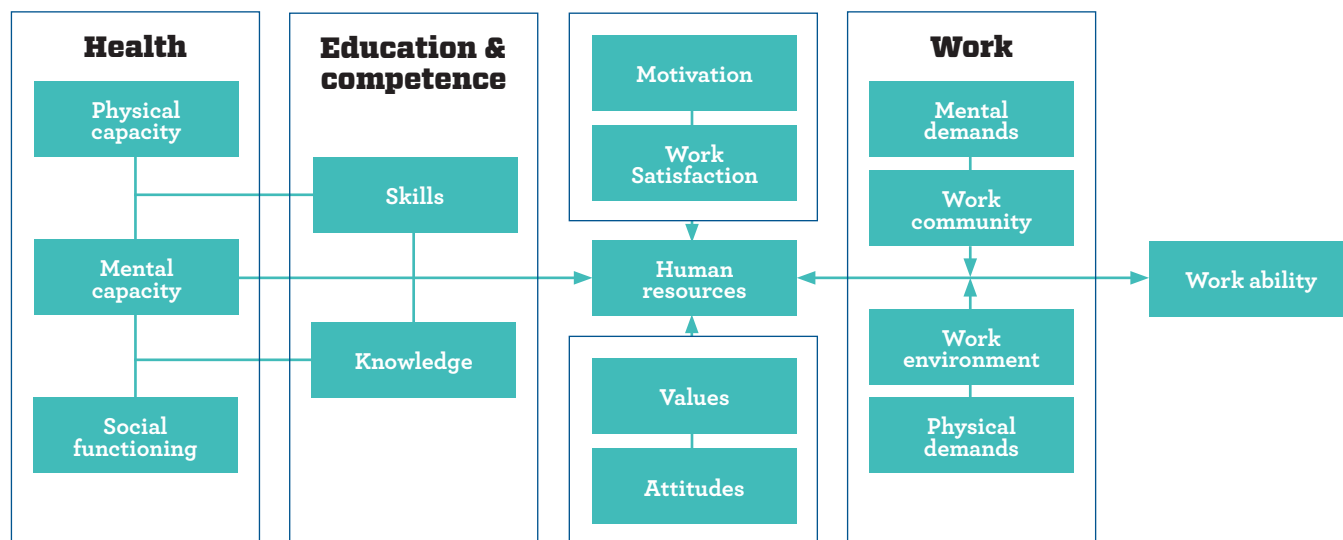
En rad förändringar har, med början 2007, genomförts inom sjukförsäkrings- och rehabiliteringsområdet. Stimulansmedel riktades till landstingen för förbättring av sjukskrivningsprocesserna (6) och ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd utvecklades (7). Förändringarna ledde till att sjukskrivningsfrågorna kom upp på högsta ledningsnivå inom alla landsting (8) samt till större konformitet i sjukskrivningarnas omfattning och längd (9). De läkare som deltagit i utbildningar angående försäkringsmedicinskt beslutsstöd hade vid uppföljning i högre grad en sjukskrivningspolicy på kliniken (10) och mer än hälften av allmänläkarna uppgav sig i slutet av år 2008 ha nytta av beslutsstödet och använde det (11).

Vidare inrättades 2008 en rehabiliteringsgaranti,

riktad mot de stora diagnosgrupperna smärtproblematik och psykisk ohälsa, i syfte att förhindra arbetsförmåga eller återskapa förlorad arbetsförmåga (12). Den nationella utvärderingen kunde inte visa att insatserna påverkat sjukskrivningarna (13), men att de haft effekt på patienternas funktion, hälsorelaterade livskvalitet samt självrapporterade arbetsförmåga (14). År 2009 riktades medel till företagshälsovården (FHV), i syfte att stimulera tidiga, multimodala insatser i samarbete med arbetsplatsen (15).

Förändringen med starkast koppling till arbetsförmågebegreppet var inrättandet av en rehabiliteringskedja (16). Den innebär att personens arbetsförmåga bedöms i förhållande till det egna arbetet under de första tre månaderna av sjukfrånvaro, därefter till anpassade arbetsuppgifter hos samma arbetsgivare och efter sex månader gentemot hela arbetsmarknaden (*normalt förekommande arbeten*). Ur rättssäkerhetsaspekt blev det viktigt att definiera arbetsförmåga för att sjukförsäkringen ska framstå som trovärdig och förstälilig (17). Regeringen uppdrog att utreda begreppet arbetsförmåga, vilket resulterade i ett del- respektive slutbetänkande (18, 19). Regeringen gav också Försäkringskassan (FK) i uppdrag att vidareutveckla metoder och instrument för bedöm-

**Figur 1. Ilmarinens modell för arbetsförmåga.**



ning av arbetsförmåga efter dag 180 (20, 21). Slutgiltigt förslag ska läggas fram i januari 2013.

I en välfärdsstat är medborgarnas möjligheter att försörja sig central. I Sverige är den så kallade arbetslinjen styrande (19, 22). Vem som ska avkrävas ansvar för sin egen försörjning och vem som har rätt till samhällets stöd när man inte klarar den, har debatterats genom flera decennier (23, 24). Ett annat perspektiv på arbetslinjen är att arbete är en rättighet, inte bara en skyldighet. I perspektivet ingår att arbetet har ett värde i sig utöver att ge möjlighet till egen försörjning (22). Avlönat arbete och delaktighet i arbetslivet är förenat med bättre hälsa och är centralt för social identitet och god ekonomisk standard (25).

## Arbetsförmåga – definitioner och modeller

Arbetsförmåga som begrepp är komplext och otydligt definierat, men kan sammanfattas i individens olika förmågor i relation till krav i arbetet. Även svårbedömda faktorer såsom motivation och viljan att utföra ett arbete (26) kan ingå. En i forskning vanlig definition på arbetsförmåga är att vara i lönearbete eller tillgänglig för arbetsmarknaden under fyra veckor i sträck (27). Arbetsförmågebegreppet har en central betydelse i sjukförsäkringen och har där en tydlig koppling till sjukdom (19). Nedsättning av arbetsförmåga på grund av sjukdom är det grundläggande ersättningskriteriet i sjukförsäkringen (28). I andra sammanhang sker bedömning av arbetsförmåga i andra syften och begreppet ges då andra innebörder. I Arbetsförmågeutredningen föreslogs att begreppet arbetsförmåga endast skulle användas i relation till specifika arbetsuppgifter och att begreppet *medicinska förutsättningar* för arbete skulle användas när arbetsförmågan relaterades till hela arbetsmarknaden, och slutligen att man skulle ta ställning till huruvida individen *har försörjningsförmåga* eller inte (19).

### Ilmarinens modell

I teoribildningen kring arbetsförmåga är Ilmarinens modell central (29). I modellen betraktas arbetsförmåga som mänskliga resurser i relation till arbetets krav, där de mänskliga resurserna inbegriper individens mentala och fysiska kapaciteter, socialt fungerande, kunskap och färdigheter samt motivation, tillfredsställelse med arbetet, värderingar och attityder. Dessa relateras till fysiska och mentala krav på arbetet, arbetsmiljö och arbetssammanhang (figur 1).

Ilmarinens multidimensionella arbetsförmågemodell har på senare år vidareutvecklats och beskrivs nu i termer av ett "arbetsförmågehus" (30).

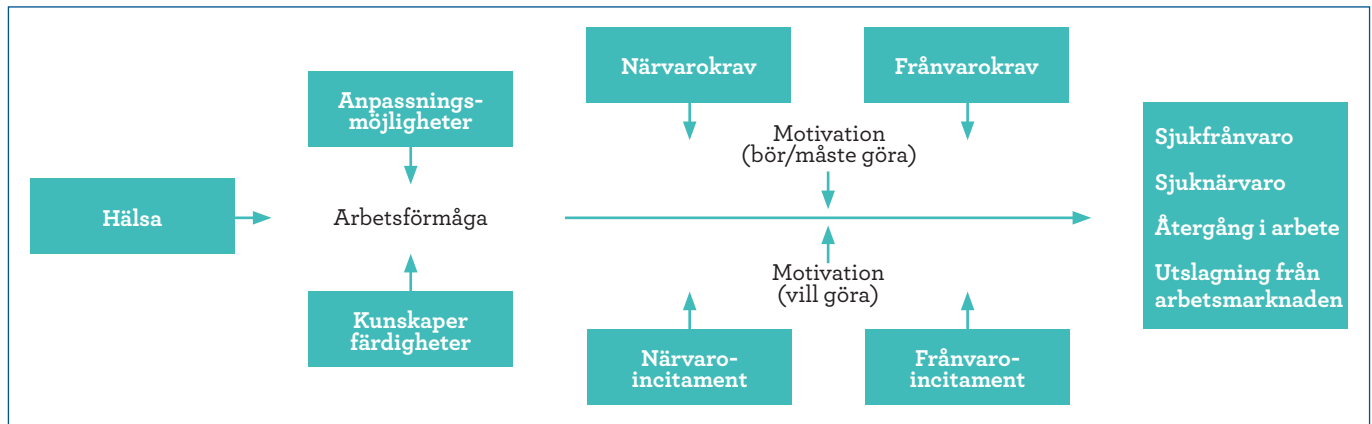
### Filosofiska modeller

Andra modeller vilar på mer filosofiska grunder. Nordenfeldt definierar arbetsförmåga som att individen ska besitta en rad förmågor för att kunna följa arbetsuppgifter och mål som arbetet efterfrågar, förutsatt att arbetsmiljön är acceptabel (31). Tengland skiljer på specifik arbetsförmåga, som är i relation till ett specifikt arbete som kräver särskild träning eller utbildning, respektive generell arbetsförmåga ►

### Viktigt att beakta:

- ✓ På vems uppdrag ska arbetsförmågan bedömas?
- ✓ Vad är syftet med bedömningen?
- ✓ På vilka grunder gör jag min bedömning?
- ✓ Vem/vilken instans ska ta del av bedömningen?
- ✓ I förhållande till vad ska arbetsförmågan bedömas?
- ✓ Vilka individ- och arbetsplatsrelaterade faktorer som påverkar arbetsförmåga är aktuella?
- ✓ Ska bedömningen omfatta rekommendationer vad gäller individen och/eller arbetsplatsen, som kan förbättra individens arbetsförmåga?

Figur 2. Sjukflexibilitetsmodellen.



**KATARINA KJELLBERG**  
med.dr, specialistkompetens i sjukgymnastik inom ergonomi, Centrum för arbets- och miljömedicin, Stockholms läns sjukvårdsområde, Inst. för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet.

➤ som ställs i relation till sådana arbeten som de flesta människor kan klara efter en kort praktik (24).

Arbete kan betraktas som en mänsklig handling och därför kan *handlingsteorin* vara användbar när arbetsförmåga ska definieras. I modellen betraktas det som en person vill, tror sig kunna klara och tror sig kunna få i relation till inre och yttre förutsättningar, som centralt för arbetsmotivationen (32).

I Ilmarinens modell och i handlingsteorin lyfts vilja och motivation fram. Motivation kan definieras som allt som driver och bibehåller en persons beteende. Motivation kan även kopplas till förändringar och motsvarar då summan av alla faktorer som stimulerar en individ att göra förändringar i sin livs- och/eller arbetssituation (33). Tengland menar dock att när det gäller arbetsförmåga ska motivation endast beaktas då den är en del av själva sjukdomsbilden, såsom vid depression (24). Han menar att motivation kan ha stor betydelse för att förklara sjukfrånvaro och sjuktjänstgöring, men utgör inte en del av arbetsförmågan. Han ger som exempel en person som stannar hemma för att se på fotbolls-VM. I detta fall är arbetsförmågan intakt, men motivationen för att arbeta är just då låg (24).

### *Sjukflexibilitetsmodellen*

En modell för att förklara sjukfrånvaro är den så kallade *sjukflexibilitetsmodellen*, som utvecklats av Johansson och Lundberg (34–36) (figur 2). Modellen baseras på två begrepp: arbetsförmåga och motivation, vilka är separerade i modellen och som båda ses som viktiga bestämningsfaktorer för sjukfrånvaro. Förutom individens hälsa och kompetens ses även möjligheter att anpassa arbetet till individens hälsa som en viktig bestämningsfaktor för arbetsförmåga. Modellen åskådliggör relationerna mellan hälsa, arbetsförmåga och sjukfrånvaro. Om ohälsa leder till sjukfrånvaro beror på om och hur ohälsan påverkar arbetsförmågan. Hur ohälsa/sjukdom påverkar

arbetsförmågan beror ofta på icke-medicinska faktorer hos individen, såsom kompetens och personliga resurser, men även på förhållanden i arbetet. Huruvida nedsatt arbetsförmåga i sin tur leder till sjukfrånvaro kommer enligt modellen inte enbart att bestämmas av arbetsförmåga, utan också av motivation. Motivation att arbeta kan dels bestämmas av vad man anser att man *bör* eller *måste* göra, och dels av vad man *vill* göra. Närvaro- och frånvarokrav kommer att påverka om människor vid nedsatt arbetsförmåga anser att de *bör* gå till jobbet eller inte. Ett exempel på närvarokrav är att arbetsuppgifterna hopar sig om man är sjukskriven. Närvaro- och frånvaroincitament kommer att påverka om de i denna situation *vill* gå till jobbet eller inte. Ett exempel på närvaroincitament är ett roligt och stimulerande arbete. På samma vis förklarar modellen återgång i arbete. Att återgå i arbete behöver alltså inte sammanfalla med att återfå hälsan utan på att förhållanden i och utanför arbetet förändras.

I Ilmarinens modell är krav i arbetet en central faktor för att bestämma arbetsförmåga (29). Johansson och Lundberg (34, 37) har i stället introducerat begreppet *anpassningsmöjligheter* som beskriver de möjligheter arbetstagaren har att förändra arbetsförhållanden och arbetsinsatser vid ohälsa, till exempel att kunna välja och prioritera bland arbetsuppgifter, arbeta långsammare och att arbeta hemma. Att kunna anpassa arbetet vid sjukdom/funktionsnedsättning kan vara ett sätt att öka och kanske helt återfå arbetsförmågan trots kvarvarande ohälsa.

De allra flesta människor har någon arbetsförmåga, till någon nivå, i något arbete. Arbetsförmåga kan beskrivas som ett dynamiskt begrepp, ett *work ability continuum*, där individens arbetsförmåga är föränderlig över tid och kan påverkas. Under ett arbetsliv kan arbetsförmågan röra sig mellan ändpunkterna "utmärkt arbetsförmåga" och "fullständig arbetsförmåga" (38).



## Närliggande begrepp relaterade till arbetsförmåga

*Anställningsbarhet*, på engelska närmast *employability*, är ett närliggande begrepp som också behöver förstås och är avgörande för hur man kan finna en plats i arbetslivet (31). Individens anställningsbarhet handlar inte enbart om individens resurser i relation till det som efterfrågas på arbetsmarknaden, utan kommer också att påverkas av andra faktorer, såsom vilken tillgång det finns på arbetskraft (31, 39).

I arbetsförmågeutredningen (19) myntades begreppet *DFA-kedjan*, där DFA står för diagnos, funktion och aktivitet. Tidigare innebar sjukdom närmast automatiskt att arbetsförmågan bedömdes som nedsatt och berättigade till ersättning från sjukförsäkringen. De medicinska underlagen är i dag kopplade till International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, (40) och det krävs att en bedömning görs i fyra steg: 1) diagnos fastställs, 2) bedömning görs om någon funktion är påverkad, 3) bedömning görs om funktionsnedsättningen lett till aktivitetsbegränsningar, och 4) bedömning görs om det föreligger begränsningar i sådana aktiviteter som krävs för utförande av aktuellt arbete.

Begreppen *work ability* och *work capacity* används båda i vetenskaplig litteratur, ofta synonymt, för att beteckna arbetsförmåga. Vanligtvis menar man med *work capacity* faktorer inom individen, och med *work ability* även yttre faktorer, det vill säga individens möjligheter att utnyttja sin arbetsförmåga (K Alexandersson, personlig kommunikation april 2012), vilken kan påverkas av till exempel arbetsmarknad, kommunikation och arbetsförhållanden/arbetskrav.

Vid intresse för vad som verkligen sker på arbetsplatsen kan *work performance* (arbetets utförande) vara relevant. Sandqvist beskriver detta som förmågan att på ett tillfredställande sätt utföra olika arbetsuppgifter och detta är beroende av den omgivande arbetsmiljön (41). Arbetsoförmåga utvecklas ofta successivt och det kan vara angeläget att få en uppfattning om hur arbetsförmågan förändras innan en sjukskrivning eventuellt blir aktuell. Det kan beskrivas som förändring/minskning i individens *produktivitet* på arbetet (42).

Begreppen *work style* (arbetssätt) och *arbetsteknik* är också närliggande. *Work style* handlar om hur arbetstagaren möter höga krav i arbetet: beteendemässigt, kognitivt och fysiologiskt (43, 44). *Arbetsteknik* ingår som den beteendemässiga komponenten i *work style* och kan definieras som individens sätt att utföra en viss arbetsuppgift (45). Båda dessa begrepp är viktiga när man studerar en person i arbete i förhållande till arbetsplatsens organisation och utformning. Att individen förbättrar eller anpassar sin arbetsteknik eller sitt arbetssätt, kan vara ett sätt för individen att kompensera för reducerad

kapacitet vid besvär från rörelseorganen, och på så sätt öka sin arbetsförmåga.

Ett närliggande begrepp i engelsk litteratur är *fitness for work* (46) vilket inbegriper säkerhetsaspekter. Vid bedömning ingår oftast att ta ställning till om personen kan utföra sitt arbete utan risk för sin egen eller andras hälsa och säkerhet, bedömning av individens kapacitet, etiska och juridiska ställningstaganden (främst skydd mot diskriminering vid funktionsnedsättning) och, ibland, ekonomisk bedömning avseende risk för ekonomisk förlust för ett företag. De ekonomiska kriterierna ingår framför allt vid bedömning inför nyanställning (så kallad *pre-employment screening/examination*). Liksom för arbetsförmåga måste kraven i arbetet ingå i bedömningen och ofta även överväganden om huruvida arbetsuppgifterna och arbetsförhållandena kan anpassas (46, 47). I Sverige kan detta närmast motsvaras av så kallat tjänstbarhetsintyg (48).

Ett sätt att beskriva arbetsförmåga inom forskningen är *return-to-work (RTW)/återgång* i arbete. RTW förutsätter att arbetsoförmåga har förekommit och används oftast kopplat till olika typer av interventioner (49). Ett närliggande begrepp är *readiness for return to work/beredskap för återgång i arbete*, där man försöker beskriva när en person faktiskt är redo för att återgå i arbete (50).

Ett vanligt indirekt sätt att beskriva och mäta arbetsförmåga är att studera *uppgifter om sjukfrånvaro*. Det innebär att om ingen sjukfrånvaro finns tolkas det som att arbetsförmåga finns.

## Olika perspektiv på arbetsförmåga

### Individens perspektiv

För individen är arbetsförmåga starkt kopplat till den egna försörjningen och om denna hotas, så hotas också individens trygghet. Rätten till ersättning från sjukförsäkringen är kopplad till sjukdom och det är därför den uppkomna arbetsoförmågan måste förklaras med en medicinsk diagnos. I grunden vill de allra flesta människor försörja sig själva men detta kräver något mått av hälsa (24). Man kan notera att kvinnor står för en större andel av den samlade arbetsoförmågan (mätt med sjukskrivning) än män, och tänkbara orsaker kan vara att kvinnor återfinns i andra typer av arbeten än män och att deras arbeten erbjuder generellt sämre anpassningsmöjligheter (51). Ur såväl mäns som kvinnors perspektiv kan även bristen på balans mellan arbets- och familjeliv påverka arbetsförmågan (52).

### De medicinska professionernas perspektiv

Hälso- och sjukvårdens perspektiv på arbetsförmåga är vanligen kopplat till individen och dennes aktuella hälsoläge. I bedömningen ingår ofta att bedöma risken för fortsatt ohälsa och risk för försämring



**KJERSTIN STIGMAR**  
doktorand, Företagshälsovården i Växjö, Inst. för hälsa, vård och samhälle, Lunds universitet



**CHARLOTTE WÅHLIN**  
med.dr, specialistkompetens i sjukgymnastik inom ortopedi, Inst. för miljömedicin, Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Karolinska institutet, Företagshälsovården i Linköping

- ▶ samt hur individen kan tillgodogöra sig olika typer av behandling i relation till aktuell arbetsförmåga. För att kunna bedöma arbetsförmågan och funktionen behövs biopsykosocial kompetens för att undersöka individens sjukdomstillstånd och vilken konsekvens det har på förmåga att utföra aktiviteter och vara delaktig (53–56). Hur ett sjukdomstillstånd påverkar arbetsförmågan varierar mellan olika diagnoser, och även mellan olika individer med samma diagnos. Vanliga symtom som kan påverka förmågan att utföra ett arbete är smärta, rörelseinskränkningar, oro, rädsla och nedsatta kognitiva funktioner.

Flera studier har visat att de medicinska professionerna tillämpade en holistisk syn på arbetsförmåga (54–56) jämfört med FK:s personal som hade en mer strikt, medicinsk syn (56). Läkarens roll är central och har stor inverkan på hur arbetsförmåga uttolkas. Men läkarna uppfattar det som svårt att bedöma arbetsförmåga (54, 57–61) och man har sett en stor variation i hur arbetsförmåga bedöms av läkare specialiserade i socialmedicin (62). I två svenska studier önskade läkare och sjukgymnaster mer utbildning och utökad samarbete och lyfte fram vikten av att kunna göra bedömningar på arbetsplatsen i reell miljö (54, 55). Inom primärvården (PV) saknas i dag oftast kunskap om förutsättningarna på den sjukskrivnes arbetsplats och arbetsuppgifter, samt möjligheter att undersöka dessa förutsättningar (63). Vid sjukskrivning via PV bedöms därför i allmänhet arbetsförmågan enbart baserat på vilka funktionsnedsättningar individen har.

### *Arbetsgivarna*

Arbetsgivarnas syn på arbetsförmåga är sparsamt studerat. När en arbetsgivare ska anställa en person betraktas den sökandes arbetsförmåga förmodligen inte enbart ur ett hälsoperspektiv eller medicinskt perspektiv, utan i högre grad utifrån vilken kompetens och skicklighet personen besitter i att utföra arbetsuppgifterna. Kunskaper och färdigheter, utbildning samt tidigare erfarenheter ingår i denna domän (29). Förväntad produktivitet är sannolikt också något som arbetsgivaren tar med i bedömningen. Reducerad arbetsförmåga har visats ha samband med nedsatt produktivitet, särskilt i kombination med brist på kontroll över arbetet (64). Även vilja och motivation att utföra arbetet kan ingå i bedömningen.

En aspekt som kan ingå när en arbetsgivare bedömer om en sjukskriven kan återgå i arbete, eller om en person med funktionsnedsättningar kan motas på en arbetsplats för till exempel arbetsträning/ prövning, är säkerhetsaspekten, dvs. hur säkert personen kan utföra arbetet (jämför *fitness for work*). Det kan till exempel handla om säkerhet i produktion, för patienter i vården, elever i skolan och barn i barnomsorgen. Uppskattningar av vilken

inverkan personens utförande av arbetet kan få på arbetskamraternas arbete och arbetsförhållanden kan också inkluderas.

Det har framhållits att det inte alltid är självklart att arbetsgivare vill att en sjukskriven anställd ska återgå i arbete (4), exempelvis kan orsaken till sjukfrånvaro vara konflikter med chefer och arbetskamrater på arbetsplatsen. Det kan också finnas ekonomiska förklaringar till varför arbetsgivaren inte vill ha tillbaka en sjukskriven person i arbete, då arbetsgivarens ekonomiska incitament kan minska i takt med sjukskrivningens längd. Arbetsgivaren kan erbjuda anpassade arbetsuppgifter men också omplacering i senare skede av rehabiliteringskedjan. Om arbetsgivaren inte vill ha tillbaka individen kommer förmodligen dessa möjligheter att definieras snävt.

Arbetsgivaren har en rad lagreglerade skyldigheter som omfattar bland annat arbetsanpassning och aktiv medverkan i rehabilitering (65, 66). Rehabiliteringskedjan ställer krav på arbetsgivaren att vid sjukskrivning erbjuda anpassningar och alternativa arbetsuppgifter (67). I det arbetet kan arbetsgivaren ta hjälp av FHV (68). Det har framhållits att starkare incitament måste skapas för att arbetsgivare ska prioritera förebyggande arbete och rehabilitering av anställda i ett tidigt skede av sjukskrivning (4, 22). Arbetsgivaren är också skyldig att ordna med medicinska kontroller för vissa arbeten, såsom mastarbete och rökdykning inom räddningstjänsten (48).

### *Företagshälsovården*

En av de viktigaste uppgifterna för FHV torde vara att bidra till att arbetsförmågan hos de anställda på anslutna enheter främjas, återställs vid tillfällig nedsättning, samt att bidra till sådana arbetsförhållanden hos kundföretagen att de anställdas arbetsförmåga kan tillvaratas (69, 70). En sådan målsättning för FHV:s arbete bör vara i enlighet med arbetslinjen; det vill säga att så många som möjligt i samhället ska försörja sig genom arbete (19, 22) även om funktionsnedsättning och/eller ohälsa föreligger. Ilmarinen menar att FHV har en central roll vad gäller att bibehålla en åldrande arbetskrafts arbetsförmåga och förhindra förtida utträde från arbetslivet (70). I Finland är bibehållandet av anställdas arbetsförmåga en lagstadgad uppgift för FHV (69). I Sverige arbetar FHV på arbetsgivarens uppdrag men ska vara en oberoende expertresurs (65).

Genom inrättande av förordningen om bidrag till FHV år 2010 har FHV ekonomiska incitament, vad gäller tidig arbetslivsinriktad rehabilitering (15). Bidrag kan erhållas för bland annat arbetsförmågebedömningar och för att koordinera rehabiliterings- och arbetsanpassande insatser. Bidraget har dock hittills använts i begränsad omfattning (71).

### Försäkringskassan

FK ska bedöma huruvida och i vilken omfattning arbetsförmåga föreligger och därmed rätt till sjukpenning. Enligt lagstiftningen så måste arbetsförmågan vara nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom, för att ge rätt till ersättning (28). Vid bedömning av arbetsförmåga ska bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden. Det brukar benämnas som den så kallade renodlingen av sjukförsäkringen. Det har visats i en studie att FK:s personal ofta reducerar begreppet arbetsförmåga till medicinsk status (56). Baserat på medicinska underlag från läkare ska FK:s handläggare bedöma individens arbetsförmåga: 1) i förhållande till sitt nuvarande arbete, 2) i förhållande till anpassade arbetsuppgifter hos samma arbetsgivare och 3) gentemot hela arbetsmarknaden, beroende på hur länge hon eller han varit sjukskriven.

### Arbetsförmedlingen

Arbetsförmedlingen (AF) utreder individens arbetsförmåga med målsättning att så många som möjligt ska kunna vara i någon form av arbete. Arbetsförmågan kan stärkas med hjälp av yrkes- och studievägledning, riktade utbildningar och kurser för egna företagare. *Anställningsbarhet* är ett centralt begrepp och utgår från basala krav som arbetsökande måste uppfylla för att över huvud taget kunna komma ifråga som arbetskraft. När individer som tidigare bedömts som arbetsförmögna i dag klassas som arbetsföra, ställs det stora krav på AF:s personal att motivera dem att hitta nytt arbete (63).

### Samhället

Samhället har intresse av att så många individer som möjligt kan försörja sig själva och därmed bidra till välfärd. Sveriges välfärdssystem vilar på en fördelningsprincip där de som är i störst behov får stöd från mindre behövande, men där dessa kan räkna med samhällets stöd vid eventuella framtida behov. Arbetslinjen är starkt rådande. När människor står utanför arbetsmarknaden på grund av arbetslöshet eller sjukdom, så är den stora förlusten det produktionsbortfall som uppstår (4).

### Försäkringsbolag

Arbetsgivare och organisationer kan teckna rehabiliteringsförsäkringar för sina medarbetare. Syftet är att vid behov kunna stärka anställdas arbetsförmåga och påskynda RTW med hjälp av arbetslivsinriktade insatser. Sedvanlig sjukvård är i regel inte inkluderad. Ett kriterium som försäkringsbolagen definierar själva är begreppet *fullt arbetsför*, vilket är förutsättningen för att arbetsgivaren ska kunna försäkras (4).

## Faktorer som påverkar arbetsförmåga och arbetsåtergång

I litteraturen har en rad faktorer identifierats som stärker eller försämrar arbetsförmågan och arbetsåtergången. I tabell 1-3 redovisas ett urval såväl individ- som arbetsplatsrelaterade faktorer och deras inverkan på arbetsförmåga och arbetsåtergång, (RTW).

**Tabell 1: Individrelaterade faktorer som påverkar arbetsförmågan (i urval)**

	Påverkan + = stärker - = försämrar	Referenser
God hälsa i rörelseorganen	+	72
Ryggbesvär	-	73
Muskuloskeletal smärta från flera lokalisationer	-	74
Långvarig generell smärta	-	75
Samsjuklighet; muskuloskeletal besvär och psykisk ohälsa	-	76
Självrapporterad nedsatt fysisk och mental hälsa (kvinnor)	-	77
Depression	-	78-80
Ångesttillstånd	-	78
Tidigare sjukskrivningsperioder	-	81
Hög ålder	-	72, 77, 82-84
Fysisk inaktivitet	-	42, 85, 86
Låg fysisk kapacitet	-	84
Övervikt	-	42, 84-87
Låg utbildningsnivå	-	42, 85, 86
Låg socioekonomisk status	-	88

Hur individen själv skattar arbetsförmågan har visat sig ha betydelse för framtida hälsa, funktionsförmåga, sjukfrånvaro, pensionsålder och dödlighet (83, 97-101). En svensk studie visar att 41 procent av de som är sjukskrivna för muskuloskeletal besvär eller psykisk ohälsa inte tror sig vara kvar i samma yrke om två år (39). Resultatet visar på betydelsen av att diskutera mål för RTW där hänsyn tas till framtida sysselsättning och anställningsbarhet.

Den senaste tidens forskning visar att självrapporterad hälsa och arbetsförmåga, grad av funktionspåverkan och smärta, förväntan på återgång i arbete, ålder samt typ av åtgärd är några av faktorerna som förklarar *tid till* återgång i arbete för sjukskrivna ➤

**Tabell 2. Arbetsrelaterade faktorer som påverkar arbetsförmåga (i urval)**

	Påverkan + = stärker - = försämrar	Referenser
Höga fysiska krav i arbetet	-	84, 89-93
Fysiskt lättare arbete	+	85, 93, 94
Bristfällig fysisk arbetsmiljö	-	84
Höga mentala krav	-	84
Hög kontroll	+	83
Brist på autonomi	-	84
Hög stress och hög fysisk belastning	-	42, 73, 85, 86
Bristfälligt socialt stöd	-	85, 86
Fast anställning	+	95
Stödjande organisatoriskt klimat	+	83
Högt organisatoriskt engagemang	+	83
Få anpassningsmöjligheter (män och hälso- och sjukvårdsanställda)	-	96
Att inte kunna förkorta arbetsdagen vid ohälsa	-	96
Högre chefsposition	+	83
Arbetaryrke	-	82
Okvalificerat arbete	-	77
Hemtjänstpersonal: upplevelse av hög grad av personlig säkerhet i arbetet, ett gott säkerhetsklimat, lång erfarenhet i yrket	+	72
Byggnadsarbetare; dåliga arbetsställningar för ryggen, statiska arbetsställningar, repetitivt arbete och brist på socialt stöd	-	87

- (89, 91, 112–114) liksom arbetslöshet (115). Åtgärder som forskningen visat påverkar RTW, framför allt relaterade till arbetsplatsen, kommer att presenteras i en kommande artikel: Forskning pågår – arbetsförmåga.

#### Screening för riskfaktorer

Det finns stöd i forskningen för att screena för riskfaktorer i klinisk verksamhet och identifiera vilka individer som löper risk för att utveckla långvariga besvär och risk för längre sjukskrivning (116–118).

Det så kallade flaggsystemet med röda, gula, blåa och svarta flaggor har framför allt utvecklats och testats på individer som söker för ländryggsbesvär (118) och rekommenderas av Rehabiliteringsrådet som utredningsmetodik (116). För att få större förståelse av individens arbetssituation och identifiera arbetsrelaterade faktorer som kan påverka behandlingsutfallet rekommenderar Shaw et al. (119) att sjukgymnaster ska ställa specifika frågor om arbetsplatsfaktorer i ett tidigt skede av bedömningen, för att diskutera val av åtgärder med individen. Specifika frågor och standardiserade frågeformulär kan användas i bedömningen för att identifiera prognosfaktorer relaterade till hälsa och arbete.

De olika flaggorna identifierar faktorer enligt nedan:  
*Röda flaggor* – Tecken på allvarligt medicinskt tillstånd/sjukdom.

*Gula flaggor* – Möjliga psykosociala riskfaktorer, emotionella och psykologiska faktorer, attityder och förhållningssätt till smärta.

*Blå flaggor* – Individens egen uppfattning om arbetsplatsrelaterade faktorer som kan påverka arbetsförmåga och som kan försvara återgång i arbete.

*Svarta flaggor* – Objektiva arbetsplatsrelaterade faktorer som kan leda till uppkomst av och fortsatt funktionsnedsättning.

#### Konklusion

Arbetsförmåga är ett vittomfattande begrepp som griper över flera olika kunskapsområden. Det finns flera olika teoribildningar och perspektiv på arbetsförmåga. Det är viktigt att ha kunskap om riskfaktorer och att ha utarbetade rutiner inom såväl hälso- och sjukvården som företagshälsovården för att tidigt kunna identifiera individer som riskerar att utveckla långvariga besvär, nedsatt arbetsförmåga och risk för längre sjukskrivning. Det är angeläget att bedöma såväl den enskildes kapacitet/förmåga som arbetsplatsens fysiska och psykosociala krav samt individens och arbetsplatsens potential till förändring. Dessa bedömningar kan sedan gemensamt ge en bild av personens arbetsförmåga. Detta kommer att vidareutvecklas i artikel II kring bedömning av arbetsförmåga i nästa nummer av *Fysioterapi*. I den artikeln kommer vi också lyfta fram vikten av att vara medveten om faktorer som påverkar arbetsförmågan för att kunna planera för rätt interventioner, i rätt tid.

Tabell 3. Faktorer som påverkar återgång i arbete (RTW) (i urval)	Påverkan på RTW + = stärker - = försämrar	Referenser
Individens självskattade arbetsförmåga	+/-	39, 102
God prognos för RTW enligt klinisk bedömning av sjukgymnast	+	103
Låg tidigare sjukfrånvaro	+	85, 94
Låg grad av aktivitetsinskränkning enligt DRI	+	104, 105
Hög grad av funktionspåverkan	-	89-93
Hög grad av social dysfunktion/social isolering	-	93
Hög social funktion enligt SF-36	+	104
Multipla besvärslokalisationer	-	89-92
Specifik diagnos (vid akut ländryggssmärta)	-	93
Svår depression	-	89-92
Lägre självskattad smärta	+	85, 94, 104
Rädsla/undvikande i relation till arbetet	-	106
Låg känsla av kontroll över sitt liv/copingförmåga	-	107, 108
Känsla av hopplöshet inför framtiden	-	103
Känsla av hög spänningsgrad och av att vara i dålig form	-	103
Låg livstillfredsställelse	-	108, 109
Positiva livshändelser	+	85, 94
Individens egen tro på verksamma behandlingar och egen förmåga att hantera besvär (rygg-/nackbesvär)	+	110
Kontakt med specialister	-	89-92
Flera barn	-	107
Boende på landsbygden	-	108
Lägre ålder	+	85, 89-94, 104, 106
Högre ålder	-	111
Manligt kön	+	85, 93, 94
Högre utbildning	+	85, 94
Lägre utbildning	-	103
Hög ekonomisk kompensation	-	101

## REFERENSER

- Gjesdal S, Bratberg E, Maeland J G. Musculoskeletal impairments in the Norwegian working population: the prognostic role of diagnoses and socio-economic status: a prospective study of sickness absence and transition to disability pension. *Spine* 2009; 15;34: 1519-25.
- Brooks P M. The burden of musculoskeletal disorders- a global perspective. *Clin Rheumatol* 2006; 25:778-81.
- European Trade Union Institute (ETUI). Musculoskeletal disorders: An ill-understood pandemic. Brussels; ETUI; 2007.
- Statens offentliga utredningar, SOU S2010:04. Arbetslivsriktad rehabilitering. Inspektionen för socialförsäkringen; 2011. Citerad 2012-02-12. Tillgänglig från: [http://www.psfu.se/uploads/files/7\\_arbetslivsriktad\\_rehabilitering.pdf](http://www.psfu.se/uploads/files/7_arbetslivsriktad_rehabilitering.pdf)
- Försäkringskassan. Sjukskrivningsdiagnoser i olika yrken. Startade sjukskrivningar (> 14 dagar) per diagnos bland anställda i olika yrken 2009. Socialförsäkringsrapport 2011: 17; Stockholm, Försäkringskassan; 2011. Citerad 2012-05-30. Tillgänglig från: <http://statistik.forsakringskassan.se/rfvoxel/sjf/rapporter/Sjukskrivningsdiagnoser%20i%20olika%20yrken.pdf>
- Sveriges kommuner och landsting- SKL. Arbete med sjukskrivningsmiljarden; 2011. Citerad 2011-10-18. Tillgänglig från: [http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/halsaochvard/sjukskrivningarna/sjukskrivningsmiljaren](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/sjukskrivningarna/sjukskrivningsmiljaren).
- Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd- vägledning för sjukskrivning. Stockholm, Edita Västra Aros AB; 2007.
- Alexanderson K, von Knorring M, Parmander M, Tyrkkö A. Hälso- och sjukvårdens ledning och styrning av arbetet med patienters sjukskrivning. Rapport. Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet; 2007. Citerad: 2012-02-28. Tillgänglig från: <http://ki.se/content/1/c6/11/80/37/Halso%20och%20sjukvardens%20ledning%20och%20styrning.pdf>
- Försäkringskassan. Beslutsstödet- Sjukskrivningsmönster före och efter införandet av specifika försäkringsmedicinska rekommendationer för fysiska sjukdomar. Socialförsäkringsrapport 2009:5; Stockholm, Försäkringskassan; 2009.
- Bremander A B, Hubertsson J, Petersson I F, Grahn B. Education and benchmarking among physicians may facilitate sick-listing practice. *J Occup Rehabil* 2012; 22: 78-87.



## REFERENSER

11. Skånér Y, Nilsson G H, Arrelöw B, Lindholm C, Hinas E, Wiltews A L, Alexanderson K. Use and usefulness of guidelines for sickness certification: results from a national survey of all general practitioners in Sweden. *BMJ Open* 2011; 20:1(2):e 000303.
12. Sveriges kommuner och landsting- SKL. Rehabiliteringsgarantin; 2008. Citerad : 2010-06-22. Tillgänglig från: <http://www.skl.se/web/Rehabiliteringsgarantin.aspx>.
13. Busch H, Bonnevier H, Hagberg J, Lohela Karlsson M, Bodin L, Norlund A, Jensen I. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Slutrapport, del I. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM). Karolinska Institutet. Stockholm; 2011.
14. Nyberg A, Grahn B, Stigmar K, Strid C, Hallgårde U, Petersson I F. Rehabiliteringsgarantin i Region Skåne. Strategisk utveckling och utvärdering av behandlingsmodeller samt uppföljning av behandlingsresultat. MORSE, Lunds universitet; 2011.
15. Sveriges Riksdag. Förordning om bidrag till företagshälsovård med vissa insatser inom rehabiliteringsområdet SFS 2009:1423; 2009. Citerad 2012-02-12. Tillgänglig från: <http://www.notisum.se/rnp/sls/sfs/20091423.pdf>.
16. Socialdepartementet. En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete. Prop. 2007/08:136; 2007. Citerad: 2010-08-10. Tillgänglig från: <http://regeringen.se/sb/d/108/a/101-584>.
17. Vahlne Westerhäll L (red). Arbets(o)förmåga- ur ett mångdisciplinärt perspektiv. Stockholm, Santérus Förlag; 2008.
18. Statens offentliga utredningar, SOU 2008:66. Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder. Delbetänkande av Arbetsförmågutredningen; 2008. Citerad : 2011-11-18. Tillgänglig från: <http://regeringen.se/content/1/c6/10/75/97/9908982b.pdf>.
19. Statens offentliga utredningar, SOU 2009:89. Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga; 2009. Citerad: 2011-11-18. Tillgänglig från: <http://regeringen.se/content/1/c6/13/49/30/cd6b42cc.pdf>.
20. Socialdepartementet. Uppdrag att vidareutveckla metoder och instrument för bedömning av arbetsförmåga; 2010. Citerad 2012-04-30. Tillgänglig från: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/14/98/32/9b4d703d.pdf>.
21. Försäkringskassan. Metoder för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen. Delrapport II; 2011. Citerad: 2011-10-06. Tillgänglig från: [http://www.forsakringskassan.se/irj/go/km/docs/ft\\_publishing/Dokument/Nyheter/110816\\_pressnotis/delrapport2\\_aug2011.pdf](http://www.forsakringskassan.se/irj/go/km/docs/ft_publishing/Dokument/Nyheter/110816_pressnotis/delrapport2_aug2011.pdf).
22. Socialdepartementet. Socialförsäkringsutredningen. Samtal om socialförsäkring nr 4. Vad är arbetslinjen? Skrift; 2004. Citerad: 2012-02-12. Tillgänglig från: [http://www.sou.gov.se/pdf/Blandat/S\\_2004\\_08/skrift\\_nr\\_4.pdf](http://www.sou.gov.se/pdf/Blandat/S_2004_08/skrift_nr_4.pdf).
23. Stone D. The Disabled State. Philadelphia: Temple University press; 1984.
24. Tengland P-A. The Concept of Work Ability. *J Occup Rehabil* 2011; 21:275-85.
25. Waddell G, Burton A K. Is work good for your health and well-being? London: TSO; 2006. Citerad 2012-02-12. Tillgänglig från: <http://www.dwp.gov.uk/docs/hwwb-is-work-good-for-you.pdf>.
26. Berglind H, Gerner U. Motivation and return to work among the long-term sick listed: an action theory perspective. *Disabil Rehabil* 2002; 24: 719-26.
27. Heymans MW, de Vet HC, Knol DL, Bongers PM, Koes BW, van Mechelen W. Worker´s beliefs and expectations affect return to work over 12 months. *J Occup Rehabil* 2006; 16: 685-95.
28. Sveriges Riksdag. Socialförsäkringsbalk 2010:110, 27 kap, §2. Citerad: 2012-04-30. Tillgänglig från: <http://www.notisum.se/rnp/sls/sfs/2010110.pdf>.
29. Ilmarinen J. Aging worker. *Occup Environ Med* 2001; 58: 546-52.
30. Ilmarinen J. Multidimensional work ability model. Finnish Institute of Occupational Health Helsinki. Modified 07.06.2011. 2011. Citerad 2012-05-30. Tillgänglig från: [http://www.ttl.fi/en/health/wai/multidimensional\\_work\\_ability\\_model/pages/default.aspx](http://www.ttl.fi/en/health/wai/multidimensional_work_ability_model/pages/default.aspx).
31. Nordenfeldt L. The concept of work ability. Bryssel, P.I.E. Peter Lang; 2008.
32. Berglind H. Handlingsteori och mänskliga relationer. Stockholm, Natur och Kultur; 1995.
33. Grahn B, Gard G. Content and concurrent validity of the motivation for change questionnaire. *J Occup Rehabil* 2008; 18: 68-78.
34. Johansson G, Lundberg I. Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance. Empirical tests of the illness flexibility model. *Soc Sci Med* 2004; 58: 1857-68.
35. Johansson G, Lundberg O, Lundberg I. 2006. Return to work and adjustment latitude among employees on long-term sickness absence. *J Occup Rehabil* 2006; 16: 185-95.
36. Johansson, G. The illness flexibility model and sickness absence. PhD Doctoral thesis, Karolinska institutet; 2007.
37. Johansson, G. Anpassningar av arbetet vid ohälsa. *Socialmedicinsk tidskrift* 2009; 3: 256-264.
38. Lindberg P. The Work Ability Continuum. Epidemiological studies of factors promoting sustainable work ability. PhD thesis. Stockholm, Karolinska Institutet; 2006.
39. Ekberg K, Wahlin C, Persson J, Bernfort L, Oberg B. Is mobility in the labor market a solution to sustainable return to work for some sick listed persons? *J Occup Rehabil* 2011; 21: 355-65.
40. Socialstyrelsen. ICF-Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa; 2011. Citerad: 2011-11-8. Tillgänglig från: [www.socialstyrelsen.se/publikationer2003/2003-4-1](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2003/2003-4-1).
41. Sandqvist J. Development and Evaluation of Validity and Utility of the Instrument Assessment of Work Performance (AWP). PhD-thesis. Department of Social and Welfare Studies, Division of Health, Education and Welfare Institutions, Linköping university, 2007.
42. Löfvendahl S, Petersson I. Arbete vid rörelseorganens sjukdomar. En informationskrift från MORSE Akademin. MORSE rapport 2011:1. Lund; 2011.
43. Feuerstein M, Shaw WS, Nicholas RA, Huang GD. From confounders to suspected risk factors: psychosocial factors and work-related upper extremity disorders. *J Electromyogr Kinesiol* 2004; 14: 171-8.
44. Kjellberg K, Palm P, Josephson M. Development of an instrument for assessing workstyle in checkout cashier work (BASIK). *Work*; 2012; 41(Suppl 1): 663-8.
45. Kjellberg K. Work technique in lifting and patient transfer tasks. PhD thesis. Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet. Arbete och Hälsa 2003: 12. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2003.
46. Serra C, Rodriguez MC, Delclos G L, Plana M, Gomez Lopez L I, Benavides F G. Criteria and methods used for the assessment of fitness for work: a systematic review. *Occup Environ Med* 2007; 64: 304-12.
47. Palmer A T, Cox R A F, Brown I. Fitness for Work: The Medical Aspects. Oxford University Press; 2000.
48. Arbetsmiljöverket (AFS 2005:6) Medicinska kontroller i arbetslivet; 2005. Citerad: 2012-04-19. Tillgänglig från: [http://www.av.se/dokument/afs/afs2005\\_06.pdf](http://www.av.se/dokument/afs/afs2005_06.pdf).
49. Franche R-L, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J and The Institute for Work & Health (IWH) Work-Based RTW Intervention Literature Review Research Team. Workplace-Based Return-to-Work Interventions: A systematic Review of the Quantitative Literature. *J Occup Rehabil* 2005; 15: 607-631.
50. Franche R-L, Krause N. Readiness for Return to Work Following Injury or Illness: Conceptualizing the Interpersonal Impact of Health Care, Workplace and Insurance Factors. *J Occup Rehabil* 2002; 12: 233-56.
51. Riksförsäkringsverket (RSV) 2004:16. Orsaker till skillnader i kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster – en kunskapsöversikt.
52. Lidwall U. Long-Term Sickness Absence. Aspects of Society, Work, and Family. PhD-thesis. Department of Clinical Neuroscience, Division of Insurance Medicine, Karolinska Institutet, 2010.
53. Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2005; 19: 655-70.
54. Stigmar K, Grahn B, Ekdahl C. Work Ability – experiences and perceptions among physicians. *Disabil Rehabil* 2010; 32:1780-90.
55. Stigmar K, Ekdahl C, Grahn B. Work Ability: Concept and assessment from a physiotherapeutic perspective. An interview study. *Physiother Theory Pract* 2011 [Epub ahead of print].
56. Ståhl C, Svensson T, Petersson G, Ekberg K. The Work Ability Divide: Holistic and Reductionistic Approaches in Swedish Interdisciplinary Rehabilitation Teams. *J Occup Rehabil* 2009; 19: 264-73.
57. Hultgren P. Sjukskrivningspraxis på vårdcentralen. Licentiatavhandling.



## REFERENSER

- Institutionen för sociologi, Växjö universitet; 2007.
58. Edlundh C. Långtidssjukskrivna och deras medaktörer - en studie om sjukskrivning och rehabilitering. Akadmisk doktorsavhandling, Umeå, Sverige: Umeå Universitet; 2001.
59. Arrelöv B, Alexanderson K, Hagberg J, Löfgren A, Nilsson G, Ponzer S. Dealing with sickness certification - a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. *BMC Public Health* 2007; 7: 273-60. Löfgren A, Hagberg J, Arrelöv B, Ponzer S, Alexanderson K. Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: A cross-sectional questionnaire study of 5455 physicians. *Scand J Prim Health Care* 2007; 25: 178-85.
61. Lindholm C, Arrelöv B, Nilsson G, Löfgren A, Hinas E, Skaner Y, Ekmer A, Alexanderson K. Sickness-certification practice in different clinical settings; a survey of all physicians in a country. *BMC Public Health* 2010; 10: 752.
62. Rudbeck M, Fongaer K. Agreement between medical expert assessments in social medicine. *Scand J Public Health* 2011; 39: 766-72.
63. Ståhl C, Svensson T, Petersson G, Ekberg K. Swedish rehabilitation professionals' perspective on work ability assessments in a changing sickness insurance system. *Disabil Rehabil* 2011; 33:1373-82.
64. van den Berg TI, Robroek SJ, Plat JF, Koopmanschap MA, Burdorf A. The importance of job control for workers with decreased work ability to remain productive at work. *Int Arch Occup Environ Health* 2011; 84: 705-12.
65. Arbetsmiljöverket (SFS 1977:1106) Arbetsmiljölagen (AML); 1977. Citerad: 2012-02-28. Tillgänglig från: <http://av.se/dokument/publikationer/bocker/h008.pdf>
66. Arbetsmiljöverket (AFS 1994:1). Arbetsanpassning och rehabilitering; 1994. Citerad 2012-02-12. Tillgänglig från: [http://www.av.se/dokument/afs/afs1994\\_01.pdf](http://www.av.se/dokument/afs/afs1994_01.pdf)
67. Försäkringskassan. Rehabiliteringskedjan; 2008. Citerad 2012-04-30. Tillgänglig från: <http://www.forsakringskassan.se/nav/29944d53f9985b7634bfb869c14d7fe>.
68. Arbetsmiljöverket (AFS 2001:1) Systematiskt arbetsmiljöarbete; 2001. Citerad 2012-02-12. Tillgänglig från: [http://www.av.se/dokument/afs/afs2001\\_01.pdf](http://www.av.se/dokument/afs/afs2001_01.pdf).
69. Ilmarinen J. Work ability - a comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Scand J Work Environ Health* 2009; 35: 1-5.
70. Ilmarinen J. The ageing workforce - challenges for occupational health. *Occup Med* 2006; 56: 362-4.
71. Ståhl S, Kjellberg K, Toomingas A, Åborg C, Ekberg K. Utvärdering av förordningen om bidrag till företagshälsovård med vissa insatser inom rehabiliteringsområdet. Linköpings universitet, Karolinska institutet; 2011. Citerad 2012-04-30. Tillgänglig från: <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=27109&a=71913&l=sv>.
72. Larsson A, Karlqvist L, Westerberg M, Gard G. Identifying work ability promoting factors for home care aides and assistant nurses. *BMC Musculoskeletal Disord* 2012; 13: 1.
73. Reiso H, Nygard J F, Brage S, Gulbrandsen P, Tellnes G. 2000. Work ability assessed by patients and their GPs in new episodes of sickness certification. *Fam Pract* 2000; 17: 139-44.
74. Miranda H, Kaila-Kangas L, Heliövaara M, Leino-Arjas P, Haukka E, Liira J, Viikari-Juntura E. Musculoskeletal pain at multiple sites and its effects on work ability in a general working population. *Occup Environ Med* 2010; 67: 449-55.
75. Bergman S, Jacobsson LTH, Herrström P, Petersson I F. 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.
76. 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: 1147-56.
77. Gamperien M, Nygaard JF, Sandanger I, Lau B, Bruusgaard D. Self-reported work ability of Norwegian women in relation to physical and mental health, and to the work environment. *J Occup Med Toxicol* 2008; 3: 8.
78. Plaiser I, Beekman AT, de Graaf R, Smit JH, van Dyck R, Penninx BW. Work functioning in persons with depressive and anxiety disorders: the role of specific psychopathological characteristics. *J Affect Disord* 2010; 125: 198-206.
79. Adler DA, McLaughlin TJ, Rogers WH, Chang H, Lapitsky L, Lerner D. Job performance deficits due to depression. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1569-76.
80. Burton WN, Pransky G, Conti DJ, Chen CY, Edington DW. The association of medical conditions and presenteeism. *J Occup Environ Med* 2004; 46: 38-45.
81. 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.
82. Martimo KP, Varonen H, Husman K, Viikari-Juntura E. Factors associated with self-assessed work ability. *Occup Med (Lond)* 2007; 57: 380-2.
83. Feldt T, Hyvonen K, Makikangas A, Kinnunen U, Kokko K. Development trajectories of Finnish managers' work ability over a 10-year follow-up period. *Scand J Work Environ Health* 2009; 35: 37-47.
84. Van Den Berg T I, Elders L A, De Zwart B C, Burdorf A. The effects of work-related and individual factors on the Work Ability Index: a systematic review. *Occup Environ Med* 2009; 66: 211-20.
85. Lindell O. On the rehabilitation of non-acute, non-specific spinal pain. PhD-thesis. Centre for Family and Community Medicine, Dep. of Neurobiology, Care Sciences and Society, Karolinska Institutet, Sweden; 2010.
86. Bevan S, McGee R, Quadrello T. Fit for work? Muskeloskeletal sjukdomar och den svenska arbetsmarknaden: The work foundation; 2009.
87. Alavinia SM, van Duivenbooden C, Burdorf A. Influence of work-related factors and individual characteristics on work ability among Dutch construction workers. *Scand J Work Environ Health* 2007; 33: 351-7.
88. Aittomaki A, Lahelma E, Roos E. Work conditions and socioeconomic inequalities in work ability. *Scand J Work Environ Health* 2003; 29: 159-65.
89. Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Bultmann U, Beekman AT, van Mechelen W, Hoedeman R, Anema JR. Predicting return to work in workers with all-cause sickness absence greater than 4 weeks: A Prospective Cohort Study. *J Occup Rehab* 2012; 22: 118-26.
90. Berecki-Gisolf J, Clay FJ, Collie A, McClure RJ. Predictors of Sustained Return to Work After Work-Related Injury or Disease: Insights from Workers' Compensation Claims Records. *J Occup Rehabil* 2011 [Epub ahead of print]
91. Cornelius LR, van der Klink JJ, Groothoff JW, Brouwer S. Prognostic Factors of Long Term Disability Due to Mental Disorders: A Systematic Review. *J Occup Rehabil* 2010; 21: 259-74.
92. Brouwers EP, Terluin B, Tiemens BG, Verhaak PF. Predicting return to work in employees sick-listed due to minor mental disorders. *J Occup Rehabil* 2009; 19: 323-32.
93. Steenstra IA, Verbeek JH, Heymans MW, Bongers PM. Prognostic factors for duration of sick leave in patients sick listed with acute low back pain: a systematic review of the literature. *Occup Environ Med* 2005; 62: 851-60.
94. Lydell Marie. To return or not return? Predictive factors for return to work in persons with musculoskeletal disorders - prospective studies over a 10-year period. PhD thesis. Institute of Medicine at Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, Sweden; 2010.
95. Marnetoft SU, Selander J, Bergroth A, Ekholm J. Factors associated with successful vocational rehabilitation in a Swedish rural area. *J Rehabil Med* 2001; 33: 71-8.
96. Johansson G, Hultin H, Moller J, Hallqvist J, Kjellberg K. The impact of adjustment latitude on self-assessed work ability in regard to gender and occupational type. *Scand J Occup Ther* 2011 [Epub ahead of print].
97. Alavinia S M, De Boer A G, Van Duivenbooden J C, Frings-Dresen M H, Burdorf A. Determinants of work ability and its predictive value for disability. *Occup Med (Lond)* 2009; 59: 32-7.
98. Kujala V, Remes J, Laitinen J. Regional differences in the prevalence of decreased work ability among young employees in Finland. *Int J Circumpolar Health* 2006; 65: 169-77.
99. von Bonsdorff M B, Seitsamo J, Ilmarinen J, Nygaard CH, 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* 2011; 183: E235-42.
100. Salonen P, Arola H, Nygard C H, Huhtala H, Koivisto A M. Factors associated with premature departure from working life among ageing food industry employees. *Occup Med (Lond)* 53: 65-8.

## REFERENSER

101. von Bonsdorff MB, Seitsamo J, Ilmarinen J, Nygard CH, von Bonsdorff ME, Rantanen T. Work ability as a determinant of old age disability severity: evidence from the 28-year Finnish longitudinal study on municipal employees. *Aging Clin Exp Res* 2011; [Epub ahead of print].
102. Lindberg, P., Josephson, M., Alfredsson, L. & Vingard, E. Comparisons between five self-administered instruments predicting sick leaves in a 4-year follow-up. *Int Arch Occup Environ Health* 2009; 82: 227-34.
103. Haldorsen EM, Kronholm K, Skouen JS, Ursin H. Predictors for outcome of a multi-modal cognitive behavioural treatment program for low back pain patients – a 12-month follow-up study. *Eur J Pain* 1998; 2: 293-307.
104. Elfving B, Asell M, Ropponen A, Alexanderson K. What factors predict full or partial return to work among sickness absentees with spinal pain participating in rehabilitation? *Disabil Rehabil* 2009; 31: 1318-27.
105. Elfving B, Asell M, Luning Bergsten C, Alexanderson K. Exploring activity limitations and sick leave among patients with spinal pain participating in multidisciplinary rehabilitation. *Disabil Rehabil* 2010; 32: 292-9.
106. Øyeflaten I, Hysing M, Eriksen HE. Prognostic factors associated with return to work following multidisciplinary vocational rehabilitation. *J Rehabil Med* 2008; 40: 548-54.
107. Indahl A, Haldorsen EH, Holms S, Reikeras O, Ursin H. Five-year follow-up study of a controlled clinical trial using light mobilization and an informative approach to low back. *Spine (Phila Pa 1976)* 1998; 23: 2625-30.
108. Heikkilä H, Heikkilä E, Eisemann M. Predictive factors for the outcome of a multidisciplinary pain rehabilitation programme on sick-leave and life satisfaction in patients with whiplash trauma and other myofascial pain: a follow-up study. *Clin Rehabil* 1998; 12: 487-96.
109. Fugl-Meyer AR, Eklund M, Fugl-Meyer KS. Vocational rehabilitation in northern Sweden III. Aspects of life satisfaction. *Scand J Rehabil Med* 1991; 23: 83-7.
110. Jensen IB, Bodin L, Ljungqvist T, Bergström KG, Nygren Å. Assessing the needs of patients in pain: a matter of opinion? *Spine* 2000; 25: 2816-23.
111. Wåhlin C, Ekberg K, Persson J, Bernfort L, Öberg B. 2012 Association between clinical and work-related interventions and return to work for patients with musculoskeletal or mental disorders. *J Rehabil Medicine* 2012; 44: 355-62.
112. Dekkers-Sanchez PM, Hoving JL, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. Factors associated with long-term sick leave in sick-listed employees: a systematic review. *Occup Environ Med* 2008; 65: 153-7.
113. Lotters F, Burdorf A. Prognostic factors for duration of sickness absence due to musculoskeletal disorders. *Clin J Pain* 2006; 22: 212-21.
114. Grotle M, Foster NE, Dunn KM, Croft P. Are prognostic indicators for poor outcome different for acute and chronic low back pain consulters in primary care? *Pain* 2010; 151: 790-7.
115. Statens offentliga utredningar, SOU 2011:15. Rehabiliteringsrådets slutbetänkande; 2011. Citerad: 2011-11-18. Tillgänglig från: <http://regeringen.se/content/1/c6/16/19/74/b3ca17b2.pdf>.
116. Steenstra IA, Ibrahim SA, Franche RL, Hogg-Johnson S, Shaw WS, Pransky GS. Validation of a risk factor-based intervention strategy model using data from the readiness for return to work cohort study. *J Occup Rehabil* 2010; 20: 394-405.
117. Shaw W S, van der Windt DA, Main CJ, Loisel P, Linton SJ. Early patient screening and intervention to address individual-level occupational factors ("blue flags") in back disability. *J Occup Rehabil* 2009; 19: 64-80.
118. Shaw W S, Main C J, Johnston V. Addressing occupational factors in the management of low back pain: implications for physical therapist practice. *Phys Ther* 2011; 91: 777-89.