

Rehabiliteringsvetenskap som mångvetenskaplig diskurs

Hans Berglind Alf Bergroth Jan Ekholm Cecilia Birkhed

Sven-Uno Marnetoft John Selander Lotta Vahlne Westerhäll

Att människor blir långtidssjukskrivna eller av andra skäl behöver rehabilitering har orsaker som studeras av flera vetenskapliga discipliner och rehabiliteringsinsatserna kan också studeras ur flera vetenskapliga perspektiv. Vill man därför på ett mer heltäckande sätt klarlägga orsaker till att människor slås ut från arbetsmarknaden eller utforma åtgärdsprogram för deras rehabilitering, så räcker det inte med att engagera forskare från en enda disciplin, man måste lägga samman kunskaper från flera discipliner och också från olika vetenskapliga områden. Denna artikel avser att belysa detta problemområde.

Hans Berglind är professor emeritus i socialt arbete vid Socialhögskolan, Stockholms universitet, Alf Bergroth är professor i rehabiliteringsvetenskap vid Mitthögskolan och är även knuten till Stockholms universitet och Karolinska Institutets institutionssektion för rehabiliteringsmedicin samt f d FoU-chef vid Försäkringskassan i Stockholms län. Jan Ekholm är professor i rehabiliteringsmedicin vid Karolinska Institutet samt överläkare vid Rehabiliteringsmedicinska kliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm. Cecilia Birkhed, leg sjukgymnast samt jur kand arbetar som biträdande forskare på Juridiska institutionen vid Göteborgs universitet. Sven-Uno Marnetoft, med dr och John Selander med dr är högskolelektorer vid Institutionen för vård- och hälsovetenskap, Mitthögskolan, Östersund. Lotta Vahlne Westerhäll är professor i offentlig rätt, särskilt socialrätt vid Handelshögskolan, Göteborgs universitet. Samtliga är i en eller annan form knutna till CSF:s verksamhet.

När Centrum för Socialförsäkringsforskning (CSF) startade 1993, så var det en självklarhet att vi skulle arbeta tvärvetenskapligt. Att människor blir långtidssjukskrivna eller av andra skäl behöver rehabilitering har orsaker som studeras av en lång rad vetenskapliga discipliner och rehabiliteringsinsatserna kan också studeras ur en lång rad vetenskapliga perspektiv. Vill man därför på ett mer heltäckande sätt klarlägga orsaker till att människor slås ut från arbetsmarknaden eller utforma åtgärdsprogram för deras rehabilitering, så räcker det inte med att en-

gagera forskare från en enda disciplin. Man måste lägga samman kunskaper från en rad discipliner och också från olika vetenskapliga områden, dvs från olika fakulteter. Inom CSF samverkar forskare från juridisk, medicinsk och samhällsvetenskaplig fakultet. Även om en sådan samverkan är ett mycket spännande och stimulerande företag, så är det naturligtvis inte problemfritt.

Företrädare för olika fakulteter är fostrade i olika vetenskapliga traditioner och det är inte alltid så lätt att förstå varandras inlägg. Det behövs därför en gemensam "plattform"

som gör det möjligt att kommunicera mellan disciplinerna och väga samman deras olika bidrag till en helhet. I en artikel i Socialmedicinsk tidskrift (Ekholm, Berglind & Bergroth 1995) pläderade författarna för en tvärvetenskaplig ansats. En artikel från 1997, också den publicerad i Socialmedicinsk tidskrift, hade rubriken "Kan mångvetenskaplig forskning om rehabilitering ge ny kunskap?" En skrift som utgavs till CSF:s femårsjubileum 1998 fick den försiktigt formulerade titeln *Arbetslivsinriktad rehabilitering - på väg från mångvetenskap till tvärvetenskap*. Den titeln antyder att vi dittills varit mångvetenskapliga, men eftersträvar tvärvetenskaplighet. Det finns således anledning att något närmare utreda dels vad de olika termerna innebär, dels vad som är vår egen ambition.

Mång- och tvärvetenskap

En distinktion som kan vara skäl att nämna är den mellan tvärvetenskaplig och tvärdisciplinär. Man brukar med den tvärdisciplinära forskningen avse forskning som bedrivs i samverkan mellan olika akademiska ämnen inom samma fakultet, medan den tvärvetenskapliga forskningen förutsätter att man överskrider fakultetsgränserna. Eftersom CSF bygger på ett samarbete mellan jurister, medicinare och samhällsvetare, så är det ur denna aspekt bäst att tala om tvärvetenskaplighet. Men hur ska man dra gränsen mellan mång- respektive tvärvetenskap? Vi diskuterade detta i vår lilla jubileumsskrift från 1998 och då i anslutning till boken *Tvärskap* (Edlund, Hermerén & Nilstun 1986). Där görs en distinktion mellan forskning som är envetenskaplig (monodisciplinär), mångvetenskaplig (multidisciplinär) respektive tvärvetenskaplig

(interdisciplinary). Författarna till *Tvärskap* menar att för att man ska tala om tvärvetenskap till skillnad från mångvetenskap, krävs att kunskaper och metoder från minst två distinkta discipliner integreras. "Integrationen" kan ha olika former och drivs olika långt. En långt driven tvärvetenskaplighet kan innebära att man utformar en gemensam teori som bas för forskningen. "Syftet kan också vara att utarbeta en problemram med vars hjälp ett komplex av frågor mer systematiskt kan studeras av forskare med huvudkompetens inom olika vetenskaper" (Edlund, Hermerén & Nilstun 1986:27). Det här citatet stämmer ganska väl in på vår egen ambition. I linje härmed är det således inte fel att tala om tvärvetenskaplighet. Skulle vi följa en internationell auktoritet som Kline (1995), så är vi dock snarast multidisciplinära. Terminologin varierar således vilket ger oss en viss valfrihet.

Kline menar att det han kallar multidisciplinär diskurs behöver behandla ett flertal frågor. Hit hör sådant som övergripande "frameworks" som belyser hur disciplinerna är relaterade till varandra, en avgränsning av vad disciplinerna kan, respektive inte kan bidra med, likheter och skillnader mellan disciplinerna i fråga om komplexiteten i de paradigmatiske systemen, hur man ska kunna bedöma ifall delområden eller forskningsprogram har gått snett eller sysslar med improduktiva trivialiteter etc. Det här diskuterade vi i vår jubileumsskrift där vi vidare konstaterade:

"I likhet med Kline kan vi konstatera att det finns väl utvecklad kunskap på olika delområden, samtidigt som det är mycket svårt att få en helhetsbild. Puzzlebitarna finns där, men hur ska de fogas ihop? Vi har bland annat funderat över hur kunskaper

från natur- respektive humanvetenskaper ska kunna fogas samman. Eftersom Kline själv har en naturvetenskaplig bakgrund är det intressant att se hur han understryker skillnaden mellan fysik och humanvetenskaper som t.ex. sociologi och psykologi. Fysiken sysslar med ett starkt begränsat antal variabler och kan formulera paradigmen med heltäckande invarianser ("lagar"), de system som humanvetenskaperna sysslar med har en komplexitet som är oerhört mycket större och kan därför inte uppvisa några sådana invarianser: "If any reader knows of a paradigm within the human sciences that is both Entire and Invariant, please let me (and the world) know, with reference to the relevant data." (Sid. 83) Denna begränsning hos humanvetenskaperna gör att teoretiska förutsägelser blir osäkra och att man istället får pröva sig fram stegvis och utgå från empiriska data; "incrementalism" är här att föredra framför "grand theory". Ett sådant synsätt tycks ge ett stöd för ansatser av typen utvärderingsforskning." (aa, sid. 38-39).

För att sammanfatta diskussionen så här långt kan vi först konstatera att vi uppfattar mång- respektive tvärvetenskap som ett kontinuum där integrationen kan drivas olika långt. Om man tänker sig en antologi om rehabilitering där kapitlen är skrivna av företrädare för olika vetenskaper utan inbördes samordning utöver själva ämnesvalet, så har vi ett exempel på mångvetenskap där integrationen överlämnas åt läsaren. I andra änden av detta kontinuum är vi när företrädare för olika discipliner slår sig samman för att utforma en ny teori, vilket innebär att en ny akademisk disciplin etableras. Vi befinner oss någonstans mellan dessa ytterligheter och har inte heller ambitionen

Vi uppfattar mång- respektive tvärvetenskap som ett kontinuum där integrationen kan drivas olika långt

att skapa en ny disciplin. Det finns ett värde i att de som samarbetar har en förankring i sina ursprungsdiscipliner men etablerar en plattform som underlättar kommunikationen mellan de bidragande vetenskaperna. Vårt bidrag här får ses som ett steg i den riktningen. Eftersom vi befinner oss närmare den mång- än den tvärvetenskapliga polen nöjer vi oss med att kalla det en mångvetenskaplig ansats.

Forskningsområdet¹

Kline (aa) använder begreppet *system*, och talar även om dessas *komplexitet*. Med *system* menas, kort och gott, det man studerar. Han betonar vikten av att avgränsa systemet på ett tydligt sätt, något som också vi som rehabiliteringsforskare har anledning begrunda. Vi kan ju tänka oss att i olika sammanhang studera en enskild individ och, låt oss säga, dennas motivation, eller funktionsförmågan hos ett visst organ eller rehabiliteringssystemet i sin helhet med en rad olika aktörer eller än mer omfattande system. Ju mer omfattande systemet är desto fler vetenskapsgrenar kan tänkas bidra med relevant kunskap. Författaren har utformat ett särskilt index för systemens komplexitet, som inte ska beskrivas närmare här, men som baseras på faktorer som antal oberoende variabler och antalet "feedback loops" (återkopplingskretsar) såväl inom systemet

¹ Referatet av Klines synpunkter återges här från vår skrift *Arbetslivsinriktad rehabilitering* (aa).

som mellan detta och dess omgivning. De högrgradigt komplexa systemen är sådana som innefattar människor, t. ex. sociotekniska system. Sociala och sociotekniska system är ju sådant som rehabiliteringsforskningen ska syssla med. Dessas komplexitet manar till ett ödmjukt förhållningssätt.

Sociala och sociotekniska system är inte helt determinerade. "A significant range of choices remains open to humans in our social and sociotechnical systems. This existence of choices, that is, open degrees of freedom, implies that there are no Entire Invariant Paradigms that determine how all the choices in these systems must be made; they are not deterministic systems..... Some behaviors may be determined, but some remain open." (Sid. 93). Kline kritiserar försök att använda förenklade förklaringsmodeller liksom ett reduktionistiskt betraktelsesätt. Olika system befinner sig på olika komplexitetsnivå och varje nivå har sina förklaringstyper, som inte kan reduceras till någon annan nivå. "It is the insertion of human purposes (aesthetic or other types) as information that forms an impossible barrier for the reductionist program." (Sid. 133).

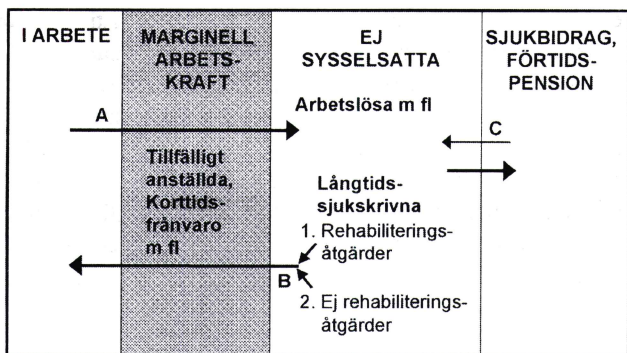
Även om systemfaktorer på en viss nivå inte determinerar faktorer på en annan nivå, så kan de mycket väl fungera som begränsningar eller hinder (constraints) för faktorer på en annan nivå: "physics and biology constrain but do not determine social and sociotechnical systems". Denna distinktion förefaller viktig och relevant även för vårt studieområde. Fysiska faktorer kan t.ex. begränsa vilka aktiva muskulära rörelser en person kan utföra. Den begränsade funktionsförmågan sätter i sin tur gränser för vilka arbetsuppgifter personen kan klara av. En fråga, som Kline inte tar upp, är i vad

mån även normativa faktorer utgör sådana constraints. Lagar och förordningar sätter ju gränser för vad som får göras. Vissa handlingar är förbjudna medan andra kanske rent av är påbjudna. Att en handling är förbjuden eller påbjuden tycks förutsätta att den är praktiskt möjlig att utföra.

De olika systemen har olika struktur, dvs de är sammansatta på olika sätt. Strukturen är ofta hierarkiskt ordnad. För att förstå hierarkiskt strukturerade system med "inter-faces of mutual constraint" så behövs: 1) en allmän (synoptic) översikt; 2) ett detaljerat (piecewise) perspektiv på delarna i systemet; och 3) ett strukturellt perspektiv på hur delarna hänger ihop för att åstadkomma helheten. Den synoptiska översikten syftar till att ange systemets gränser och hur systemet interagerar med sin omgivning samt dess mål (om det finns några). Med den nu existerande uppsplittringen på olika vetenskapsgrenar som har föga kontakt med varandra, så tillgodoses punkten 2) ovan, medan de övriga perspektiven saknas. Det är dessa perspektiv som en multidisciplinär ansats ska bidra med, enligt Kline.

På grund av det mänskliga tänkandets begränsningar måste vi bryta ned komplexa system i små bitar och studera dessa bitar för att förstå systemet. "We must not forget to reassemble the pieces and look at both the structure and the whole when we want to understand the complete system."

Det vi här vill åstadkomma är att tillgodose punkterna 1) och 3) enligt Kline, dvs att ge en allmän översikt över forskningsområdet och av hur delarna hänger ihop. Även om rehabilitering till arbete är vårt fokus så är vi övertygade om att detta kärnområde måste ses i ett större perspektiv. Ett sådant större perspektiv åskådliggörs i *figur 1*.



Figur 1. Rehabiliteringsvetenskapens forskningsområde.

Figuren avser människor i arbetsför ålder fördelade efter sysselsättningsstatus. Längst till vänster finns de personer som är "i arbete", dvs har en avlönad sysselsättning på den konkurrensutsatta arbetsmarknaden. Nästa kategori, den skuggade zonen, avser den svårpreciserade kategorin "marginell arbetskraft". Hit hör människor med tidsbegränsade eller tillfälliga anställningar, en kategori som ökat påtagligt under senare år. Hit kan också räknas människor i olika typer av sysselsättningskapande åtgärder, dvs personer som är sysselsatta vid sidan av den konkurrensbetonade arbetsmarknaden. Vi har också en kategori av personer som är tillfälligt frånvarande från arbetsmarknaden. De kan endast med viss tvekan föras till den marginella arbetskraften. Hit hör dock personer med upprepade korttidsfrånvaro. Utmärkande för den marginella arbetskraften är att de löper jämförelsevis hög risk att slås ut från arbetsmarknaden. De hamnar då i nästa kategori, dvs personer som inte är sysselsatta. Hit hör framför allt arbetslösa och långtidssjukskrivna. Den senare kategorin är ju av speciellt intresse för oss som rehabiliteringsforskare. Kategorin längst till höger omfattar personer med sjuk-

bidrag eller förtidspension. Personer med sjukbidrag, vilket ju är tidsbegränsat, förväntas genomgå rehabiliteringsåtgärder, något som dock sällan sker. De flesta övergår så småningom till förtidspension. Återgång i arbete från förtidspension är likaså sällsynt.

Figurens kategorier kan sägas vara ordnade efter graden av *förankring på arbetsmarknaden*. Ju längre till höger man befinner sig desto sämre förankring på den konkurrensutsatta arbetsmarknaden. I figur 1 finns även pilar utritade. Pilen A åskådliggör flödet ut från arbetsmarknaden till kategorin *Ej sysselsatta*. Man kan hamna där direkt från att ha varit *i arbete* eller via den *Marginella arbetskraften*. Den andra pilen (B) visar återgång i arbete från att ha varit långtidssjukskriven. En sådan återgång kan ske via aktiva rehabiliteringsåtgärder eller utan sådana åtgärder. En rad studier har visat att 15-20 procent av de långtidssjukskrivna erhåller rehabiliteringsåtgärder och av dessa återvänder naturligtvis inte alla. Det stora flertalet långtidssjukskrivna som återvänder till arbete gör det således utan rehabiliteringsinsatser. Huruvida fler skulle återvända i arbete om de fick rehabilitering

är en fråga som kräver betydligt mer forskning för att kunna besvaras. En annan fråga som vi vet alltför litet om hur urvalet till rehabilitering går till. Pilarna mellan *Ej sysselsatta* och kategorin *Sjukbidrag/förtidspension* är olika breda, vilket illustrerar det kända förhållandet att inflödet till denna kategori är mycket större än återflödet.

Som rehabiliteringsforskare är vi inte enbart intresserade av att studera och påverka det återflöde till arbete som illustreras av B-pilen och den smala C-pilen från *Sjukbidrag/förtidspension* till *Ej sysselsatta*. Vi är också intresserade av A-flödet, och närmare bestämt av hur man ska kunna förhindra att människor i förtid lämnar arbetslivet. Det rör sig om preventiva insatser, även det ett problemområde som inte är särskilt väl beforskat. Men för att förstå dessa processer krävs att vi placerar in dem i ett större sammanhang, vilket figuren illustrerar.

Tabell 1. En analysram för forskning om arbetslivsinriktad rehabilitering.

Nivå	Viktiga faktorer (urval)	Vetenskaplig tyngdpunkt
1. Internationellt	Ekonomiska konjunkturer	Nationalekonomi
2. Nationellt	Efterfrågan på arbetskraft a) generellt b) områdesvis Alternativ till arbete a) formellt b) informellt	Nationalekonomi, sociologi Sociologi, socialpolitik
3. Myndighetsnivå	Formellt regelverk, lagstiftning a) mellan myndigheter: samverkansformer b) inom myndigheter: effektivitet, rättstillämpning	Juridik Statsvetenskap, organisationsteori
4. Arbetsplatsnivå	Rekryterings-, personalpolitik	Företagsekonomi, organisationsteori, juridik Företagsekonomi, psykologi, sociologi, ergonomi
5. Aktörsnivå	Klient, handläggare, arbetsgivare, arbetskamrater, läkare, behandlande personal m fl	(Social-)psykologi, socialt arbete
6. Individ	Funktionstillstånd, funktionshinder,	Medicin, fysiologi
(klient-) nivå	arbetsförmåga, motivation	psykologi

En analysram

Sedan vi nu översiktligt beskrivit forskningsfältet kan det vara på sin plats att liksom översiktligt ange vad olika vetenskapliga discipliner kan tänkas bidra med för slags kunskap. Det gör vi genom att återge en tabell, som bygger på en liknande i vår skrift *Arbetslivsinriktad rehabilitering* (aa).

Tabell 1 kräver en hel del kommentarer för att bli helt begriplig. Vi kan för det första förstå om analysramen kan framstå som en alltför stor kostym för den som vill forska om arbetslivsinriktad rehabilitering. Kan det verkligen vara relevant att ha med en *internationell nivå*? Svaret är att det finns skäl tro att rehabiliteringsinsatserna är konjunkturberoende och att de inhemska konjunkturererna inte kan isoleras från vad som händer internationellt. Vi kan anta att de internationella konjunkturererna sätter ramar för den nationella efterfrågan på arbetskraft. En rimlig

En rimlig hypotes är att intresset för rehabilitering ökar när det är ont om arbetskraft och svalnar när konjunkturen mattas av

hypotes är att intresset för rehabilitering ökar när det är ont om arbetskraft och svalnar när konjunkturen mattas av.

En motsatt invändning är att det fattas viktiga faktorer i analys-schemat. Det håller vi gärna med om. Det finns möjligheter att komplettera med ytterligare faktorer, i den mån dessa antas vara av betydelse för vad som händer inom rehabiliteringsområdet.

En ytterligare invändning kan gälla valet av "vetenskaplig tyngdpunkt" för de olika nivåerna. Även detta kan naturligtvis diskuteras. Observera dock att det här handlar om just var *tyngdpunkten* ligger. Detta är ett konstaterande och inte någon rekommendation. Tanken är inte att en viss disciplin ska monopolisera en viss typ av frågeställning, men att den i varje fall hittills har visat sig ha jämförelsevis mycket att bidra med inom ifrågavarande område.

Låt oss så kortfattat kommentera några av de faktorer som återfinns på olika nivåer. Vi har redan sagt något om de ekonomiska faktorerna. Det finns anledning tro att efterfrågan på arbetskraft är av betydelse inte bara för den officiella politiken rörande rehabilitering utan också för de faktiska rehabiliteringsmöjligheterna. Det gäller inte bara efterfrågan totalt utan också inom olika delområden, såväl geografiskt som yrkesmässigt.

Att förekomsten av alternativ till arbete påverkar utslagningen av arbetskraft är ett rimligt antagande. Ett väl utbyggt socialförsäkringssystem på *nationell nivå* kan bidra till att människor behåller sin arbets-

förmåga även när de ställs utan arbete. Samtidigt finns det de som menar att socialförsäkringssystemets utformning kan göra att en del människor väljer att stanna utanför arbetsmarknaden och hamnar i "bidragsberoende".

På *myndighetsnivå* antar vi att samverkan mellan myndigheter är av betydelse för rehabiliteringens resultat. Det gäller inte bara om samverkan förekommer eller inte utan även i vilka former den bedrivs. Man kan skilja mellan vad som händer mellan respektive inom myndigheter. I båda fallen är naturligtvis aspekterna effektivitet och rättstillämpning relevanta, den senare framför allt med tanke på rättssäkerheten.

Faktorer på nationell nivå ger i sin tur ramar för vad som händer på *arbetsplatsnivå*. Är det brist på arbetskraft, så finns det anledning tro att företagen är mindre "nogräknade" i sin rekrytering av arbetskraft. En personalpolitik som uppmärksammar personalens hälsosituation kan bidra till en minskad utslagning av arbetskraft, något som förmodligen gäller även hanteringen av miljöproblem. Det är här fråga om ett förebyggande arbete.

När det gäller *aktörsnivå*, så avser analysen i första hand de sociala rollerna för de olika aktörerna och vad dessa innebär för samspelet dem emellan. De etablerade rollerna kan vara sådana att de gynnar eller missgynnar möjligheterna till samarbete mellan rollinnehavarna.

På *individnivå* blir de personliga egenskaperna hos rollinnehavarna, i först hand

Ett väl utbyggt socialförsäkringssystem på nationell nivå kan bidra till att människor behåller sin arbetsförmåga även när de ställs utan arbete

klienten, av intresse. Vi möter här nyckelbegreppen funktionstillstånd, funktionshinder, arbetsförmåga och motivation. Det medicinska området spelar en dominerande roll när det gäller begreppsbildningen på denna nivå.

Handlingsutrymme, hinder och möjligheter

Man kan naturligtvis tänka sig en modell där faktorer på en nivå kausalt påverkar faktorer på en annan nivå, men vi tror, i likhet med Kline, att det är mer fruktbart att tänka att faktorer på en nivå ger ramar åt faktorer på en annan analysnivå. Vi kan här föra in begreppet handlingsutrymme och illustrera det sagda med ett par exempel. En funktionsnedsättning av ett organ, t ex stelhet i en led, kan göra det omöjligt för en person att utföra ett visst arbete, i varje fall på samma sätt som tidigare. Härigenom avsnävas den individens handlingsutrymme. Men det innebär inte nödvändigtvis att det blir helt omöjligt för denne att utföra arbetet. Tekniska hjälpmedel kan kanske möjliggöra att arbetet utförs, om än på ett nytt sätt, och att handlingsutrymmet därför ökar igen.

Ett annat exempel kan vi välja från juridikens område. Vissa lagar och bestämmelser ger ramar för handlandet hos de inblandade aktörerna. Den s k sjustegsmodellen, som tillämpas på försäkringskassan, kan tas som ett exempel på detta. I ett av stegen gäller det att ta ställning till om klienten kan klara ett på arbetsmarknaden förekommande arbete. Om så är fallet ska någon ersättning från försäkringskassan inte utgå. Om detta beslut är oberoende av huruvida ett sådant arbete finns eller ej, kan klientens handlingsmöjligheter begränsas. Han eller hon bedöms klara ett arbete som ved-

erbörande saknar möjligheter att få. I den mån bestämmelsen kan tolkas mer generöst ur individens synpunkt, vidgas också dennes handlingsutrymme.

Låt oss nu tillämpa begreppet handlingsutrymme på den process i figur 1, som markerats med pil A. Det handlar här om individens möjligheter att stanna kvar i nuvarande position, dvs i arbete, dennes möjligheter att lämna denna position och sluta arbeta, men det handlar också om individens egna preferenser, dvs vad denne föredrar. Möjligheterna stanna kvar i arbete sammanhänger i sin tur med om personen *kan klara* (anses kunna klara) de krav arbetet ställer respektive möjligheterna *få vara kvar* i nuvarande arbete. Sjukdom kan givetvis nedsätta arbetsförmågan, dvs göra så att personen inte kan klara jobbet. Personalnedsärningar kan göra så att personen inte kan få vara kvar på sin hittillsvarande arbetsplats. Rätten till sjukpenning påverkar handlingsutrymmet genom att legitimera att personen i varje fall tills vidare lämnar arbetslivet och har sin försörjning tryggad.

En rad omständigheter och åtgärder kan förhindra att individen lämnar arbetslivet, eller möjliggöra att denne stannar kvar i arbete. Hit hör förebyggande åtgärder för att stärka individens arbetsförmåga eller omplaceringar inom företaget till arbete med annan kravprofil. Men sådana åtgärder är tämligen verkningslösa om företaget ska lägga ned verksamheten eller avskeda övertalig personal. I vissa fall är det mer effektivt att försöka påverka individens möjligheter att få stanna genom lönesubventioner, dvs genom att påverka arbetsgivarens incitament att ha vederbörande kvar i arbete.

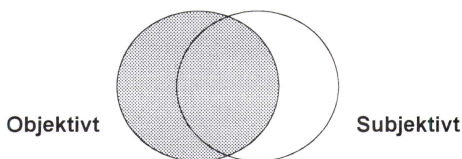
Ett argument som ibland hörs är att socialförsäkringen är så frikostig att individer som

skulle kunnat stanna i arbete föredrar att sluta arbeta för att istället låta sig försörjas av socialförsäkringssystemet. Den som har en dylik uppfattning skulle i linje härmed kunna plädera för en sänkning av socialförsäkringsförmånerna. En sådan åtgärd blir dock verkningslös om det inte samtidigt faktiskt finns möjligheter till arbete på marknaden, dvs att personen kan få fortsatt avlönat arbete.

När det gäller den process som åskådliggör återgång i arbete efter långtidssjukskrivning (pil B i figur 1) kan vi föra ett liknande resonemang. Vissa åtgärder kan underlätta en återgång. Hit hör förstås rehabiliteringsåtgärder som stärker individens arbetsförmåga. Men om vederbörande är över 50 år kanske han eller hon ändå inte är tillräckligt attraktiv på arbetsmarknaden. Lönebidrag eller en utbildning som efterfrågas kan göra personen mer attraktiv på marknaden. Om detta inte hjälper kan anpassat arbete eller skyddad sysselsättning vara alternativa strategier. En annan typ av åtgärder, som dock lätt framstår som repressiva, är att försvåra möjligheterna att vara utan sysselsättning. Skärpning av reglerna för förtidspension respektive sänkningar av ersättningsnivåerna är exempel på åtgärder av detta slag, vilka företogs under 1990-talet, dock utan större framgång, eftersom långtidssjukskrivning och -periodvis - förtidspensionering fortsatt att öka. Åtgärder som syftar till att försvåra möjligheterna att försörja sig utan arbete eller i varje fall göra detta alternativ mindre lockande, har knappast någon verkan, såvida inte möjligheterna att få arbete samtidigt ökar.

Med handlingsutrymme avses individens möjligheter att handla inom ett visst område, t ex i förhållande till arbetsmarknaden.

Man brukar skilja mellan "objektivt" (eller "yttre") och subjektivt (eller "inre") handlingsutrymme. Det s k objektiva handlingsutrymmet avser vad individen kan klara av enligt yttre kriterier, t ex enligt test på funktionsförmågan, expertbedömning etc. Det subjektiva handlingsutrymmet är vad personen själv tror sig kunna. Det objektiva utrymmet lämpar sig väl för naturvetenskapligt studium och kausalt tänkande, medan det subjektiva utrymmet bäst kartlägges med en hermeneutisk ansats. Man har också talat om faktiskt handlingsutrymme. Det är det område som täcks av båda cirkarna i figur 2.



Figur 2. Objektivet och subjektivt handlingsutrymme.

Ett syfte med rehabilitering är att utvidga handlingsutrymmet, framför allt det faktiska handlingsutrymmet. Det innebär att individen får en mer realistisk uppfattning om sina möjligheter. Det räcker inte med att vidga det objektiva utrymmet, eftersom individen inte kommer att ta detta i besittning om hon inte tror på sina möjligheter.

Medicin och ergonomi kan i första hand utforma och utvidga det objektiva handlingsutrymmet, medan samhälls- och beteendevetenskap kan bidra med att påverka det subjektiva utrymmet, så att individen får en mer realistisk självbild. Rättsvetenskapen sysslar ju med de regler som inramar handlandet och därmed med det yttre normativa handlingsutrymmet.

Hindrande och främjande faktorer i rehabiliteringsprocessen

I en översikt av forskning om arbetslivsinriktad rehabilitering har Kerstin Ekberg (2000) pekat på några väsentliga faktorer av betydelse för rehabiliteringens utfall. Hon konstaterar: "Stöd, möjligheter till delaktighet och reellt inflytande är väsentliga ingredienser för att skapa trygghet för den försäkrade i rehabiliteringsprocessen, medan otydlighet, bristande stöd, motstridiga eller oklara beslut och ett styrande förhållningssätt leder till att individens tro på sig själv och sin handlingsförmåga hämmas. Det yttre sammanhanget kan således skapa grogrund för en positiv utvecklingsprocess för individen, men kan lika lätt driva in henne i en negativ eller uppgiven situation där sjukrollen riskerar att vidmakthållas" (Ekberg 2000:395).

Utifrån den modell som presenterats i figur 1 kan vi tala om hindrande och främjande faktorer i flera olika sammanhang. Vi är speciellt intresserade av faktorer som hindrar respektive främjar 1) utträde från samskiktning på arbetsmarknaden (pil A), 2) återgång i arbete (pil B) respektive 3) genomgång av rehabilitering. Vi ska i det följande kortfattat presentera ett mångvetenskapligt perspektiv på dessa tre processer och gör det i tabellform utan anspråk på att

vår uppräknings ska vara heltäckande.

De flesta sambanden i *tabell 2* förefaller tämligen självklara. Dock kan framför allt de rättsliga faktorerna behöva en närmare förklaring. Ändamålet med arbetsmiljölagen (AML) är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt att även i övrigt uppnå en god arbetsmiljö (1 kap. 1 §). I arbetsmiljölagens stadgas bl. a. att arbetsmiljön skall vara tillfredställande med hänsyn till arbetets natur och den sociala och tekniska utvecklingen i samhället. Arbetsförhållandena skall anpassas till människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende (2 kap. 1 §), något som också återkommer bland de psykologiska faktorerna i *tabell 2*.

Anpassningsåtgärder som nämns i föreskrifterna är bl. a. anskaffning av tekniska hjälpmedel och särskilda arbetsredskap, förändringar i den fysiska arbetsmiljön eller arbetsorganisationen, förändringar av arbetsuppgifter eller arbetstider, personella stödinsatser m.m. Omplacering nämns också, men bör enligt föreskrifterna tillgripas i sista hand. Arbetsmiljölagen ställer krav på att arbetsuppgifterna anpassas så att den enskilde inte utsätts för ensidiga, monotona arbetsuppgifter. Arbetet skall ge möjlighet till variation och sammanhang mellan olika arbetsuppgifter (2 kap. 1 § 5 stycket Arbetsmiljölagen).

Tabell 2. Exempel på faktorer som påverkar att man stannar kvar i arbete.

Typ av faktorer	Bidrar till att människor stannar kvar i arbete	Bidrar till att människor stöts ut ur arbetslivet
Medicinska Psykologiska	God hälsa Arbetsmiljö anpassad till individen Medinflytande	Olycksfall, svårartad sjukdom Stress, bristande delaktighet
Rättsliga Sociala och ekonomiska	Arbetsmiljölagen (AML) God efterfrågan på arbetskraft	Otydlig ansvarsfördelning Företagsnedläggningar, personalinskränkningar

Dessa regler kan bidra till att människor stannar kvar i arbete på det sätt att tris- tess, "negativ stress", men även belast- ningsskador orsakade av monoton och en- sidighet förhindras.

I arbetsmiljölagen finns även regler som föreskriver att arbetstagaren skall ges möj- lighet att medverka i utformningen av sin egen arbetssituation. Starkt styrt eller bun- det arbete skall undvikas och det skall ef- tersträvas att arbetet ger möjlighet till va- riation, social kontakt och samarbete samt sammanhang mellan enskilda arbetsupp- gifter. I lagen anges att arbetsgivare och arbetstagare skall *samverka* för att åstad- komma en god arbetsmiljö (3 kap. 1 a §). En god arbetsmiljö kan inte skapas av arbets- givaren ensam.

Ett av syftena med 1992 års rehabilite- ringsreform var att få bort den passivise- ring som ofta ledde till att enskilda blev bidragsberoende istället för att komma till- baka till arbete efter en tids sjukskrivning. Socialförsäkringen skulle få en *aktiv* utform- ning och arbetslinjen skulle införas i social- försäkringssystemet. Många faktorer anses ha bidragit till att dessa syften inte upp- nåtts i praktiken. En rättslig faktor av bety- delse har ansetts vara den *otydlighet* som

råder i lagstiftningen beträffande ansvars- fördelningen i rehabiliteringsprocessen. Arbetsgivarnas ansvar är stort, men tyvärr ottydligt angivet bl. a. vad gäller hur långt rehabiliteringsansvaret sträcker sig. Otyd- ligheten gäller framför allt ansvarsfördel- ningen mellan arbetsgivare och försäkrings- kassa. Denna otydlighet har gjort att an- svaret alltmer kommit att förskjutas mot det offentliga, där ansvaret idag delas av fyra parallella sektorer. Detta innebär en risk för att den enskilde hamnar i kläm mellan olika myndigheter som alla skjuter rehabilite- ringsansvaret ifrån sig.

Trenden idag på arbetsmarknaden är att de främjande faktorerna inte får tillräcklig genom- slagskraft utan det är snarare de hindrande faktorerna som slår igenom. Det är av vikt att denna trend bryts. Det är naturligtvis inte någon lätt uppgift eftersom sysselsättnings- nivån i vårt land i stor utsträckning är bero- ende av den internationella konjunkturen, exempelvis verkar vi nu få en avmattning i konjunkturen som i stor utsträckning är glo- bal. Detta kan leda till att det blir svårigheter att kvarstanna i arbete. Politiska beslut om åtgärder kan dock påverka möjligheterna att kvarstanna i arbete. Det är således ett kom- plicerat samspel av faktorer som styr den

Tabell 3. Exempel på faktorer som påverkar återgång i arbete.

Typ av faktorer	Bidrar till att människor återgår i arbete	Hindrar återgång i arbete
Medicinska	Lindrigare sjukdom el skada Rehabiliteringsmöjligheter	Mer allvarlig skada el sjukdom Alkoholmissbruk, depression
Psykologiska	Arbetsstillfredsställelse, hög arbetsmotivation	Bristande motivation och d:o självförtroende
Rättsliga	Regler om rehabilitering (AFL) Arbetsgivaransvaret	Individen saknar rätt till rehabi- litering Bristande tillsyn av arbetsgivaransvaret
Sociala och ekonomiska	God efterfrågan på arbetskraft Pos. inställning hos arbetsgivare	Arbetslöshet

enskilde individens möjligheter att stanna kvar i arbete. (Tabell 3)

Medicinska riskfaktorer som bidrar till återgång i arbete är bl.a. motsatsen till riskfaktorer för förtidspensionering. Mindre sjukdom/skada ökar chansen att det blir återgång i arbete. Det innebär bl.a. att häva depressions-sjukdom ökar chansen för återgång i arbete.

Medicinska riskfaktorer för förtidspension är:

- Mer allvarlig skada/sjukdom jämfört med mindre allvarlig (Tate 1992).
- Måttlig eller svår depression i sjukdomsbilden (Ash & Goldstein 1995).
- Psykiska sjukdomar/aktivitetsbegränsningar på grund av sådana sjukdomar eller besvär (Andrews et al 1992, Marklund 1995, RFV 1996:14).
- Förekomst av alkoholmissbruk (RFV 1996:14).
- Personliga eller familjerelaterade problem (Lancourt & Kettelhut 1992).
- Funktionsnedsättning i rygg jämfört med inte rygg (Tate 1992, Straaton et al 1995, RFV 1996:14).
- Dålig insikt i vilket medicinskt tillstånd man har (Lacroix et al 1990).
- Låg nivå på självupplevd hälsa (Eklund 1991).
- Låg tilltro till egen arbetsförmåga (Eklund 1991).
- Låg arbetstillfredsställelse, upplevd dålig arbetsmiljö (Ekberg 1994, Marklund 1995).

När det gäller rättsliga faktorer kan nämnas att reglerna om arbetsgivarens första-handsansvar för de anställdas rehabilitering i 22 kap. 3 § AFL på flera sätt kan bidra till den enskildes återgång till arbetet. Genom att en grundlig rehabiliteringsutredning utförs där orsakerna till sjukfrånvaron undersöks och behövliga rehabiliteringsåtgärder

planeras läggs grunden för ett framgångsrikt rehabiliteringsarbete. När sedan nödvändiga åtgärder i form av exempelvis anpassning av arbetsplatsen, utbildning, arbetsträning el. dyl. genomförs och finansieras av arbetsgivaren kan förutsättningar skapas för en återgång till arbetet.

Genom rehabiliteringsreformen 1992 skapades ett långtgående arbetsgivaransvar för de anställdas rehabilitering. Man ansåg att det ofta är på arbetsplatsen som den största kunskapen om rehabiliteringsbehovet och den enskildes förutsättningar finns.

Arbetsgivaren har numera huvudansvaret för de anställdas rehabilitering. Enligt 22 kap. 3 § AFL skall arbetsgivaren i samråd med den försäkrade svara för att dennes rehabiliteringsbehov klarläggs och för att nödvändiga rehabiliteringsåtgärder vidtas. Arbetsgivaren skall utreda rehabiliteringsbehovet hos den anställde oavsett åtgärdernas inriktning och oavsett vem som har ansvaret för att åtgärderna genomförs. Arbetsgivaren har ett ansvar för att se till att de arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder vidtas som kan genomföras i eller i anslutning till den egna verksamheten eller sådan åtgärder som syftar till att arbetstagararen kan vara kvar på arbetsplatsen. Exempel på åtgärder kan vara anpassning av arbetssituationen enligt AML, utbildning, arbetsträning etc.

Hur kan regler om andra aktörers skyldigheter att tillhandahålla rehabilitering påverka den enskildes möjligheter att återgå till arbete efter sjukskrivning? I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 3 a § stadgas att landstinget har en skyldighet att erbjuda de som är bosatta i landstinget rehabilitering. Genom att denna skyldighet finns ges den enskilde möjlighet att genomgå medi-

cinsk rehabilitering i form av exempelvis sjukgymnastik, arbetsterapi eller teamuppbyggda sammansatta rehabiliteringsprogram. Även det offentliga ansvar för rehabilitering har således betydelse för människors möjligheter att komma åter i arbete efter sjukskrivning.

Ansvaret delas idag mellan fyra parallella sektorer: *Försäkringskassan* har en initiativroll, samt ett samordnings- och tillsynsansvar i rehabiliteringsprocessen enligt reglerna i 22 kap. 5 § AFL. *Hälso- och sjukvården* ansvarar för den medicinska rehabiliteringen. Landstingens och kommunernas skyldigheter att erbjuda god hälso- och sjukvård till befolkningen fastslås i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 3 § samt 18 §. *Kommunens socialtjänst* svarar för den sociala rehabiliteringen. I socialtjänstlagen 3 § stadgas att kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver.

Arbetsmarknadsmyndigheterna ansvarar slutligen för den yrkesinriktade rehabilitering, vilken kan innebära kartläggning av rehabiliteringsbehov, arbetsträning, platsförmedling etc.

Det nuvarande socialpolitiska regelsystemet spelar således en stor roll om individen skall kunna återgå i arbete eller inte göra

Det nuvarande socialpolitiska regelsystemet spelar således en stor roll om individen skall kunna återgå i arbete eller inte

det. Det sektoriserade regelsystem vi har idag kan leda till rundgång mellan rehabiliteringsaktörerna, vilket kan bli till hinder för individen som hänvisas till än den ena och än den andra av aktörerna och ingen av aktörerna tar ansvar för att individen skall kunna återgå i arbete. Individen kan må ohamna i en gråzon mellan aktörerna. Detta gäller särskilt för de sk marginaliserade grupperna av individer som har multiproblem. För att komma tillrätta med detta problem i dagens regelsystem, har flera kommuner satsat på flerpartssamtal där aktörer från sektorerna deltar. Även om det inte helt tar bort de hindrande faktorerna för återgång i arbete så reduceras denna typ av hindrande faktorer märkbart. (Tabell 4)

En faktor som genom gällande lagstiftning blivit avgörande för de försäkrades möjligheter till rehabilitering har varit förekomsten eller avsaknaden av en anställning innan sjukskrivningen. I den "steg- för- steg-modell", som skall tjäna som hjälp för rätts-tillämparna vid bedömningen av arbetsför-

Tabell 4. Exempel på faktorer som påverkar om man erhåller rehabilitering.

Typ av faktorer	Bidrar till att människor genomgår rehabilitering	Hindrar deltagande i rehabilitering
Medicinska	Tillgång till rehabiliteringsmedicinska specialistresurser	Låg nivå på självupplevd hälsa
Psykologiska	Tilltro till rehabiliteringsinsatserna	Bristande självförtroende
Rättsliga	Har anställning (arbetsgivare)	Avsaknad av prioriteringsregler
Sociala och ekonomiska	Intresserat bemötande från rehabiliteringsaktörer, involvering i rehabprocessen	Försäkringskassan saknar pengar till köp av tjänster

mågans nedsättning, har nämligen den person som efter rehabiliterande insatser kan erhålla andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare, rätt till insatser och ekonomisk ersättning *trots* att han/hon bedöms klara ett annat arbete utan insatser. Den som däremot *inte* har en arbetsgivare bedöms i samma situation som arbetsför och saknar rätt till rehabiliteringsersättning (Westerhäll 2000).

Kritik har riktats mot just det faktum att förekomsten av en anställning gör möjligheterna till rehabilitering större än för personer som saknar anställning. Detta beror både på att huvudansvaret för rehabiliteringen ligger på arbetsgivarna, men även på den inbyggda "orättvisa" som finns i steg-för-steg-bedömningen.

Bristen på regler om prioriteringar i rehabiliteringsarbetet kan göra att den enskilde blir beroende av t. ex. var hon bor och vilken handläggare hon möter. Om man har svårt att vara pådrivande i rehabiliteringsprocessen finns en risk för att man blir "bortprioriterad" och resurserna går till andra behövande. De kriterier som skall vara relevanta vid tilldelningen av rehabiliteringsinsatser har ännu inte fastställts i rehabiliteringslagstiftningen. I den nya statliga utredningen på området (SOU 2000:78) ges med bakgrund av detta förslag på en etisk plattform, vilken skall ligga till grund för prioriteringar. Avsaknaden av gemensamma riktlinjer för prioriteringar inom området har gjort det mycket svårt att förutse vilka kriterier som enligt lagen skall styra resurstilldelningen.

Bristen på regler om prioriteringar i rehabiliteringsarbetet kan göra att den enskilde blir beroende av t. ex. var hon bor och vilken handläggare hon möter

Ett annat hinder, som aktualiserats under senare år är att försäkringskassans pengar för rehabiliteringsinsatser tar slut under året, i Stockholm redan något efter halvårsskiftet. Det innebär att patienter som får sitt rehabiliteringsbehov känt efter den tidpunkten i regel inte får någon rehabilitering och kan få förtidspension i stället. I en del fall väntar man till efter nyår med rehabiliteringsinsatser, men då kan det vara för sent.

För att komma till rehabiliteringsklinik (specialistnivå) fordras remiss från primärvården. Det finns endast något under 30 rehabiliteringsmedicinska kliniker i landet och i vissa landsting saknas rehabilitering på specialistnivå. I avsaknad av resurser ökar risken för att rehabilitering uteblir och då ökar också risken för förtidspension.

Diskussion och slutsatser

Vår presentation av hinder och främjande faktorer visar att det inte finns några skarpa gränser mellan de olika vetenskapliga perspektiven. Låt oss illustrera detta med ett par exempel. Den upplevda (o)hälsan kan klassas som en medicinsk faktor, men den skulle lika väl kunnat redovisas som en psykologisk variabel. Bristen på resurser för medicinsk rehabilitering kan räknas som en medicinsk faktor, men skulle lika väl kunnat hamna bland sociala (organisatoriska) faktorer. Denna överlappning mellan disciplinerna blir särskilt tydlig när det gäller de rättsliga faktorerna. Arbetsmiljölagen framhåller, som vi sett, att arbetsförhållandena ska anpassas till människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende och att starkt styrt arbete ska undvikas. Denna överlappning är vid närmare eftertanke tämligen självklar. I lagstiftning försöker man ju förebygga sådana förhållanden som en-

ligt forskning eller vardaglig erfarenhet kan förhindra att människor slås ut från arbetsmarknaden eller möjliggöra återgång i arbete.

Om lagstiftning eller andra regelverk har avsedd verkan beror på om de regler som slås fast verkligen är välgrundade. Det kan ju vara så att de bygger på föråldrad eller missvisande kunskap. Minst lika viktigt är förstås i vad mån reglerna verkligen följs. Det finns säkert en rad mycket goda lagregler och bestämmelser som skulle kunna bidra till att minska långtidssjukskrivning och förtidspensionering, men där problemet är att bestämmelserna inte följs, antingen det beror på att de inte är tillräckligt kända eller att effektiva sanktioner saknas. Det rättsliga perspektivet utmärks av att i första hand vara inriktat på regler för handlandet, medan de andra perspektiven inriktar sig på konsekvenserna av vissa förhållanden och inte minst av olika slags åtgärder. Här finns således ett komplementärt förhållande mellan disciplinerna.

Som vi tidigare påpekat finns det också en skiljelinje mellan företrädare för ett naturvetenskapligt respektive ett humanistiskt synsätt. Gränsen är inte heller här särskilt skarp men det handlar i princip om skillnaden mellan "objektiva" och "subjektiva", dvs. upplevelsebaserade data, en distinktion som berördes när vi tidigare presenterade begreppet handlingsutrymme. I det sammanhanget kan de vara på sin plats att klargöra hur begreppet handlingsutrymme förhåller sig till vad vi senare kallat hinder respektive främjande faktorer.

Om en person som förvärvsarbetar tvingas lämna arbetslivet av en eller annan anledning, så innebär detta att vederbörandes handlingsutrymme krymper. Möjligheterna att

stanna kvar i arbete försvinner eller minskar kraftigt. Om personen, t.ex. genom rehabiliterande åtgärder eller anpassning av arbetsplatsen, får ökade möjligheter att stanna kvar i arbete, så kan vi konstatera att handlingsutrymmet på nytt har ökat. Detta gäller oavsett om personen föredrar att förvärvsarbета eller ej. Om någon skulle föredra att lämna arbetslivet istället för att fortsätta förvärvsarbета, så kan visserligen det ökade handlingsutrymmet vara ointressant för vederbörande, men för rehabiliteringsaktörerna blir det då angeläget att försöka motivera personen att stanna kvar i arbetslivet.

Ett liknande resonemang kan naturligtvis föras om en person som står utan arbete. Dennes handlingsutrymme påverkas om möjligheterna återgå i arbete främjas respektive minskar. Vare sig personen i utgångsläget förvärvsarbetar eller ej, så har vårt intresse fokuserats på möjligheterna att förvärvsarbета. Det är tämligen självklart eftersom arbetslinjen är den förhärskande ideologin och eftersom rehabilitering sysslar med att återföra (eller behålla) människor i arbete. Samhällsutvecklingen har dock periodvis och för vissa resurssvaga grupper inneburit minskade möjligheter till arbete på den konkurrensutsatta marknaden. För att de som slås ut i konkurrensen om jobben ska få sin försörjning tryggad i välfärds-samhället har socialpolitiken fått inriktas på att öka möjligheterna till alternativ försörjning i form av t.ex. förtidspension. Detta har lett till stigande kostnader och olika försök att hejda kostnadsutvecklingen. Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kan ses som ett försök att motverka konsekvenserna av ökad konkurrens på arbetsmarknaden.

Vi har presenterat ett försök att kombinera

kunskaperna från olika vetenskapliga discipliner för att bättre kunna studera de förhållanden och processer som gör att människor på grund av sjukdom och liknande svårigheter hamnar vid sidan om arbetslivet. Syftet är att finna lämpliga åtgärder för att förebygga och motverka en sådan utveckling. Den modell som presenterats innebär ytterligare ett litet steg i tvärvetenskaplig riktning. Om det också vetenskapligt är ett steg i rätt riktning kan bara framtiden utvisa.

REFERENSER

- Andrews, H., Barker, J., Pittman, J., Mars, L., Struening, E. and LaRocca, N.: *National trends in vocational rehabilitation: A comparison of individuals with physical disabilities and individuals with psychiatric disabilities*. J Rehabil 1992;58(1):7-16.
- Ash, P. and Goldstein, S.I.: *Predictors of returning to work*. Bull Am Acad Psychiatry Law. 1995;23:205-210.
- Berglind, H. (red.), Axelsson, R., Bergroth, A., Ekholm, J. & Westerhäll, L.: *Arbetslivsinriktad rehabilitering - på väg från mångvetenskap till tvärvetenskap*. CSF, Mitthögskolan, Östersund, 1998.
- Berglind, H., Bergroth, A., Ekholm, J., Eriksen, T., Westerhäll, L.: *Kan mångvetenskaplig forskning om rehabilitering ge ny kunskap?* Socialmedicinsk tidskrift 1997;74:352-355.
- Berglind, H.: *Att ge röst åt klienten. Rehabilitering i ett handlingsperspektiv*. Socialmedicinsk tidskrift 1997;74:366-372.
- Edlund, C., Hermerén, G., Nilstun, T.: *Tvårskap. Samarbete och kunskapsutbyte över ämnesgränser*. Lund, Studentlitteratur, 1986.
- Ekberg, K.: *An epidemiologic approach to disorders in the neck and shoulders*. Linköping University Medical Dissertation no. 439. Linköping, Sweden, 1994.
- Ekberg, K.: *Arbetslivsinriktad rehabilitering - synsätt och utvecklingsbehov*. Socialmedicinsk tidskrift nr 5/2000.
- Ekholm, J., Berglind, H., Bergroth, A.: *Rehabilitering och socialförsäkring - några utgångspunkter för forskning och utveckling*. Socialmedicinsk tidskrift 1995;72:449-451.
- Eklund, M.: *On vocational rehabilitation in northern Sweden: With focus on life satisfaction and outcome prediction*. Umeå University Medical Dissertation no. 318. Umeå, Sweden, 1991.
- Ileskog, T.: *"Nya" arbetsmiljölagen*. TCO, Stockholm, 1994.
- Kline, S.: *Conceptual foundations for multidisciplinary thinking*. Stanford, Stanford University Press, 1995.
- Lacroix, J.M., Powell, J., Lloyd, G.J., Doxey, N.C., Mitson, G.L. and Aldam, C.F.: *Low-back pain: Factors of value in predicting outcome*. Spine 1990;15:495-499.
- Lancourt, J. and Kettelhut, M.: *Predicting return to work for lower back pain patients receiving worker's compensation*. Spine 1992;17:629-640.
- Marklund, S. (red.): *Rehabilitering i ett samhällsperspektiv*. 2 ed. Studentlitteratur, Lund, Sweden, 1995.
- RFV redovisar 1996:14 *Långvarigt sjukskrivna. Arbetslöshet och sammansatta riskfaktorer*. Riksförsäkringsverket, Stockholm, 1996.
- SOU 1996:113 *En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering*. Sjuk och arbetsskadekommittén - Stockholm 1997.
- SOU 1997:116 *Ohälsöförsäkringen*. Förtidspensionskommittén - Stockholm 1997.
- SOU 1998:104 *Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar - betänkande av AGRA-utredningen*.
- SOU 2000:78. *Rehabilitering till arbete. En reform med individen i centrum*. Slutbetänkande av Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Fritzes, Stockholm.
- Staafl, L., Berglind, H., Ekholm, J.: *Arbetsförmåga - ett nyckelbegrepp vid förtidspensionering*. Socialmedicinsk tidskrift 1995;72:455-462.
- Straatn, K.V., Maisak, R., Wrigley, J.M. and Fine, P.R.: *Musculoskeletal disability, employment, and rehabilitation*. J Rheumatol 1995;22:505-513.
- Tate, D.G.: *Workers disability and return to work*. Am J Phys Med Rehabil 1992;71:92-96.
- Westerhäll, L. V.: *Normgivningens etik- exemplet rehabilitering*. I: Normativa perspektiv, Festskrift till Anna Christensen. Lund, Juristförlaget, 2000.