

Stressreaktion och välfärdsdata

- en populationsstudie

**Berit Krafft, Curt Nyström, Orvar Nyström
och Christian Pedersen**

Stressreaktion i en normalbefolkning visar samband med välfärdsdata.

- Förstärkt stressreaktion uppvisade personer som uppbar sin försörjning genom sjukpenning, sjukersättning, socialbidrag och arbetslöshetskassa
- Stressreaktion av lindrig grad framkom bland personer som uppbar studiemedel, ålderspensionärer, föräldralediga och personer i förvärsarbete
- Stressreaktion var väsentligen normal bland egna företagare
- Stressreaktion skattades förstärkt vid begränsade möjligheter att kontrollera, påverka och styra sitt liv och när den egna upplevda hälsan bedömdes vara sänkt.

Berit Krafft, filosofie magister, universitetsadjunkt, leg sjuksköterska vid Högskolan i Borås, Institutionen för Vårdvetenskap (Berit.Krafft@hb.se). Curt Nyström, med dr, överläkare vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset, verksamhetsområdet Psykiatri, Mölndals sjukhus (curt.nystrom@vgregion.se). Orvar Nyström, överläkare, specialist inom intermedicin och reumatologi, Framnäsgratan 19, 573 39 Tranås (orvar.n@telia.com). Christian Pedersen, specialist inom allmän medicin, magister inom Folkhälsovetenskap, FoU-centrum, Landstinget Kronoberg (christian.pedersen@ltkronoberg.se)

Välfärdsdata i Kronobergs län visar att det fanns en markant skillnad i sjukvårdskonsumtion mellan länets olika kommuner [1]. Av denna anledning utfördes en djupstudie i två kommuner, Markaryd och Älmhult. I Markaryd var vårdkonsumtion, ohälsotal och socioekonomiska riskfaktorer högre än i Älmhult. Jämfört med riksgenomsnittet motsvarade Markaryd rikets medelvärden för välfärdsvariabler, medan förhållandena var mer gynnsamma i Älmhult. Kommunernas storlek och geografiska läge är jämförbara [2]. Den nu föreliggande studien kartlägger kommunövergripande förekomst av stressreaktion.

WHO har introducerat begreppet centrala

livsroller, ICDH 1993 [3]. Förmåga och resurser att upprätthålla dessa ses som förutsättning för god hälsa i vid bemärkelse. De centrala livsrollerna definieras på följande sätt:

- Orientering. Att kunna orientera sig i förhållande till omgivningen och att kunna växelverka och samspela med omgivningen
- Fysiskt oberoende. Att kunna upprätthålla en välfungerande oberoende existens avseende omvårdnad av egen person och andra aktiviteter i dagligt liv
- Förflyttning. Att kunna förflytta sig effektivt i sin omgivning
- Sysselsättning. Att kunna sysselsätta sig på ett sätt som är vanligt enligt kön, ålder

och kultur

- Relation. Att delta i och upprätthålla vanliga sociala relationer med andra

- Försörjning. Att kunna upprätthålla ekonomisk självständighet genom att vara socioekonomiskt aktiv och oberoende [3].

Ohälsa, sjukdom, och vårdkonsumtion kan påverkas av omgivningsrelaterade faktorer. De kan beskrivas som yttre omständigheter vilka betingas av den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivning i vilken personer lever sitt liv. Faktorerna kan innebära positiv eller negativ inverkan på den enskilde. Förutsättningarna för att delta i aktiviteter är beroende av familj, vänner, kamrater och andra. Handlingsutrymmet påverkas även av organisationer, arbetsmiljö, kommunala verksamheter, statliga organ, kommunikations- och transportservice, informella sociala nätverk, lagar, informella regler samt attityder och ideologier [2]. Omständigheter som dessa innebär att människan ställs inför krav på anpassning, vilket aktiverar en stressreaktion. Reaktionen är i grunden ändamålsenlig genom att den leder till såväl biologisk som psykologisk resursmobilisering i syfte att finna nya lösningar för anpassning till rådande omständigheter. De emotionella komponenterna i en krisreaktion har betydelse som drivkrafter för anpassning. Om anpassning inte sker riskerar kris/stressreaktionen att kvarstå och kan då genom sin intensitet och varaktighet komma att utgöra ett hot mot upprätthållandet av centrala livsroller. Symtom förenliga med förstärkt stressreaktion har i tidigare undersökningar [4-6] visat sig vara det fynd som starkt korrelerar till nedsättning av förmåga att bemästra centrala livsroller.

Syfte

Syftet med undersökningen är att i en normalbefolkning kartlägga förekomst och grad

Socialmedicinsk tidskrift nr 3/2004

av pågående stressreaktion och dess relation till variabler av välfärdskaraktär.

Material och metod

Populationen bestod av alla personer över 18 år skrivna i Markaryd och Älmhult. Kronobergs Landstings dataregister MASTER användes för att välja dem, som var födda dagarna 5, 15 eller 25. Detta urval resulterade i 2006 personer, 1217 i Älmhult (574 kvinnor och 643 män) och 789 i Markaryd (409 kvinnor och 380 män). En befolkningsenkät [2] utgjorde en del av djupstudien av de två kommunerna Markaryd och Älmhult. Enkäten distribuerades per brev med påminnelse efter tre veckor vid uteblivet svar.

Totalt inkom 1177 svar av 2006 efter en påminnelse. Av svaren identifierades 726 från Älmhult (59.1%) och 435 från Markaryd (51.1%) dvs. 1161 svar. Internt bortfall bestod av sju personer utan uppgift om ålder (n=1170) och åtta personer utan uppgift om kön (n=1169). Antal svar i förhållande till ålder och kön framgår enligt nedan (Tabell I).

Tabell I. Födelseårsintervall

Födelseårsintervall	Män	%	Kvinnor	%
1915 och tidigare	30	52.9	45	55.4
1916-1936	222	63.5	273	59.6
1937-1955	357	57.8	280	71.1
1956-1975	299	42.7	292	54.7
1976-1982	115	46.1	93	43.6

Högst svarsprocent noterades för män födda 1916-1936 och för kvinnor födda 1937-55. Lägst svarsprocent framkom bland män födda 1956-1975 och bland kvinnor födda 1976-1982.

Enkäten innefattade förutom frågor om vårdkonsumtion och socioekonomi även frågor som kön, utbildningsnivå, upplevd hälsa, familjebild, försörjning, nationalitet,

upplevd egen kontroll, förtrogna att samtala med, sjukdom eller svaghet, sjukskrivning, antal läkarbesök och val av sjukvårdskontakt [2].

Förekomst av stressreaktion kartlades med Stress and Crisis Inventory (SCI-93), som omfattar 35 symtom vilka skattas från 0 - 4 poäng. Totalpoäng vid skattning kan variera mellan 0-140 poäng [7].

Skattningsnivåer av stressreaktion med SCI-93:

- 0-25 poäng är förenligt med en normal stressreaktion
- 26-50 poäng medför viss begränsning av förmåga
- 51-75 poäng medför en betydande begränsning av förmåga
- 76-100 poäng medför en stor begränsning av förmåga
- 101-140 poäng medför en mycket stor begränsning av förmåga [5,7].

Kartläggning av arbetsföra personer (n=100) [5] visar ett medelvärde av totalpoäng av stressymtom på [18.7 ±3.1], uttryckt som 95 procents konfidensintervall. Personer med långvarig nedsättning av arbetsförmåga har i densamma (n=1547) uppvisat ett medelvärde av totalpoäng av stressymtom på [58.5 ±3.6], uttryckt som 95 procents konfidensintervall [5].

Statistisk analys

Kartläggning av stressreaktion ingår som en delaspekt i SCI-93 [7]. Av kliniska skäl har stressymtom valts som beroende variabel vid analyserna. Jämförelse av medelvärden av totalpoäng av stressymtom har genomförts med Mann-Whitney U - test. Övriga resultat redovisas i korstabeller. Svarsalternativen av välfärdsdata är till sin karaktär rangordnade. Samband mellan stressreaktion och välfärdsdata analyseras med Spearmans rangkorrelationskoefficient.

Kartläggning av stressreaktion baseras på 34 frågor i denna studie då muskeltrötthet saknas i enkäten. För att kunna jämföra resultaten med tidigare studier med 35 frågor har frågan muskeltrötthet ersatts med en tillskapad variabel. Denna har konstruerats så att den för varje enskild person skattas som ett medelvärde av övriga skattade frågor.

Resultat

Totalpoäng av stressymtom var för män 27.7 poäng (SD 11.0) och för kvinnor 30.2 (SD 12.0) med en statistiskt signifikant skillnad mellan könen ($p < 0.001$).

Ålder och fördelning av medelvärde av totalpoäng av stressymtom bland män och kvinnor tillsammans (Tabell II).

Tabell II. Ålder, medelvärde för totalpoäng av stressymtom (skala 0-140)

Ålder	Medel	Antal
18-24	28.7	105
25-44	28.3	317
45-64	29.5	417
65-84	29.2	295
85-	28.4	36
Total	29.0	1170

Stressnivåer och fördelning av män, respektive kvinnor samt män och kvinnor tillsammans (Tabell III).

Tabell III. Procentuell fördelning av stressnivå män/kvinnor samt män och kvinnor tillsammans (%)

Stressnivå	Män	Kvinnor	Män & kvinnor
0-25	49.3	38.4	43.6
26-50	47.3	55.5	51.6
51-75	3.2	6.1	4.7
76-100	0.2	0	0.1
>101	0	0	0
	100%	100%	100%
Antal	562	607	1169

Kartläggning av stressreaktion bland män och kvinnor tillsammans redovisas i Tabell

IV. Frågorna bjuds med texten: "I mitt vardagsliv störs jag av....."

Tabell IV. Frekvensanalys avseende svårighetsgrad av stressreaktion. Ingående stressymtom skattas i en skala 0-4. Tabellen redovisar medelvärden och procentuellt skattningsutfall för de olika skattningsnivåerna

Symtom	Antal	M	0 (%)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)
Allmän trötthetskänsla	1110	2.4	24.9	34.6	19.7	15.4	5.3
Muskelsmärta	1098	2.1	44.3	23.1	13.9	14.1	4.6
Att bli lätt irriterad	1096	2.0	43.4	31.4	14.0	9.0	2.3
Muskelstelhet	1077	2.0	45.2	26.7	12.6	12.5	3.1
Kalla händer och fötter	1100	2.0	53.9	17.7	12.8	10.7	4.8
Sämre minne	1121	2.0	39.5	36.0	14.8	7.2	2.5
Sömnsvårigheter	1104	1.9	51.7	23.8	10.8	9.5	4.2
Oro rastlöshet	1095	1.9	49.9	27.6	11.2	9.1	2.2
Behov av att urinera ofta	1114	1.9	53.8	19.8	12.4	10.5	3.5
Förändrad sexuell lust	1099	1.9	54.9	17.9	12.2	8.4	6.6
Avföring växlande	1104	1.8	56.0	23.8	9.8	7.0	3.4
Ofta huvudvärk	1106	1.8	57.2	22.4	9.2	7.0	4.2
Ögonirritation	1098	1.7	61.9	21.0	8.7	6.5	1.8
Nedsatt koncentration	1096	1.7	56.8	25.7	10.7	5.7	1.2
Domningar i armar/ben	1101	1.6	67.8	16.3	7.1	6.4	2.4
Väderkänslighet	1093	1.6	65.9	17.1	7.4	7.0	2.6
Svullnadskänsla	1097	1.6	68.1	15.7	8.5	6.2	1.5
Frysningar och svettningar	1095	1.5	70.1	15.9	6.9	5.2	1.8
Torrhetskänsla i munnen	1094	1.5	72.2	15.1	5.7	5.1	1.9
Överkänslighet lukter/ljud	1095	1.5	74.8	11.2	5.8	5.9	2.4
Fumlighet i händer/fingrar	1093	1.5	71.7	16.2	4.9	4.9	2.2
Yrsel	1097	1.5	65.0	23.1	7.0	3.9	0.9
Klåda	1097	1.5	73.6	14.2	7.0	3.7	1.5
Hjärtklappning	1101	1.5	69.0	19.3	7.3	3.7	0.7
Tryck över bröstet	1099	1.5	68.5	17.5	7.9	4.8	1.3
Stickningar i kroppen	1087	1.4	76.5	13.4	5.3	3.2	1.6
Klumpkänsla i halsen	1096	1.4	74.5	13.9	6.2	4.0	1.5
Spänningar i käkarna	1069	1.3	82.3	10.2	3.8	2.9	0.7
Darrhänthet	1098	1.3	81.5	11.9	4.0	2.1	0.5
Feberkänsla utan feber	1096	1.3	81.1	12.6	3.8	1.8	0.6
Svidande känsla i huden	1081	1.2	89.7	5.1	2.3	2.1	0.7
Smärta vid beröring	1094	1.2	90.7	5.2	1.5	2.3	0.4
Kokande känsla	1090	1.2	88.0	7.4	2.6	1.6	0.5
Minskad aptit	1097	1.2	86.4	8.8	3.1	1.5	0.3

Medelvärden av skattning av varje enskilt stressymtom varierade för män mellan 1.1 - 2.0, för kvinnor mellan 1.2 - 2.5. För hela gruppen framkom en variation av ingående stressymtom mellan 1.2 - 2.4. Det samlade medelvärdet för hela gruppen var 1.6. Den optimala variationen i en skattningsskala bör orientera sig kring det teoretiska medelvärdet som i SCI-93 [5,7] är 2.0. De mest framträdande stressymtomen var allmän trötthetskänsla, muskelsmärta, att bli lättirriterad, muskelstelhet, kalla händer och fötter, sämre minne, sömnsvårigheter, oro och rastlöshet, behov av att urinera ofta och förändrad sexuell lust (Tabell IV).

Försörjningsaspekter relaterat till totalpoäng av stressymtom (Tabell V).

Tabell V. Försörjning relaterat till totalpoäng av stressymtom enligt SCI-93 [7]

Försörjning	Medelvärde	SD	Antal
Sjukpenning, sjukersättning	39.6	16.8	51
Socialbidrag	35.4	12.8	11
A-kassa	35.3	10.1	22
Ej kodade	32.5	15.5	17
Studiemedel	30.2	10.6	50
Ålderspension	28.7	13.1	313
Föräldraledighet	28.5	9.7	23
Förvärvsarbete	28.0	10.0	592
Annat	27.6	8.0	27
Egen företagare	26.4	10.2	66
Totalt	29.0	11.6	1172

En förstärkt stressreaktion framkom bland personer som uppbar sin försörjning genom sjukpenning, sjukersättning, socialbidrag och arbetslöshetskassa. Personer som uppbar studiemedel, ålderspensionärer, föräldralediga och personer i förvärvsarbete

uppvisade på gruppnivå en stressreaktion av lindrig grad. Egna företagare redovisade väsentligen normal stressreaktion. Ju sämre egen grund för försörjning enligt variablerna i Tabell V desto kraftigare var stressreaktionen, korr.koeff.-0.09 ($p < 0,01$).

Objektiv vårdkonsumtion och stressreaktion

Kartläggning av samband mellan vårdkonsumtion och stressreaktion redovisas i Tabell VI. Numreringen av variablerna i tabellen hänvisar till variablerna i befolkningsenkäten [2].

Tabell VI. Objektiv vårdkonsumtion i relation till totalpoäng av stressymtom

Variabel (nr)	Korrelationskoefficient	p-värde
Antal läkarbesök senaste året (14)	0.34	0.001
Antal receptbelagda läkemedel dagligen (21)	0.31	0.001
Antal kontakter med paramedicinsk personal senaste året (22)	0.24	0.001
Antal kontakter med hemsjukvård senaste året (17)	0.17	0.001
Sjukskrivning med stöd av läkarintyg senaste året (20)	0.13	0.001
Inläggning på sjukhus under senaste året (15)	0.13	0.001
Antal kontakter med alternativmedicin under senaste året (23)	0.11	0.001

Fler läkarbesök var relaterat till en högre stressnivå. Ett försök att utvärdera betydelsen av antal läkarbesök senaste året för variansen av stressymtom visade en R-kvadrat (0.34²) på 0.11. Variation av stressnivå kan till 11% relateras till antal läkarbesök senaste året. Motsvarande variation av stressnivå relaterat till antal receptbelagda läkemedel var 9-10% och för kontakter med paramedicinsk personal var procentandelen mellan 5-6%. Fler antal läkemedel och fler kontakter

med paramedicinsk personal var relaterat till en högre stressnivå.

Ett förtydligande av samband mellan stressreaktion och antal läkarbesök senaste månaderna redovisas i Tabell VII. Frågan bjuds med texten: "Hur ofta har Du senaste månaderna på grund av eget behov sökt läkarkontakt?". Av tabellen framgår hur antalet läkarbesök relateras till stressreaktion och att kontakterna ökar i antal vid förstärkt stressreaktion.

Tabell VII. Procentuell fördelning av antal läkarbesök senaste månaderna i relation till nivåer av stressreaktion uttryckt som totalsumma av stressymtom

Stressreaktion	0	1-3	4-7	8-11	12-	Antal
0-25	42.2%	46.9%	8.1%	1.0%	1.8%	507
26-50	18.6%	56.6%	17.7%	5.6%	1.5%	606
51-75	1.9%	47.2%	26.4%	13.2%	11.3%	53
76-100	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1

Subjektiv hälsa/sjukdom och stressreaktion

Kartläggning av subjektiva upplevelser av aspekter på hälsa och sjukdom och samband med totalpoäng av stressymtom enligt SCI-

93 [7] (Tabell VIII). Numreringen av variablerna i tabellen hänvisar till variablerna i befolkningsenkäten [2].

Tabell VIII. Subjektiv hälsa/sjukdom i relation till totalpoäng av stressymtom

Variabel (nr)	Korrelationskoefficient	p- värde
Upplevd egen hälsa (24)	-0.47	0.001
Upplevd hälsa i relation till jämnåriga (9)	-0.34	0.001
Upplevd egen kontroll (11)	-0.34	0.001
Upplevd sjukdom/svaghet (13)	0.29	0.001
Förmodad hälsa i framtiden (10)	-0.22	0.001
Tillgång till förtrogen att tala med (12)	-0.13	0.001
Antal förväntade framtida vårdkontakter (18)	0.10	0.001
Behov av sjukvårdskontakt (19)	0.08	0.01

Stressymtom visar förhållandevis höga korrelationer till kvalitativa upplevelsevariabler av hälsa, sjukdom, egen kontroll och förmodad hälsa i framtiden.

Variation av stressreaktion kan till 20% relateras till upplevd egen hälsa och i 11% till upplevd hälsa i relation till jämnåriga. Motsvarande variation av stressreaktion relaterat till upplevd egen kontroll var 11% och till upplevd sjukdom/svaghet 7% samt förmodad hälsa i framtiden 4%. Mer av upplevd egen hälsa, upplevd hälsa i relation till jämnåriga och upplevd egen kontroll var relaterad till en lägre stressreaktion.

Tabell IX förtydligar samband mellan nivå av stressreaktion och upplevd egen hälsa. Frågan bjuds på följande sätt: "Känner Du Dig fullt frisk?"

Tabell IX. Samband mellan stressreaktion och upplevd egen hälsa - ja/nej. Stressreaktion uttrycks med totalsumma av kartlagda stressymtom

Stressreaktion	Ja	Nej	Antal
0-25	85.9%	14.1%	503
26-50	49.5%	50.5%	596
51-75	5.7%	94.3%	53
76-100		100%	1

Diskussion

En stressreaktion kan vara normal och övergående. I en del fall kan den vara förstärkt och långvarigt pågående och upplevas som ohälsa. Symtom förenliga med förstärkt stressreaktion har i upprepade undersökningar visat sig kunna få en klinisk konsekvens i form av funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och inskränkt delaktighet i sociala sammanhang [4 - 6]. En stressreaktion får därför beroende på sin karaktär olika konsekvenser vilket bör beaktas vid diskussion om förekomst och dess betydelse.

Dagens samhälle kännetecknas av att antalet stressfaktorer har ökat [8]. Individens resurs för att klara av stress försämras genom minskat socialt stöd, låg fysisk aktivitet och begränsade möjligheter till återhämtning. Attitydförändringar i samhället har även bidragit till ett hårdare socialt klimat [8].

Den genomförda kartläggningen visar att förekomst av stressreaktion i en normalbefolkning kan objektiveras. På gruppnivå framkommer att upplevd egen hälsa kan relateras till pågående stressreaktion. När det gäller antal läkarbesök de senaste månaderna framkommer däremot inte samma tydliga mönster. Bakgrunden till detta bör kunna vara att en person kan söka kontakt med läkare utan att detta förorsakas av eller leder till en stressreaktion.

Pågående stressreaktion framkommer bland 50% av männen och 60% av kvinnorna, vilket indikerar att det är ett vanligt fenomen i befolkningen. Förstärkt och långvarigt pågående stressreaktion visar på gruppnivå samband med upplevd hälsa, sjukdom, arbetsförmåga och psykosociala omständigheter. Kartläggning av stressreaktion skapar därför underlag för att identifiera hälsorisker. Förstärkt stressreaktion som kan relateras till ohälsa, utan att sjukdom har manifesterats, ger möjlighet till intervention utanför sjukvårdens ansvarsområde. I de fall en förstärkt stressreaktion förekommer samtidigt med sjukdom möjliggör en kartläggning av stressreaktion och sjukdom tillsammans en mer effektiv handläggning i kontakt med företagshälsovård och sjukvård.

Kartläggning av stressreaktion på individnivå ger möjlighet att differentiera mellan normal stressreaktion, förstärkt stressreaktion med innebörden ohälsa och långvarigt pågående förstärkt stressreaktion med klinisk konsekvens. En långvarigt pågående stressreaktion kan förklara ökad uttrötthet

het psykiskt och fysiskt, nedsatt uthållighet i aktivitet och nedsatt tolerans för stressfaktorer. Det framstår därför som angeläget att tidigt uppmärksamma förekomst av förstärkt stressreaktion hos personer som utvecklat funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och inskränkt delaktighet och engagemang i livssituationer.

För den enskilde kan kunskap om stressreaktion och dess kroppsliga manifestation leda till ökad resurs att förstå samband mellan belastning/kris och stressreaktion. Personella faktorer som bemärtningsstrategier, social bakgrund, utbildning och tidigare livshändelser påverkar upplevelse och beteendemönster. Personer med tillgång till mogna psykiska försvar [9] uppvisar mer av normal krisutveckling och normal stressreaktion jämfört med personer som gör bruk av omogna psykiska försvar.

Olika perspektiv på hälsa [10] tillämpas beroende på sammanhanget som den enskilde befinner sig i. Den teoretiska grunden för begreppet hälsa bör utvecklas genom att fokusera på individen och dess livssammanhang och se till vilka förhållanden som befrämjar eller hindrar hälsa. Detta berör individ- och omgivningsrelaterade problemområden och resurser.

Referenser

1. Välfärdsdata Kronobergs län. FoU-Meddelande 2002:1. Tryckeri Emile, Växjö 2002.
2. Pedersen C. Sjukvårdskonsumtion i två kommuner i Kronobergs län. FoU Centrum & FoU Kronoberg, 2002:3. Tryckeri Emile Växjö 2003.
3. Socialstyrelsen (1997). KLASSIFIKATION. Funktionsbegränsning, Begränsning av förmåga, Handikapp (Svensk version av WHO:s internationella handikappklassifikation ICDH, 1993). Nor-
- stedts Tryckeri AB, Stockholm.
4. Ciccone D S, Just N, Bandilla E B. Non-organic symptom reporting in patients with chronic non-malignant pain. *PAIN* 68, 1996; 3290-34.
5. Nyström C, Nyström O. Långvarig stressreaktion och arbetsförmåga. *Socialmedicinsk tidskrift* (2001); 3:252-258.
6. Krafft B, Nyström C. (2001) Psykiska försvar och stressrelaterade faktorer betydelse för utveckling av somatoformt smärtsyndrom - jämförande studie mellan patienter med icke nociceptiv smärta och patienter med långvarig nociceptiv smärta. Forskningsrapport 2:2001. Högskolan i Borås, Institutionen för vårdvetenskap.
7. Nyström C, Nyström O. Skattad stress verifierar autonom dysfunktion. *Läkartidningen* (1996); 93: 28-9.
8. Währborg P. Stress och den nya ohälsan. Bokförlaget Natur och kultur. (2002); kap. 19:280-310.
9. Krafft B, Nyström C. Hög stressnivå och omogna försvar ger ond cirkel vid långvarig smärta. *Läkartidningen* (2002); 41:4040-43.
10. SOU 2000:78 Rehabilitering till arbete – en reform med individen i centrum. Ekberg K. Arbetslivsinriktad rehabilitering - synsätt och forskningsbehov (bil.8, 543-45). Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.