

Samverkan kring återgång i arbete: var är arbetsgivarna?

Christian Ståhl

Doktorand i arbetslivsinriktad rehabilitering vid Linköpings universitet. Rikscentrum för Arbetslivsinriktad Rehabilitering, Institutionen för Medicin och Hälsa, Linköpings universitet, 581 83 Linköping. E-postadress: christian.stahl@liu.se.

De senaste decennierna har samverkan mellan myndigheter kring återgång i arbete blivit allt vanligare. Dock ignorerar de svenska samverkansstrukturerna nästan helt arbetsgivarna som samverkanspart, trots att forskningen visar att det är i samverkan med arbetsgivare som samverkan ger bäst effekt. I de fall där sjukskrivna ska rehabiliteras till sitt tidigare arbete är kontakten med arbetsplatsen avgörande, och i de fall där arbetsgivare saknas är kontakten med arbetsmarknadens parter lika central. Om arbetsgivare inte involveras i samverkan är risken därför stor att de samverkande myndigheterna ägnar sig åt att rehabilitera människor till arbeten som inte finns.

Abstract: During the last decades, cooperation between Swedish public authorities in return-to-work has become increasingly common. However, Swedish cooperation structures to a large extent ignore employers as a stakeholder in cooperation, despite research results showing that cooperation with employers is effective. Contact with the workplace is essential when sick-listed are to return to their previous work, and where there is no employer, contact with labour market stakeholders is equally important. If employers are not included in cooperation, there is a risk that the cooperating public stakeholders will rehabilitate people to non-existing employments.

Det svenska välfärdssystemet bygger på en byråkratisk struktur som utgår ifrån att sjuka är sjuka och att arbetslösa är arbetslösa. Detta avspeglas i uppdelningen av ansvarsområden mellan myndigheterna, där Arbetsförmedlingen ansvarar för de arbetslösa medan Försäkringskassan och vården tar hand om de sjuka. Verkligheten är dock inte beskaffad på det viset. Det finns människor som både är arbetslösa och sjuka, och därtill är männis-

kor mer eller mindre sjuka och har varierande grad av arbetsförmåga. Samtidigt har arbetsmarknaden utvecklats i riktning mot ökad konkurrens och ökade krav på välkvalificerad och flexibel arbetskraft, vilket ställer nya och större krav på individer.

För att kunna hantera människor som inte passar in i de byråkratiska facken krävs att välfärdsorganisationerna kan anpassa sig, såväl efter individers si-

tuation som efter arbetsmarknadens utveckling. De senaste åren har samverkan mellan myndigheter därför lyfts fram som ett av sätten att göra systemet mera individorienterat, för att därigenom bättre kunna rusta individer för arbetsmarknadens krav.

Syftet med denna artikel är att diskutera samverkan inom rehabiliteringsområdet med särskilt fokus på arbetsgivarnas roll, då dessa ofta har ignorerats som samverkanspart i såväl forskning som praktik. I artikeln argumenteras för att involveringen av arbetsgivare i de offentliga samverkanstrukturerna är en central fråga för att målen med samverkan ska kunna uppnås.

Det talas om samverkan

De senaste två decennierna har samverkan ofta lyfts fram i svensk rehabiliteringspolitik. Statsmakten har sedan 1990-talet initierat flera olika försöksverksamheter i syfte att åstadkomma en god samverkan mellan de offentliga aktörerna inom rehabilitering för att sjukskrivna ska återgå i arbete (för en översikt, se Fridolf 2003). Den bakomliggande tanken för dessa initiativ har varit att genom särskilda samverkanstrukturer fokusera tydligare på de individer som har så pass komplexa behov att de inte passar in i välfärdssystemets struktur. Dessa försöksverksamheter ledde fram till 2004 års lag om finansiell och politisk samordning (FINSAM), där strukturen fastställdes för lokala samordningsförbund mellan kommuner, landsting, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Målgruppen för samordnings-

förbunden är sjukskrivna, långtidsarbetslösa och personer som av olika anledningar har svårt att komma in på arbetsmarknaden, exempelvis ungdomar och invandrare.

Det råder förvirring i såväl retorik som praktik kring begreppet samverkan. Begreppen samverkan och samordning används ofta synonymt, trots att de står för olika saker. Axelson och Axelsson (2008) gör skillnad på huruvida den integrering som är implicit i båda begreppen sker horisontellt (mellan verksamheter) eller vertikalt (mellan beslutsnivåer). Samverkan är i enlighet med den distinktionen att betrakta som en komplex integreringsform med hög grad av såväl vertikal som horisontell integrering. Målet med samverkan är att personer från olika verksamheter konkret ska arbeta tillsammans för att uppnå gemensamma mål. Samordning sker framförallt horisontellt, med målet att verksamheter ska tydliggöra sina ansvarsområden gentemot varandra. Sett till praktisk verksamhet går dock begreppen ofta hand i hand, där samordningsförbund som regel arbetar mycket med konkret samverkan. I denna artikel diskuteras främst samverkan, vilket emellertid ofta genomförs inom ramen för ett samordningsförbund.

Effekter av samverkan

Utvärderingar och studier av de försöksverksamheter vars erfarenheter ledde fram till FINSAM ger en blandad bild av resultatet av samverkan. Försöksverksamheten SOCSAM, där Försäkringskassan, hälso- och

sjukvården och kommunerna samverkade finansiellt och politiskt i åtta testregioner, har studerats utifrån ett organisatoriskt-politiskt perspektiv. I studien konstateras att de nya samordningsstrukturerna ställer höga krav på ledning, legitimitet och innovativa lösningar, samt att lokala förutsättningar har betydelse för hur samordningsstrukturer utvecklas (Fridolf 2003). Socialstyrelsen bedömer att SOCSAM-projektet har bidragit till att tydliggöra behov och problem som kräver tvärsektoriella lösningar (Socialstyrelsen 2001), även om effekterna för individen av SOCSAM-försöket har ifrågasatts (Hultberg 2005; Hultberg 2008). Statskontorets utvärderingar av FINSAM konstaterar att samordningsförbundens insatser tycks leda till att individer får en bättre förankring på arbetsmarknaden och minskat beroende av offentliga trygghetssystem (Statskontoret 2008). Utvärderingar av samverkansförsökens effekter på organisationsnivå visar att lyckad samverkan kräver ett starkt engagemang av de medverkande organisationerna, men också att personal som samverkar inom ramen för olika projekt ofta tycker att det leder till ett tätare och mer konstruktivt samarbete (Hultberg 2005; Ståhl 2007).

Samverkansförsökens effekter på kvantitativt mätbara utfall, sjuktal exempelvis, tycks vara sparsamma, i den mån de alls kan isoleras till konkret samverkan. Effekterna på återgång i arbete och hälsa verkar likaledes oklara (Hultberg 2005). Det finns fortfarande få studier av samverkans effekter; dock antyder erfarenheter från

tidigare försök att samverkan som inte leder till ändrade arbetssätt varken tycks innebära någon nämnvärd effektivisering eller någon ökning av kvaliteten för individen (Hultberg 2005). Kärrholm (2007) konstaterar emellertid att samverkan mellan Försäkringskassan, arbetsgivare och företagshälsovård kring arbetslivsinriktad rehabilitering leder till minskat antal sjukskrivningsdagar för individen.

Sammanfattningsvis så är det svårt att påvisa någon vetenskaplig evidens kring effekterna av samverkan. Detta kan till del hänföras till generella problem med att utvärdera offentlig verksamhet av den karaktär som bedrivs av välfärdsmyndigheter, då det är svårt att avgöra vad som skulle ha skett utan den specifika insatsen eller om insatsen riktats till andra klienter (Lipsky 1980). Det kan emellertid konstateras att myndighetssamverkan kräver en hel del initiala resurser, att det tar tid att utveckla välfungerande samverkansstrukturer, samt att de samhällsekonomiska effekterna dröjer, vilket gör fenomenet än svårare att studera.

Internationella perspektiv

Även internationellt har samverkan mellan myndigheter utvecklats under de senaste åren. I såväl Norge som Danmark har myndigheterna för hantering av sjukskrivna och arbetslösa slagits samman (Kärrholm 2007). Inom EU diskuteras samverkan mellan rehabiliteringsaktörer som en väg till "flexicurity", vilket är en term som beskriver en anpassning av välfärdssystemen till en alltmer flexibel

arbetsmarknad (Bekker & Wilthagen 2008). I Sverige har man skapat särskilda enheter och positioner med ett uttalat samverkansansvar medan de flesta andra länder lägger detta ansvar på den enskilda handläggaren (Kärrholm 2007).

Internationell forskning som specifikt studerat samverkan inom rehabiliteringsområdet är sparsamt förekommande. Däremot nämns samverkan ofta som en framgångsfaktor i forskning om återgång i arbete. Denna forskning visar på evidens för att en utvecklad samverkan mellan sjukvård och arbetsplatser, exempelvis genom anpassning av arbetsplatserna, leder till färre sjukskrivningsdagar (Franche & Baril et al 2005; Franche et al 2007; Loisel et al 2002). Individens hälsotillstånd på kort sikt tycks emellertid inte förbättras av denna samverkan, men med stöd i forskning som visar på arbetets positiva hälsoeffekter (Waddell & Burton 2006) kan prognosen sägas vara bättre för dem som återkommit i aktivitet. På detta sätt undviks utslagning från arbetsmarknaden med de vinster det innebär såväl avseende individens hälsa och privatekonomi, som minskat produktionsbortfall för arbetsgivaren och samhället. Dock bör försiktighet råda när snabb återgång i arbete förespråkas, då studier av sjuknärvaro tyder på allvarliga negativa hälsoeffekter (Kivimäki et al 2005). Sannolikt ska tidig återgång i arbete sättas i relation till aktuell sjukdomsbild och typ av arbete för att en rimlig bedömning ska kunna göras kring takten på återgång.

I internationell forskning framhålls även vikten av att inte begränsa samverkan till bara sjukvård och arbetsplats, utan att även involvera individen och det offentliga ersättningssystemet för att underlätta återgång i arbete (Loisel et al 2001). Samtliga relevanta aktörer bör enligt Loisel et al (2001) komma in så tidigt som möjligt i rehabiliteringsprocessen för att erbjuda en samlad insats och för att förmedla ett koherent budskap till klienten. Vidare framhålls individens delaktighet i processen som viktig (Loisel et al 2001). Detta kan illustreras av hur klienter i Danmark lyfts in i processen för att i dialog med handläggare fastställa en resursprofil som används som ett underlag för hur individen ska kunna återgå till arbete. Detta tycks öka individernas känsla av att de beslut som tas är legitima (SOU 2008:66).

MacEachen et al (2006) noterar att det finns betydande kommunikationsproblem mellan aktörerna som är delaktiga i individens återgång i arbete, och lyfter fram intermediärer som potentiella nyckelaktörer för att få samverkan att fungera i praktiken. De svenska samordningsförbunden kan ses som ett exempel på en sådan intermediär. Flera studier har pekat på behovet av forskning om de finansiella, juridiska och kompetensmässiga aspekterna av partssamverkan (Franche & Cullen et al 2005; Loisel et al 2005).

Arbetsgivarens roll i rehabilitering

Arbetsgivarens ansvar för rehabilitering skiljer sig betydligt mellan olika länder. Den norska regeringen har stramat upp arbetsgivarnas ansvar genom att betona att rehabilitering i första hand ska ske på arbetsplatsen. Den norska välfärdsmyndigheten har som uppgift att följa upp och kontrollera att arbetsgivaren fullföljer sitt ansvar, och har möjlighet att utöva sanktioner om arbetsgivarna brister i detta (Socialförsäkringsrapport 2008:1).

I Nederländerna har arbetsgivaren ett ansvar för att tillsammans med den sjukskrivne återintegrera denne på arbetsplatsen. Därtill har arbetsgivarna en möjlighet att överklaga sjukskrivningsbeslut. Även i Finland och Slovenien har arbetsgivaren ett formaliserat ansvar för rehabilitering, där arbetsgivare kan tvingas redogöra för hur arbetsplatserna kan förändras för att underlätta återgång i arbete (de Boer et al 2004). I Finland finns också en stark tradition av förebyggande arbete på arbetsplatsen, där företagshälsovården har en framträdande roll (Socialförsäkringsrapport 2008:1).

De danska arbetsgivarna har i princip inget ansvar alls för rehabilitering, och det saknas till stor del dialog med arbetsgivaren avseende anpassningar och omplaceringar på arbetet. Istället ligger fokus på snabbast möjliga återgång i arbete genom en ökad flexibilitet i arbetsmarknadspolitiken, vilket i praktiken innebär en svagare anställningstrygghet för individen (Social-

försäkringsrapport 2008:1). Inte heller i Frankrike, Tyskland, Irland, Italien, Spanien, Storbritannien, USA eller Ryssland har arbetsgivare något formellt rehabiliteringsansvar (de Boer et al 2004).

Svenska arbetsgivare är sedan 2007 inte längre ansvariga för att göra rehabiliteringsutredningar. Deras ansvar för att finansiera och vidta åtgärder för att sjukskrivna ska återgå i arbete kvarstår (Socialförsäkringsrapport 2008:1), vilket dock är ett ansvar som de ofta inte tar (Bergendorff 2006).

I juli 2008 infördes i Sverige den s.k. rehabiliteringskedjan där sjukpenningperioden begränsades till ett år och där den sjukskrivnes arbetsförmåga ska bedömas i relation till hela arbetsmarknaden efter sex månader. Införandet av rehabiliteringskedjan syftar till tidig återgång i arbete, och genom att göra tidsramen snävare förväntas aktörerna snabbare sätta igång arbetslivsriktade åtgärder. Det finns dock ett antal frågetecken kring de praktiska konsekvenserna av rehabiliteringskedjan, exempelvis vilken hänsyn som ska tas till att olika sjukdomar kräver olika lång sjukfrånvaro, samt vilka konsekvenser rehabiliteringskedjan har för arbetsgivarnas rehabiliteringsansvar. Även om anställningsskyddet inte påverkas av rehabiliteringskedjan så innebär den sannolikt att motivationen för arbetsgivare att vidta åtgärder för att underlätta återgång i arbete minskar, då de sjukskrivas arbetsförmåga bedöms i relation till hela arbetsmarknaden redan efter ett halvår. Rehabiliterings-

kedjan innebär också att Arbetsförmedlingen får en mera framträdande roll i att matcha sjukskrivnas arbetsförmåga mot arbetsmarknaden, även om några extra insatser eller program inte införs i samband med regeländringarna (Prop. 2007/8:136). I de fall då arbeten som motsvarar individens arbetsförmåga saknas ställs sannolikt även ökade krav på kommunernas socialkontor, då socialförsäkringen inte tillåter sjukersättning av arbetsmarknadsskäl.

I samband med rehabiliteringskedjans införande ingicks också en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om att utöka företagshälsovårdens möjligheter till att arbeta med arbetsplatsanknuten rehabilitering (www.regeringen.se). Överenskommelsen innebär att företagshälsovården, med finansiellt stöd från landsting och kommun, även ska kunna bedriva sjukvård, samt att varje landsting självt ska besluta huruvida de vill ansluta sig till modellen. Tanken med att öka företagshälsovårdens ansvar är att tydligare fokusera rehabiliteringen till arbetsplatserna. I och med en utökad samverkan med företagshälsovården ska Försäkringskassan också kunna bedöma den sjukskrivnes arbetsförmåga på ett mer adekvat sätt (Prop. 2007/08:136). Förslaget om en utvidgad företagshälsovård har dock mötts av kritik, i synnerhet från företagshälsovården som markerat att den inte är beredd att ta över primärvårdens uppgifter. Vidare innebär regeringens beslut om vårdval i primärvården att en trepartsmo- dell mellan kommuner, landsting och fö-

retagshälsovård blir svår att genomföra, och hittills har inget landsting sagt ja till modellen (Dagens Samhälle nr 7, 2009).

De bortglömda arbetsgivarna

Det är intressant att notera hur den internationella forskningen fokuserar starkt på samverkan mellan sjukvård och arbetsgivare, medan den svenska samverkansforskningen mestadels ägnat sig åt samverkan mellan offentliga aktörer. Det är än mer intressant att de svenska samverkansstrukturerna nästan helt ignorerar arbetsgivarna som samverkanspart, trots att syftet med myndighetssamverkan – snab- bare återgång i arbete – sammanfaller med syftet för de samverkansformer som diskuteras internationellt.

Varför deltar inte arbetsgivarna i samverkan med myndigheter? Till denna fråga kan olika svar ges. Dels är det tänkbart att arbetsgivarnas motivation för att delta i samverkan med det offentliga i rehabiliteringsfrågor är begränsad. Som Mörtvik och Rautio (2008) påpekar så har arbetsgivare blivit allt mindre villiga att ta den risk det kan innebära att anställa personer med olika typer av hälsoproblem: arbetsgivarnas produktionslogik står ofta i kontrast till myndigheternas välfärdslogik.

En annan anledning till att arbetsgivare inte involveras i samverkan kan spåras historiskt. En av grundstenarna när den svenska modellens aktiva arbetsmarknadspolitik infördes i bör-

jan av 1900-talet var involveringen av arbetsgivare i de offentliga verksamheternas styrelser (Rothstein & Bergström 1999). Denna partsrepresentation infördes ursprungligen för att motverka konflikter mellan parterna på arbetsmarknaden, och den bidrog också till att öka den aktiva arbetsmarknadspolitikens legitimitet hos arbetsgivarna. Därtill bidrog arbetsgivarna med sin överlägsna kännedom om politikområdet och målgruppen till att göra politiken mera ändamålsenlig. Partsrepresentationen lade grunden till ett gott samarbetsklimat mellan näringslivet och de offentliga myndigheterna i arbetsmarknadspolitiska frågor. Dock beslutade Svenska Arbetsgivareföreningen (SAF) 1991 att dra tillbaka alla sina representanter från verksamhetsstyrelserna för att istället inta en mer passiv roll i rådgivande nämnder. Detta beslut benämndes av SAF som ett farväl till korporatismen, förstått som ett gemensamt beslutsfattande mellan stat och näringsliv. Enligt Rothstein och Bergström (1999) kan beslutet sägas vara en konsekvens av att staten ändrade spelreglerna för samarbetet genom att i ett antal utredningar och beslut under 1980-talet öka den statliga styrningen av arbetsmarknadspolitiken. Detta fick som följd att SAF:s inflytande i styrelserna kraftigt försämrades, vilket fick dem att omvärdera och avsluta sin medverkan. Mot denna bakgrund är det tänkbart att statsmakten i sina samverkansinitiativ varit restriktiva i att involvera arbetsgivarna eftersom det funnits en bakomliggande konflikt mellan det privata och det offentliga. Det samarbetsklimat som tidigare ex-

isterade mellan parterna finns alltså sedan SAF:s beslut och 1990-talets höga arbetslöshet inte längre kvar.

Hur ser då arbetsgivarna på sin roll i att underlätta återgång i arbete? Det har tidigare uttryckts tvivel över huruvida arbetsgivare tar sitt arbetsgivaransvar avseende aktiva åtgärder på arbetsplatsen (Bergendorff 2006). Därtill ställer arbetsmarknaden allt högre krav på individens arbetsförmåga, vilket gör det svårt för Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan att få tillbaka människor i arbete (Melén 2008). Vidare så är många arbetsgivare tveksamma till att anställa sjukskrivna och arbetslösa: endast sju procent av arbetsgivarna ser positivt på att anställa sjukskrivna (Mörtvik & Rautio 2008). Under lågkonjunktur kan den siffran antas vara än lägre. Införandet av rehabiliteringskedjan i den svenska sjukförsäkringen innebär sannolikt även att flera sjukskrivna kommer att ställas till arbetsmarknadens förfogande, vilket innebär att de hamnar sist i kön till de lediga jobben (jfr Melén i denna volym).

Enligt Melén (2008) leder situationen på arbetsmarknaden till att de offentliga myndigheterna står inför ett val, där de kan välja mellan att låta människor lämna arbetslivet via sjukersättning, att rehabilitera dem till obefintliga arbeten, eller att skapa anställningar med stöd av lönebidrag. I de samverkansstrukturer som skapats det senaste decenniet är inriktningen klar: människor ska i första hand tillbaka till den reguljära arbetsmarknaden. Detta innebär att arbetsgivarnas

syn på arbetsförmåga blir central, och den påverkas till stor del av arbetsmarknadsläget och vilka förmågor som för närvarande efterfrågas. Individens bedöms därmed i förhållande till om dennes arbetsförmåga gör honom eller henne anställningsbar snarare än huruvida han eller hon kan arbeta. Med hänsyn taget till de komplexa besvär många sjukskrivna människor har förefaller därför risken stor att samverkan som inte inkorporerar arbetsgivarna kommer att inriktas mot Meléns andra alternativ: att rehabilitera människor till obefintliga arbeten (jfr. Grape 2001).

Slutsatser

Utländska studier visar på evidens för att samverkan mellan offentliga rehabiliteringsaktörer och arbetsgivare förkortar sjukskrivningar. Motsvarande svenska studier är emellertid fortfarande sparsamt förekommande. Den svenska samverkansforskningen har i huvudsak följt den samverkanspraxis som utvecklats, och där lyser arbetsgivare med sin frånvaro. Frågan om att involvera arbetsgivare är således påtagligt frånvarande såväl i statliga utredningar som i utvärderingar och studier av samverkansinitiativ. Effekterna av samverkan mellan offentliga myndigheter kring rehabilitering är fortfarande oklara, något som dels kan härröras till generella metodproblem i att studera effekter av offentlig verksamhet, och dels till att effekterna troligen är långsiktiga och därmed svåra att mäta.

De svenska exemplen på interorganisatorisk samverkan utgör emellertid en intressant form, speciellt i ljuset av internationell forsknings efterlysningar av fler studier av finansiella, juridiska och kompetensmässiga aspekter av samverkan. Interorganisatoriska aktörer, exempelvis samordningsförbund, har potential att fungera som den typ av intermediärer som efterfrågats för att förbättra kommunikationen mellan samverkande aktörer. Om arbetsgivare involverades tydligare i samverkan skulle denna potential sannolikt växa ytterligare.

Det saknas också studier av politikens och konjunktorens effekter för möjligheterna till samverkan. Regeländringar i sjukförsäkringen och omorganisationer hos såväl Försäkringskassan som Arbetsförmedlingen påverkar myndigheternas och samordningsförbundens handlingsutrymme. Även den samhällsekonomiska situationen kan antas ha en direkt påverkan på möjligheterna till samverkan. Arbetsgivares tveksamhet till att anställa sjukskrivna ökar troligen ytterligare i en lågkonjunktur. Det är rimligt att tro att också motivationen för arbetsgivare att medverka i rehabiliteringssamverkan minskar i dåliga tider.

Mot bakgrund av dessa slutsatser kan det konstateras att arbetsgivarna utgör såväl problemet som lösningen kring en fungerande samverkan inom återgång i arbete. I de fall där sjukskrivna ska rehabiliteras till sitt tidigare arbete är kontakten med arbetsplatsen avgörande, och i de fall där arbetsgivare

saknas är kontakten med arbetsmarknadens parter lika central.

För att genom samverkan förbättra möjligheterna för sjukskrivna att återgå i arbete bör fokus således ligga på att utveckla nya innovativa arbetsformer som involverar arbetsgivare, såväl genom strukturella överenskommelser som i enskilda fall. Att även fortsättningsvis ignorera arbetsgivarna som samverkanspart innebär sannolikt att förutsättningarna för att samverkan ska leda till återgång i arbete inte kommer att förbättras. Internationell forskning pekar på vikten av att inkludera alla relevanta aktörer i individens rehabilitering, där såväl samverkan som delaktighet utgör nyckelord för att återgången till arbete ska bli hållbar. En sådan utveckling skulle sannolikt också bidra till att minska risken för att myndigheterna ägnar sig åt att rehabilitera människor till arbeten som inte finns.

Referenser

- Axelsson, R. & S. B. Axelsson (2008): "Samverkan och folkhälsa – begrepp, teorier och praktisk tillämpning" i R. Axelsson & S. B. Axelsson (red.): Folkhälsa i samverkan: mellan professioner, organisationer och samhällssektorer, Lund: Studentlitteratur.
- Bekker, S. & T. Wilthagen (2008) 'Europe's Pathways to Flexicurity: Lessons Presented from and to the Netherlands', *Intereconomics* 43(2), 68-73.
- Bergendorff, S. (2006): Rehabilitering – ett långt lidandes historia, Samtal om socialförsäkring nr 10, Stockholm: Socialförsäkringsutredningen.
- Dagens Samhälle nr 7, 2009: "Bakläxa för utvidgad företagshälsovård", 2009-02-26.
- de Boer, W.E.L., V. Brenninkmeijer & W. Zuidam (2004): Long-term disability arrangements: A comparative study of assessment and quality control. Hoofddorp: TNO Work and Employment.
- Fridolf, M. (2003): Finansiell och politisk samordning i den lokala välfärden: En ny politisk arena för gemensam prioritering mellan huvudmän, Göteborg: CEFOS, Göteborgs universitet.
- Franché, R.-L., K. Cullen, J. Clake et al (2005): "Workplace-Based Return-to-Work Interventions: A Systematic Review of the Quantitative Literature", *Journal of Occupational Rehabilitation* 15 (4), 607-631.
- Franché, R.-L., R. Baril, W. Shaw et al (2005): "Workplace-based return-to-work interventions: Optimizing the role of stakeholders in implementation and research", *Journal of Occupational Rehabilitation* 15 (4), 525-542.
- Franché, R.-L., C. N. Severin, S. Hogg-Johnson et al (2007): "The Impact of Early Workplace-Based Return-to-Work Strategies on Work Absence Duration: A 6-Month Longitudinal Study Following an Occupational Musculoskeletal Injury", *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 49 (9), 960-974.
- Grape, O. (2001): Mellan morot och piska: En fallstudie av 1992 års rehabiliteringsreform, Umeå: Umeå universitet.
- Hultberg, E.-L. (2005): Co-financed collaboration between welfare services: effects on staff and patients with musculoskeletal disorders, Göteborg: Institutionen för socialmedicin, Göteborgs universitet.
- Hultberg, E.-L. (2008): "Effekter av samverkan på vårdkvalitet och rehabiliteringsresultat" i R. Axelsson & S. B. Axelsson (red.): Folkhälsa i samverkan: mellan professioner, organisationer och samhällssektorer, Lund: Studentlitteratur.
- Kivimäki, M., J. Head, J. E. Ferrie et al (2005): "Working while ill as a risk factor for serious coronary events: The whitehall II study", *American Journal of Public Health* 95 (1), 98-102

tema

- Kärholm, J. (2007): Co-operation among rehabilitation actors for return to working life, Stockholm: Karolinska Institutet.
- Lipsky, M. (1980): Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services, New York: Russell Sage Foundation.
- Loisel, P., M-J. Durand, D. Berthelette et al (2001) "Disability prevention: New paradigm for the management of occupational back pain", Disease Management and Health Outcomes 9 (7), 351-360.
- Loisel, P., J. Lemaire, S. Poitras et al (2002): "Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management: A six year follow up study", Occupational and Environmental Medicine 59 (12), 807-815.
- Loisel, P., R. Buchbinder, R. Hazard et al. (2005): 'Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: The challenge of implementing evidence', Journal of Occupational Rehabilitation, 15(4), 507-524.
- MacEachen, E., J. Clarke, R-L. Franche et al (2006): "Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury", Scandinavian Journal of Work, Environment and Health 32 (4), 257-269.
- Melén, D. (2008): Sjukskrivningssystemet: Sjuka som blir arbetslösa och arbetslösa som blir sjukskrivna, Lund: Lunds universitet.
- Mörtvik, R. & K. Rautio (2008): Jakten på superarbetskraften fortsätter! En analys av in- och uteläsnings på svensk arbetsmarknad, Stockholm: TCO.
- Prop. 2007/08:136: En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete. Socialdepartementet.
- Rothstein, B. & J. Bergström (1999): Korporatismens fall och den svenska modellens kris, Stockholm: SNS Förlag.
- Socialförsäkringsrapport 2008:1: Nordiska strategier för att begränsa sjukfrånvaro, Stockholm: Försäkringskassan.
- Socialstyrelsen 2001: SOCSAM – försök med politisk och finansiell samordning. En slutrapport. Finansiell samordning, 2001:1.
- SOU 2008:66: Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder.
- Statskontoret 2008:16: Effekter av Finsam? Stockholm: Statskontoret
- Ståhl, C. (2007): Resursteam som samverkansform: Ett personalperspektiv, IHS Rapport 2007:3, Linköping: Rikscentrum för arbetslivsriktad rehabilitering, Linköpings universitet.
- Waddell, G. & A. K. Burton (2006): "Is work good for your health and wellbeing?", Occupational Health Review (124), 30-31.