

## Socialförsäkringsforskning och dess nesor: Staffan Marklund

*Kristina Alexanderson, professor i socialförsäkring, Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet*

Socialförsäkringen är ett synnerligen brett område och inkluderar bl.a. ålderspensionerna, sjukförsäkringarna och familjeförsäkringarna. Av dessa områden har professor Staffan Marklund, med sin bakgrund i sociologi, socialpolitik och arbetslivsforskning, framförallt fokuserat på de försäkringar som berör personer i arbetsför ålder, såsom sjukfrånvaro, arbetsskador och sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare kallat förtidspension). Inom dessa socialförsäkringar finns också de ärenden som kan innebära mycket komplicerade individuella bedömningar om rätt till ersättning eller andra åtgärder.

### **Forskaren Staffan Marklund**

Staffan Marklund har forskat inom många olika områden, såsom socialförsäkringar, rehabilitering och arbetslivet. I den här boken uppmärksammar vi särskilt Staffans insatser när det gäller socialförsäkringsforskning. Staffan har varit en pionjär och haft en central roll för utvecklingen av denna forskning i Sverige. Detta har skett genom de olika studier han, under många decennier, gjort inom området och via de doktorander han har handlett, men även på de många sätt han aktivt uppmuntrat och stöttat många att forska inom fältet. Han har dessutom ofta medverkat till tvärvetenskaplig samverkan inom området. Ett bland många exempel på detta är det så kallade SAFIR-samarbetet mellan fyra myndigheter; Arbetslivsinstitutet, Statens folkhälsoinstitut, Riksförsäkringsverket och Institutet för psykosocial medicin som resulterade i två viktiga antologier [1, 2].

Som framgår av flera av de andra kapitlen i denna bok, har Staffan genomgående haft ett ifrågasättande vetenskapligt förhållningssätt. Detta har inneburit att han i stor utsträckning och i många sammanhang inspirerat till och främjat en nödvändig öppenhet i diskussioner om socialförsäkringarna. Han har haft en central roll i att främja vetenskaplighet inom Försäkringskassan, Riksförsäkringsverket och andra organisationer. Ett exempel är de, för området så viktiga, så kallade Umeå-seminarierna<sup>1</sup>, där han under många år ingick i planeringsgruppen. Ett annat exempel är hans medverkan i Försäkringskassaförbundets forskningskommitté, där vi under flera år samlade forskningsintresserade och direktörer från landets försäkringskassor till tvådagarsseminarier, med syfte att utveckla ett vetenskapligt förhållningssätt i projekt som bedrevs vid flera av landets försäkringskassor, innan dessa år 2005 slogs samman med Riksförsäkringsverket till en gemensam myndighet, Försäkringskassan.

Staffan har under sitt yrkesliv varit mycket aktiv inom många områden, både vad gäller forskning, forskarutbildning och undervisning – och även med universitetens så kallade tredje uppgiften, dvs. med att på olika sätt samverka med det omgivande samhället.

### *Några rader om Staffan Marklunds forskarkarriär*

Staffan disputerade 1975 i sociologi vid Umeå universitet, blev docent 1983 och professor i sociologi med inriktning mot socialpolitik år 1989, i Umeå<sup>2</sup>. Han har hunnit vara gästforskare vid flera universitet i USA, Australien och Kanada. Han har även arbetat vid Riksförsäkringsverket, Stockholms universitet, under många år vid Arbetslivsinstitutet och är

---

<sup>1</sup> Forskarseminarier om socialförsäkringen, som varar två dagar och 100 personer, en blandning av forskare, praktiker och politiker, kan delta. Arrangerades initialt av Centralförbundet för socialt arbete (SCA), Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS), Försäkringskassaförbundet, Västerbottens läns allmänna försäkringskassa och Riksförsäkringsverket, sedan 2005 av SCA, FAS och Försäkringskassan.

<sup>2</sup> För en mer detaljerad CV, se [www.ki.se/im](http://www.ki.se/im) >Gruppmedlemmar >Staffan Marklund

för närvarande senior professor vid Sektionen för försäkringsmedicin vid Karolinska Institutet.

Staffan har en omfattande produktion, med mer än 130 publikationer, varav 28 artiklar i internationella och 7 i svenska vetenskapliga tidskrifter, 6 böcker, 36 kapitel i antologier och 25 forskningsrapporter. Han har hittills handlett 18 doktorander till disputation, varav 13 som huvudhandledare – flera av dem är nu själva professorer i olika områden.

Staffan har under åren lett många forskningsprojekt samt ett omfattande FAS-finansierat forskningsprogram: "Organisationsförändring och arbetsrelaterad hälsa"<sup>3</sup>. Staffan har även arbetat mycket med undervisning på olika nivåer, i Sverige och internationellt. I detta sammanhang vill jag särskilt poängtera hans undervisning i försäkringsmedicin, där han de senare åren även medverkat i att starta upp ett magisterprogram [3] samt en tre terminer lång vidareutbildning på deltid i försäkringsmedicin vid Karolinska Institutet. Båda utbildningarna är för specialistutbildade läkare från hela landet och de första av sitt slag i Sverige<sup>4</sup>.

Hans många förtroendeuppdrag inkluderar medlemskap i många styrelser (bland annat den för Riksförsäkringsverket), internationella organisationer, forskningsråd och i redaktionsråd för vetenskapliga tidskrifter, chefsuppdrag, redaktör för vetenskapliga tidskrifter och sakkunnig i bedömning av olika typer av ansökningar. Ett viktigt förtroendeuppdrag är att sedan 2004 ingå i den regionala forskningsetiska kommittén i Stockholm.

*Vi var imponerade*

Första gången jag träffade Staffan var för drygt 20 år sedan. Vi var två doktorander vid Socialmedicinska avdelningen, Linköpings universitet som bjöd in honom till ett seminarium om ett sjukfrånvaroprojekt som vi då jobbade med. Och han kom! Inte bara det – han lyssnade till oss, tog våra frågeställningar på allvar och uppmuntrade oss i projektet. Vi var mycket imponerade! Kännetecknande för Staffan är att han generöst delar med sig av sina tankar, erfarenheter och kritik och har därigenom kommit att spela en stor roll för många juniora och seniora forskare så väl som praktiker. Sedan dess har jag många gånger deltagit i tvärvetenskapliga sammanhang tillsammans med Staffan; bland forskare, studenter, tjänstemän eller politiker. Det har alltid varit inspirerande och givande diskussioner med stor öppenhet för olika teoretiska och empiriska perspektiv, präglade av prestigelöshet.

Jag är mycket tacksam över att ha haft förmånen att ha kontakt och att samarbeta med Staffan under merparten av den tid jag varit involverad i forskning - och av att få ha Staffan som vän! Lika generös som Staffan är med tankar och råd i akademiska sammanhang, lika generös är han med detta i mer personliga sammanhang. Jag har under åren haft många trevliga stunder med Staffan och jag hoppas även på kommande år med Staffan som kollega och som vän!

En positiv effekt av nedläggningen av Arbetslivsinstitutet var för min del att Staffan valde att lägga sin professur hos oss och bli en i forskargruppen "Sjukfrånvaro, hälsa och livsvillkor" vid Sektionen för försäkringsmedicin vid Karolinska Institutet. Det har varit en stor fördel för mig att ha en 'akademisk räv' med lång erfarenhet från olika akademiska sammanhang och chefspositioner att bolla olika akademiska frågeställningar med!

### **Försörjningsförmåga och sjukdom**

Varje samhälle, vare sig det består av en klan på 100 personer eller en nation av hundratals miljoner människor, har att hantera vissa förhållanden. Ett av dem är att inte alla kan arbeta

---

<sup>3</sup> Mer information finns på [www.ki.se/im](http://www.ki.se/im) >Forskningsprogram samt på: <http://www.fas.se/sv/Projektkatalog/?arende=11462>

<sup>4</sup> Mer information finns på [www.ki.se/im](http://www.ki.se/im) >Utbildning.

eller försörja sig själva, på grund av sjukdom, skada eller mycket låg alternativt hög ålder. Ett annat är att hantera personer som är sjuka eller skadade.

I varje samhälle söks förklaringar till att sjukdom eller skada uppstår och metoder att bota eller lindra dem. Förklaringar, dvs. teorier om vad som orsakar sjukdom eller skada, varierar mycket över tid och mellan olika samhällen. Exempel på sådana förklaringar är onda andar, 'onda ögat', gener, guds straff för egna synder eller för förfäders synder (arvssynd), bakterier och virus, livsstil respektive exponeringar i omgivningen.

I vårt samhälle lägger vi mycket resurser på att förebygga, diagnosticera, bota, rehabilitera och lindra sjukdomar och skador. Alla har, enligt vår hälso- och sjukvårdslag, rätt till en "god vård på lika villkor". Vi har inrättat institutioner som kvalitetsgranskar den vård som erbjuds och kompetensen hos de som utövar sjukvård. Baserat på en biomedicinsk vetenskaplig modell lägger vi stora resurser på att utveckla kunskap om bästa vård och bästa sätt att förebygga sjukdomar och skador. Under de senare decennierna har det blivit alltmer tydligt att den tidigare dominerande biomedicinska modellen behöver kompletteras med en psykosocial modell och vi pratar alltmer om ett biopsykosocialt perspektiv. En omfattande forskning pågår för att generera mer och bättre kunskap, vid universitet, inom hälso- och sjukvården, läkemedelsbolag och andra organisationer.

När det gäller att hantera att vissa vuxna (tidvis eller permanent) inte kan försörja sig själva på grund av sjukdom, skada eller ålder, har olika lösningar praktiserats över årtusenden. I industrisamhällen har olika typer av försäkringsmässiga lösningar blivit vanliga [4-9]. Historiskt började detta ofta med att några personer, ofta ett hundratal, gick samman och varje månad betalade en del av sin lön till en gemensam pott. När någon av medlemmarna inte kunde arbeta pga. sjukdom eller skada fanns det möjlighet att få ersättning en viss tid. Ersättningen var inte speciellt hög, kriterierna för att vara berättigad till ersättning var strikta, ofta både vad det gällde arbetsförmåga och livsstil, liksom kontrollen av om de uppfylldes.

I Sverige organiseras nu sådana försäkringar i stor utsträckning av samhället [10-13], i den så kallade socialförsäkringen, som är en viktig del av det svenska trygghetssystemet och syftar till att ge ekonomisk trygghet under livets olika skeden. Den ger ekonomiskt skydd för familjer och barn, för personer med funktionsnedsättning samt vid sjukdom, arbetsskada och ålderdom.

### **Socialförsäkringsforskning**

När det gäller vård av enskilda personer i sjukvården, liksom när det gäller insatser för att förebygga sjukdom eller skada, skall dessa baseras på 'vetenskap och beprövad erfarenhet'. Eftersom antalet vetenskapliga medicinska studier är mycket stort och ökar varje år, är det svårt för enskilda vårdgivare att hålla sig uppdaterade om de senaste rönen, särskilt som kvalitén på de olika studierna kan variera mycket och inte alltid är lätt att bedöma. Därför har vi infört särskilda metoder för att systematiskt kunna sammanställa resultat från de studier som har god vetenskaplig kvalitet, för att fastställa om det föreligger så kallad vetenskaplig evidens för t.ex. en viss behandlingsmetod [14, 15]. Som medborgare ska vi vara tillförsäkrade att den vård vi får baseras på den bästa kunskapen.

När det gäller socialförsäkringarna, vare sig det gäller deras utformning eller praktiska tillämpning, har detta inte alls beforskats i samma omfattning, vilket innebär att detta i dagsläget inte kan baseras på vetenskaplig kunskap på samma sätt som inom hälso- och sjukvård.

Hälso- och sjukvården står i Sverige för tio procent av bruttonationalprodukten (BNP) medan socialförsäkringarna, när även ålderspensionssystemet inräknas, står för drygt 12 procent av Sveriges BNP.

Hälso- och sjukvården har en mycket stor betydelse för individers livssituation liksom för hur samhället i stort fungerar. På samma sätt har socialförsäkringarna och hur de tillämpas en synnerligen stor betydelse för enskilda individers livssituation liksom för hur företag, kommuner och samhället i stort fungerar. Därför är det centralt att såväl sjukvård som hantering av socialförsäkringsärenden kan baseras på vetenskaplig kunskap, snarare än på tro och tyckande.

Förutsättningarna för att få sådan kunskap är dock mycket begränsade. Förhållandet mellan forskning inom sjukvård kontra socialförsäkringen är synnerligen skevt. Till exempel finns det i Sverige cirka 1000 professorstjänster och ännu fler lektorstjänster i medicin. I socialförsäkring/försäkringsmedicin finns det idag *tre* professorer och inga lektorat. Samtliga dessa tre professorer initierades under 2000-talet och inledningsvis, under sex år vardera, finansierats av Forskningsrådet för arbetsliv och socialförsäkring (FAS), som uppmärksammat detta som ett mycket underbeforskat område.

Även när det gäller forskningsmedel ser förhållandet ut på motsvarande sätt, dvs. mycket begränsade medel går till socialförsäkringsforskning. När det gäller sjukförsäkringen är detta särskilt tydligt.

När det inte finns karriärvägar, lektorat och professorstjänster som unga forskare kan se en möjlighet att söka senare i sin karriär, minskar incitamentet betydligt att satsa på detta område. Några forskare engagerar sig ibland i socialförsäkringsforskning, inom ramen för andra tjänster, baserat på eget intresse – Staffan Marklund är ett sådant exempel. Statsmakterna kan dock för närvarande inte förlita sig på att det finns metodologisk och teoretisk vetenskaplig kompetens inom detta viktiga område för välfärdssamhället.

### **Sjukfrånvaroforskning**

Att sjukskriva en patient är en mycket vanlig åtgärd i svensk sjukvård, en åtgärd som enligt Socialstyrelsen ska baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet på samma sätt som andra åtgärder [16, 17]. Med nuvarande kunskapsläget är detta dock inte möjligt. Vilka är t.ex. de eventuella negativa respektive positiva konsekvenserna av sjukfrånvaro – och av alternativet, dvs. 'sjuknärvaro' - för en viss patient, med en viss ålder, arbete, sjukdom respektive skada? Hur snart uppkommer eventuella 'biverkningar', hur kan man identifiera respektive motverka dem? Om detta finns det i princip ingen evidensbaserad kunskap [18] och det är ett svårbeforskat område. Det är t.ex. inte självklart hur man ska designa en studie som särskiljer konsekvenser av att vara sjukskriven p.g.a. en viss sjukdom en viss tid och på hel- eller deltid, från konsekvenserna av själva sjukdomen. Det har tidigare även funnits ett motstånd mot randomiserade kontrollerade studier inom sjukförsäkringsområdet – detta verkar dock minska nu, vilket kan möjliggöra studier av god kvalitet.

Sjukfrånvaro är mycket komplext och multifaktoriellt, där samspel mellan individfaktorer, arbetsliv, försäkring, sjukvård, lokalsamhället och samhället i stort har betydelse [4, 18-20]. Det finns många hypoteser om dessa samspel, men mycket få vetenskapliga studier har gjorts där faktorer från olika sfärer och olika strukturella nivåer beaktas samtidigt. Studier om sjukfrånvaro (tidsbegränsad och permanent) har gjorts inom olika vetenskapliga discipliner (Figur 1). Eftersom så många faktorer spelar roll, krävs ofta tvärvetenskapliga studier, där teorier och metoder från olika håll används. Studier behövs också från olika perspektiv, dels de som framgår i Figur 1, t.ex. ur ett barnperspektiv, den försäkrades perspektiv, handläggarperspektiv, försäkringsperspektiv, samhällsperspektiv. Dessutom ur t.ex. ett genusperspektiv eller hälsoperspektiv. Av de olika områden som studeras, har flest studier gjorts inom det första, dvs. riskfaktorer för sjukfrånvaro eller sjuk- och aktivitetsersättning. Det femte i Figur 1, metod och teoristudier är mycket eftersatt. Det finns nu t.ex. cirka 60 olika mått på sjukfrånvaro i litteraturen, och sättet att mäta sjukfrånvaro i sig påverkar resultaten.

Enligt vissa mått har t.ex. kvinnor högre sjukfrånvaro i psykiska diagnoser, enligt andra mått har män högre sjukfrånvaro, baserat på samma data [18, 21, 22]. Andra aspekter här är hur olika begrepp definieras och mäts, såsom hälsa, sjukdom, funktion, arbetsförmåga, aktivitet [23-26].

Flera statliga offentliga utredningar [27-34], liksom Statens Beredning för medicinsk Utvärderings (SBU:s) systematiska genomgång av forskningen om sjukfrånvaro 2003 [18] och andra översikter [35-37] har visat att *det vetenskapliga kunskapsunderlaget angående olika aspekter av socialförsäkringarna, speciellt sjukfrånvaro, är mycket rudimentärt* – inte minst i jämförelse med de forskningssatsningar som görs inom andra jämförbara områden. I bl.a. SBU-rapporten framkom t.ex. att antalet studier av god kvalitet var förvånansvärt lågt.

Vad som studeras	Studiedesign	Vetenskaplig disciplin	Perspektiv som tas i studien	Strukturell nivå de studerade faktorerna finns på	Diagnos
1. Riskfaktorer för sjukfrånvaro 2. Konsekvenser av att vara sjukskriven 3. Vad hindrar/främjar återgång i arbete 4. Sjukskrivningspraxis (t.ex. bland läkare, handläggare) 5. Metoder, teorier	Tvärsnitt, longitudinell, RCT, CT  Material: Makrodata Individdata (population, anställda, patienter, sjukskrivna) Intyg Dokument etc	-Antropologi -Ekonomi -Filosofi -Historia -Juridik -Management -Medicin -Psykologi -Sociologi	-Individens -Familjens - Arbetsgivarens - Professionellas -Sjukvård -FK:s -Lokalsamh. -Samhällets	-Individ (fysisk, psykisk, beteende, social) -Familj -Arbetsplats -Lokalsamh. -Nationell -Internat.	Alla  Musk. Psyk. CVD Cancer MS etc

Figur 1. Sammanställning av kategorier som sjukfrånvarostudier kan karakteriseras utifrån.

SBU konstaterade att forskningsområdet ännu är synnerligen outvecklat, både vad avser teorier, begrepp och vetenskapliga metoder [18]. Det finns ytterst lite evidensbaserad kunskap, och den kunskap som finns är ännu på en så generell nivå att den ofta inte kan ligga till grund för åtgärder, varken i enskilda ärenden eller för mer övergripande policybeslut.

Detta innebär att de som har att fatta beslut inom sjukförsäkringen till stor del saknar *vetenskapligt* kunskapsunderlag för dessa beslut – vare sig detta gäller individuella ärenden inom t.ex. hälso- och sjukvård, Försäkringskassa eller på arbetsplatser – eller på organisationsnivå, såsom på en arbetsplats, i samverkan mellan myndigheter inom en kommun, eller på riksdags- och regeringsnivå.

### Utbildning

På samma sätt saknas huvudsakligen vetenskapligt kunskapsunderlag för den utbildning som ges personer som skall arbeta inom området, t.ex. läkare i hälso- och sjukvård respektive handläggare och andra befattningshavare verksamma inom Försäkringskassan. I Sverige anser vi att akademisk utbildning skall vara forskningsanknuten och bedrivs av lärare med vetenskaplig erfarenhet inom sitt

undervisningsområde. Ett mål måste vara att detta kan genomföras även inom sjukförsäkringens olika områden.

Tjänstemän längst ut i samhällets organisationer, de som i mötet med medborgare har att se till att begränsade resurser fördelas i enlighet med demokratiskt fattade politiska beslut, kallas ibland gräsrotsbyråkrater [38-40]. Sådana tjänstemän kan idag vanligen basera sitt arbete på en akademisk yrkesutbildning. Detta gäller t.ex. socialsekreterare, poliser, läkare, sjuksköterskor, psykologer, sjukgymnaster och arbetsterapeuter, där det finns väl etablerade akademiska utbildningar. Det saknas dock en sådan utbildning för tjänstemän inom Försäkringskassan. Idag har alltför få av de handläggare som anställs inom Försäkringskassan en akademisk utbildning. Denna är dock sällan avpassad för den typ av kunskaper, färdigheter och förhållningsätt som arbetet inom Försäkringskassan kräver. Även här behövs en förändring.

*Vad behövs?*

Det största problemet idag när det gäller socialförsäkringsforskning, och särskilt vad gäller forskning om sjukförsäkringarna, är den *mycket kortsiktiga och fluktuerande finansieringen!* Detta medför stora problem med att rekrytera respektive behålla duktiga forskare inom området. Det behövs långsiktiga tjänster och forskarmiljöer för att bevara och vidareutveckla den teoretiska och metodologiska kompetens inom området liksom internationella kontakter.

För närvarande bedrivs merparten av sjukfrånvaroforskningen i projektform, där forskningsanslag beviljats för ett till tre år. Det innebär att undervisning, metodutveckling, osv. inte kan genomföras inom ramen för de riktade projektanslagen.

För några år sedan gjorde en internationell utvärderingsgrupp, på uppdrag av FAS och Statens Folkhälsoinstitut, en omfattande utvärdering av svensk folkhälsoforskning [41]. Utvärderingsgruppen framhöll särskilt att investeringar behövs i nya forskningsområden och identifierade fyra områden som behöver speciell uppmärksamhet. Sjukfrånvaro var ett av dessa fyra. Vidare rekommenderade utvärderarna att multidisciplinära forskargrupper inom det området finansieras längre än de vanliga sex åren, för att de skall kunna få en chans att etableras.

FAS och dess föregångare, Delegationen för social forskning och Socialvetenskapliga forskningsrådet, har tidigt varit medvetna om detta [42-47]. Även i den forskningsstrategi som FAS nyligen fick i uppdrag att ta fram vad gäller Socialdepartementets politikområden hälsa och välfärd, nämns försäkringsmedicin särskilt som ett viktigt område att satsa på [42].

Forskningen om sjukfrånvaro är knapp även i andra länder och för närvarande befinner sig Sverige i den internationella forskningsfronten inom området, en position vi bör försöka behålla. Även för detta behövs långsiktighet vad gäller miljöer och resurser.

Samhället och statsmakterna behöver tillförsäkra sig såväl vetenskapligt baserade resultat som tillgång till personer med vetenskaplig kompetens inom sjukfrånvaroområdet och socialförsäkringarna i stort, både när det gäller att få underlag för att fatta beslut och när det gäller undervisning av centrala aktörer i sjukskrivningsprocessen, såsom läkare och handläggare på Försäkringskassan.

För att åstadkomma detta behövs forskartjänster och långsiktig finansiering av forskningsenheter som har kompetens och forskningsaktivitet på hög nivå.

I avvaktan på att vi får mera långsiktiga forskningsmiljöer inom rådet har det varit och är centralt med eldsjälarna, som Staffan Marklund, som driver forskningen och kunskapsutvecklingen framåt. Varmt tack för att du gjort och gör detta!

## Referenser<sup>5</sup>

1. Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron - sanning och konsekvens. Sandviken: Statens folkhälsoinstitut. 2004.
2. Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron; problem och lösningar. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2005.
3. Alexanderson K. Det första magisterprogrammet i försäkringsmedicin. In: Haglund BJA, editor. Försäkringsmedicin - i gränssnittet mellan medicin och försäkring. Stockholm: Socialmedicinsk tidskrift; 2009. 518-28.
4. Alexanderson K. Sickness absence in a Swedish county, with reference to gender, occupation, pregnancy and parenthood [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköpings universitet; 1995.
5. Alexanderson K. Hälsa och försörjningsförmåga i kristider. I: Wijkström F, editor. Idéer för framtiden Tankar på vägen in i det nya sparbankslandet. Stockholm: SparbanksAkademin; 2010, sid. 174-95.
6. Järvholm B, Olofsson C, editors. Försäkringsmedicin. Lund: Studentlitteratur; 2006.
7. Stone D. The disabled state. Philadelphia: Temple University Press; 1984.
8. Brorsson J-Å. Socialförsäkringen och försäkringskassan - i ett historiskt perspektiv. Socialmedicinsk tidskrift. 2000;6:505-15.
9. Carlson G. Idén fick sin lyftning i fanan. Om sjukförsäkringshistoria i Göteborg. Borås: Sjuhäradsbygdens tryckeri; 2002.
10. Esping-Andersen G. The Three Worlds of Welfare Capitalism. Cambridge: Polity Press; 1990.
11. Esping-Andersen G. Why we need a new welfare state. Oxford: Oxford university press; 2002.
12. Lindqvist R. Från folkrörelse till välfärdsbyråkrati. Det svenska sjukförsäkringssystemet utveckling 1900-1990. Lund: Studentlitteratur; 1990.
13. Lindqvist R, Marklund S. Forced to work and liberated from work. A historical perspective on work and welfare in Sweden. Scandinavian Journal of Social Welfare. 1995;4:224-37.
14. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok. Version 2012-02-03. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2012.
15. [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org).
16. Sjukskrivningsprocessen i primärvården, Återföring av tillsynsbesök 2004. Stockholm: Socialstyrelsen. 2005.
17. Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 - sammanfattande slutsatser. Stockholm: Socialstyrelsen. 2006.
18. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU)167. 2003.
19. Alexanderson K. Sickness absence; a review of performed studies with focus on levels of exposures and theories utilized. Scandinavian Journal of Social Medicine. 1998;26(4):241-9.
20. Loisel P, Buchbinder R, Hazard R, Keller R, Scheel I, van Tulder M, Webster B. Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. J Occup Rehabil. 2005 Dec;15(4):507-24.
21. Hensing G, Alexanderson K, Allebeck P, Bjurulf P. Sick-leave due to psychiatric disorder: higher incidence among women and longer duration for men. British Journal of Psychiatry. 1996;169(6):740-6.
22. Hensing G, Alexanderson K, Allebeck P, Bjurulf P. How to measure sickness absence? Literature review and suggestion of five basic measures. Scandinavian Journal of Social Medicine. 1998;26(2):133-45.

---

<sup>5</sup> Urval av många möjliga

23. Wikman A, Marklund S, Alexanderson K. Illness, disease, and sickness absence, an empirical test of differences between concepts of ill health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2005;59:450-4.
24. Nordenfelt L. On medicine and health enhancement - Towards a conceptual framework. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 1998(1):5-12.
25. Nordenfelt L. Aktivitet, delaktighet och ICF. *Socialmed tidskrift*. 2002(6):515-9.
26. Medin J, Alexanderson K. Begreppen Hälsa och Hälsofrämjande - en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur; 2000.
27. Försäkringsmedicinskt Centrum - utredningar i socialförsäkringens tjänst. Stockholm: Socialdepartementet; SOU:2000:5.
28. Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga: FritzesSOU:2009:89.
30. Sjukfrånvaro och sjukskrivning - fakta och förslag. Slutbetänkande av Sjukförsäkringsutredningen. Stockholm: Socialdepartementet;SOU:2000:121.
31. Rehabilitering till arbete. En reform med individen i centrum. Slutbetänkande av Utredningen om den Arbetslivsinriktade Rehabiliteringen. Stockholm: Socialdepartementet. 2000.
32. Välfärdsbokslut för 1990-talet. Stockholm: Socialdepartementet 2001.
33. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Slutbetänkande. Del I och II. Stockholm: Socialdepartementet: SOU 2002:5.
34. Brist på brådska - en översyn av aktivitetsersättningen. Betänkande av utredningen om en översyn av aktivitetsersättningen: SOU; 2008.
35. Söderberg E, Lindholm C, Kärrholm J, Alexanderson K. Läkares sjukskrivningspraxis; en systematisk litteraturoversikt: Socialdepartementet; SOU 2010:107.
36. Norlund A, Ropponen A, Alexanderson K. Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. *J Rehabil Med*. 2009;41:115-21.
37. Körlin J, Alexanderson K, Svedberg P. Sickness absence among women and men in the police: A systematic literature review. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2009;37:310-9.
38. Lipsky M. Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
39. Söderberg E. Sickness Benefits and Measures promoting Return to Work: perspectives of Different Actors [Doktorsavhandling]. Linköping: Faculty of Health Sciences; 2005.
40. Söderberg E, Alexanderson K. 'Gatekeepers in sickness insurance': a systematic review of the literature on practices of social insurance officers. *Health & Social Care in the Community*. 2005;13(3):211-23.
41. Kamper- Jørgensen F, Arber S, Berkman L, Mackenbach J, Rosenstock L, Teperi J. International panel evaluation of Swedish public health research. Stockholm: Swedish National Institutet of Public Health. 2004.
42. Socialdepartementets politikområden inom hälsa och välfärd - En samlad forskningsstrategi. Stockholm: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap. 2011.
43. Socialförsäkringen: ett angeläget forskningsområde: en informationsskrift från Initiativgruppen för socialförsäkringsforskning, DSF.1984.
44. Aktuell forskning om socialförsäkringen: en inventering. En redovisning från Initiativgruppen för socialförsäkringsforskning, DSF: DSF; 1984.
45. Öka forskningen om socialförsäkringen: rapport från Initiativgruppen för socialförsäkringsforskning; Delegationen för social forskning; 1985.
46. Forskning och forskningsbehov inom socialförsäkringsområdet. Stockholm: RFV, SFR; 1997.
47. SFR. Allmän socialpolitik och socialförsäkring 1990/91-1994/95. 1994.