

Psykosocial kompetens behövs för helhetssyn i primärvård

Maria Berglund

En studie av tre vårdcentraler år 1988 diskuterar den sociala kompetensens betydelse för helhetsbedömningen av sökande på vårdcentral. Psykosocial kompetens definieras som socialsekreterare eller kurator båda med socionomexamen på social linje.

Studiens första del ger en allmän översikt av begreppet helhetssyn och en analys av den psykosociala kompetensens yrkesroll i primärvården. I andra delen redovisas studien och två modeller av psykosocial kompetens på vårdcentraler. 21 personer ur vårdcentralernas personal och 149 vårdsökande intervjuades. Läkare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter registrerade under en behandlingsvecka de patienter som var i behov av kontakt med psykosocial kompetens. Resultaten tyder på att vårdcentralerna enligt patienter och personal behöver en professionell social resurs anpassad till primärvårdens behov. Av personal och patienter redovisade de flesta sin uppfattning att psykosocial kompetens behövs på vårdcentral och bör vara primärvårdskurator (2).

Maria Berglund är fil kand, socionom och Master of Public Health samt har varit utredningssekreterare på Länssjukhuset i Halmstad. Artikeln är en sammanfattning av en mastersavhandling vid Nordiska hälsovårdshögskolan.

WHO:s inflytande

I kommentaren (the Task) till WHO:s europastrategi mål nr 14 behandlas de sociala stödsystemens och de sociala nätverkens betydelse för människors livsstil, förmåga att hantera konflikter, kriser, kroniska tillstånd och fatta beslut om egna hälsan. Kommentaren ifrågasätter om hälsopersonalens auktoritet tillåter och uppmuntrar patienten att delta i beslut om egen hälsovård.

Bakom kommentaren finns en hälsostrategi med sikte på att minska den medicinska verksamhetens naturvetenskapliga dominans. Sambandet mellan kroppsliga

symtom och socialt och psykosocialt stödbehov betonas. Sårbara individer utan eget socialt nätverk skall erbjudas professionellt stöd (35).

Helhetsprincipen

WHO-strategiernas krav reflekterades på 1980-talet i den svenska hälso- och sjukvårdslagen som förstärkte kraven på helhetsbedömning av patienterna. Helhetsprincipen medförde en generell strävan mot ökad samordning mellan hälso- och sjukvård vilket resulterade i sammanslagning av social- och medicinalstyrelserna.

Den nya socialstyrelsen argumenterade för samordning av socialvård och sjukvård. Honnörsordet helhetssyn förekom i måldiskussioner och utredningar kring sjukvårds- och sociallagstiftning. Administrativ samordning av sjukvård och socialvård ansågs bidra till förankring av helhetsprincipen.

Emellertid har kritikerna sett helhetssynen som en systemteoretisk term, en arbetshypotes (39). I sjukvårdssammanhang bör begreppet helhetssyn ses mot bakgrund av konflikten mellan naturvetenskap och beteendevetenskap, mellan högteknologisk specialistvård och holistisk medicin.

Sjukvårdens helhetssyn

Fortfarande domineras sjukvården av vårdgivarens helhetssyn. Somatisk sjukvård tillämpar vanligen en s k additiv helhetssyn när varje expert analyserar sin del av patienten utifrån egen kunskap. Expertgruppens bedömningar adderas till en syntes ur expertperspektiv. Den holistiska synen på patienten som en sammansatt helhet vars delar är inbördes beroende och i ständig samverkan går då förlorad. Vårdgivarens expertperspektiv ersätter vårdtagarens syn på sin livssituation. Bristen på holistisk människosyn kan kompenseras av socialarbetarens psykosociala dimension när denne också fungerar som "kopplingsdosa" mellan patienter, anhöriga och personal.

Helhetssynen får föga utrymme i den traditionella sjukvårdens viktigaste produktionsenhet läkare-patientdialogen

Läkarrollen

Helhetssynen får föga utrymme i den traditionella sjukvårdens viktigaste produktionsenhet läkare-patientdialogen. Läkarnas kunskapstradition är orienterad mot behandlarrollen som dominerar vårdinsatser grundade på naturvetenskapligt präglad objektivitet.

I en studie kring läkare-patientsamtal påvisar H Waitzkin att omedvetna mekanismer hos läkaren fungerar som censur vid patientmötet. Denne koncentrerar sig på biomedicinska bedömningar och bortser från patientens sociala konflikter och deras betydelse för de kliniska problemställningarna (106).

Theorell och medarbetare anser att läkaren störs av ensidigt biologiskt perspektiv. Orsakskedjor från sociala och psykosociala faktorer försummas när läkaren anser sig bygga på vetenskap omedveten om att han utövar makt.

För tillämpning av helhetssyn på en patient fordras kunskap om biologiska och sociala fakta som omöjliga kan samlas hos en enda person. Även om han/hon är individinriktad kan inte en allmänläkare ensam stå för helhetssyn i levande dynamiska sammanhang av mänskliga svårigheter och misslyckanden.

På de tre vårdcentraler jag studerade 1988 bedömde läkarna 7% av patienterna vara i behov av stöd av socialarbetare medan sjukgymnaster och arbetsterapeuter genomgående registrerade större stödbehov än läkarna. Både läkarnas strikt biologiska perspektiv och tidsfaktorn kan ha medverkat till skillnaderna mellan vårdgivarnas bedömningar. Den längre behandlingstiden hos sjukgymnaster och arbetsterapeuter ger bättre kontakt och kunskap om patienter med psykosociala problem (tabell 1).

Socionomkompetensens yrkesroll

Sjukvårdens socialarbetare har ofta svårt att hävda sin kompetens ur medicinskt perspektiv. De anses ha en svårare yrkesroll än läkare och psykolog p g a lägre professionell status.

I 1980-talets svenska sjukvårdsutredningar saknas definition av den professionella sociala yrkesrollen i primärvård. Landstingsförbundet deklarerade 1986 att primärvården enligt "kompetensprincipen" enbart skulle svara för medicinska insatser medan socialtjänsten skulle ha odelat ansvar för sociala problem som aktualiserades i primärvården (57). Hagaprojektets analys av den sociala resursen i primärvården betonar dock skillnaderna i kurators och socialsekreterares yrkesroller och positioner i primärvårdens organisationsstruktur samt de olikartade regler och förordningar som styr primärvård och socialtjänst. Kuratorn har en för socionomer specifik kompetens beträffande sociala processer, samhällsstrukturer och metoder att bearbeta psykosociala problem. Detta förutsätter medicinsk bas kunskap, kunskap om olika sjukdomstillstånd sociala och psykosociala konsekvenser samt sjukvårdens rutiner och lagstiftning. Erfarenhet från både sjukvård och socialvård är viktig för kurator på vårdcentral som ofta arbetar ensam med krävande ärenden också ute i samhället.

Läkarna saknar vanligen, liksom övriga medlemmar i vårdcentralens team, kännedom om kurators kompetensområde. Teamen behöver arbetas fram med kuratorn som handledare i psykosociala frågor och samordnare av rehabiliterande åtgärder för patientens behandling. Kurator anställd på vårdcentral måste följa de ansvars- och sekretessbestämmelser som fastslagits i HSL och tillsynslagen.

För socialsekreterare som psykosocial kompetens på vårdcentral gäller däremot socialtjänstlagens (SoL) föreskrifter med ansvar inför socialnämnd och följsamhet till dess beslut och resursutbud. Enligt SoL har

Tabell 1. Personalens värdering av antalet behandlade patienter med behov av psykosocial kompetens.

Personalkategori	Nyhem			Åsa			Skara		
	Beh. pat.	Behov	%	Beh. pat.	Behov	%	Beh. pat.	Behov	%
Läkare	88	6	7	126	9	7	82	6	7
Sjukgymnast	104	9	9	61	6	10	42	6	14
Arbetsterapeut	21	3	14	23	5	22	39	5	13
	213	18	8	210	20	9	163	17	10

Politiker och medicinska beslutsfattare tillmäter de sociala och psykosociala påverkansfaktorerna föga betydelse

socialsekreteraren ett brett och mångskiftande arbetsfält med ansvar för varje individ i sitt kommunområde. Socialsekreteraren har därför begränsade möjligheter att tillfredsställa vårdcentralens behov av personalhandledning och psykosociala insatser riktade mot patienter. I samband med myndighetsutövning och verkställighet av beslut har socialsekreteraren dokumentationsskyldighet beträffande aktuella patienter. Sekretessbestämmelserna medger icke socialsekreteraren tillgång till patientjournaler ej heller för dokumentation. I stället får socialsekreteraren efter patientens tillåtelse meddela muntlig information om hans eller hennes förhållande till vårdcentralens team.

I svensk primärvård tycks man knappast utvecklat människosynen bakom WHO:s vårdfilosofi. Den psykosociala kompetensens betydelse för folkhälsoarbetet är fortfarande underskattad och inte lika självklar som i specialistsjukvård. Politiker och medicinska beslutsfattare tillmäter de sociala och psykosociala påverkansfaktorerna föga betydelse. Bristen på mätbara variabler för de hälsovården kuratorerna producerar i förebyggande arbete på vårdcentralerna är sannolikt en av orsakerna till att man i besparingssyfte tagit bort kuratorstjänster. Personal med sjukvårdskompetens prioriteras för att öka "vårdens effektivitet". Risker finns att vårdpersonalen som saknar insikt om patientens sociala och psykosociala problem bortser från dessa och förvandlar dem till sjukdom.

Förändrad sjukvårdslagstiftning

Sjukvårdshuvudmännens förhållningssätt kontrasterar mot hälso- och sjukvårdspolitikens intentioner som markeras i 1993 års tillägg till hälso- och sjukvårdslagen. Paragraf 3 a fastlägger landstingens ansvar för rehabiliteringsverksamhet både vad gäller medicinska insatser och tvärfackliga team vars åtgärder skall utformas i samråd med den enskilde. Paragraf 18 a lägger motsvarande ansvar på de kommuner som fått hälso- och sjukvårdsansvar efter Ädelreformens genomförande (127).

Kraven på rehabiliteringsinsatser i primärvården har ökat.

- Sjukhusens vårdtider har förkortats och allt flera patienter remitteras från akutvård och geriatrisk vård till primärvård och fortsatt rehabilitering

- Ädelreformen har ökat kommunernas ekonomiska belastning i en period av sviktande samhällsekonomi och dessa har oavsett nya lagbestämmelser visat minskande benägenhet att fördela psykosociala resurser till primärvården och dess rehabiliteringsteam.

1993 års förändrade sjukvårdslagstiftning har föranlett socialstyrelsen, landstings- och kommunförbunden att ta fram planeringsunderlag för att lyfta fram rehabiliteringens betydelse i hälso- och sjukvård. Den enskildes behov av god rehabilitering oberoende av ålder och diagnos betonas. Tvärfackliga team med fullgod kompetens skall skapas i primärvården för att tidigt upprätta individuella behandlingsplaner och kontinuerligt ge den enskilde psykosocialt stöd. (128).

För samordning av rehabiliteringsinsatserna svarar nu ofta vårdcentralens kurator, där sådan finns, liksom kuratorerna i sjukhusens specialistteam. Vid patientens utskrivning från sjukhus bör en primärvårdskurator överta samordningsuppgifterna. Om tvärfackligt rehabiliteringsteam med psykosocial kompetens som samordnare saknas hos primärvård och sjukvårdsansvariga kommuner riskerar man avbrott i patienternas rehabiliteringsprocess.

De undersökta vårdcentralerna

Min undersökning 1988 var en utvidgning av ett tidigare pilotprojekt 1984 som baserades på 154 patientenkäter kompletterade med personalintervjuer. Då framkom att vårdcentralens brist på social och psykosocial kompetens inverkade negativt på de medicinska och paramedicinska teammedlemmarnas behandlingsmöjligheter. Det konstaterades att begreppen kurator och socialsekreterare var bekanta för såväl personal som patienter medan uppfattningarna om funktionernas innehåll varierade. Enligt patienternas bedömning fanns behov av kuratorsstöd hos 63%. Endast 9% hade haft kontakt med socialbyrå vilket överensstämmer med liknande undersökningar (60).

Den utvidgade undersökningen 1988 avsåg att belysa i vilken utsträckning och hur behovet av psykosocial kompetens kunnat tillfredsställas på vårdcentraler under -80-talet.

Målet för undersökningen var att söka

- klarlägga i vilken utsträckning sökande vid vårdcentralerna ansåg sig behöva stöd från personal med psykosocial kompetens

- undersöka personalens attityder och behov av insatser från psykosocial kompetens i sitt arbete
- undersöka om de sökande och personalen föredrog psykosocial kompetens i form av primärkommunalt anställd socialsekreterare eller landstingsanställd kurator.

Undersökningen inriktades på tre olika vårdcentraler

- vårdcentral utan psykosocial kompetens
- vårdcentral med primärkommunalt anställd socialsekreterare
- vårdcentral med landstingsanställd kurator

Av de undersökta vårdcentralerna var Nyhem i Halmstad störst med vid undersökningstillfället 24.000 invånare i ett upptagningsområde som präglades av tung social problematik. Vårdcentralen saknade såväl kurator som utvecklat samarbete med kommunens socialsekreterare. Åsa vårdcentral i Kungsbacka kommun täckte en liten tätort samt omgivande landsbygd med 6.500 invånare. Primärkommunala socialsekreterare 1,5 tjänst medverkade som vårdcentralens psykosociala resurs. Närheten till Göteborg påverkade de sociala problemen. Skara vårdcentral täckte en medelstor tätort med landsbygd på 18.000 invånare och normal förekomst av sociala problem. Vårdcentralen hade 2,5 landstingsanställda kuratorer. Socialsekreterare från socialbyrå engagerades för rehab-ärenden.

Undersökningsmetod

De vårdsökandes och personalens synpunkter och önskemål beträffande social utredningsresurs och psykosocial stödfunktion studerades. Som underlag användes personliga intervjuer med 149 vårdsökande och 21 personalmedlemmar. Dessutom registrerade läkare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter, 19 personer, under en vecka patienter som de bedömde ha behov av stöd från psykosocial kompetens. Ett planerat urvalsförfarande att med sekreterarnas hjälp fånga upp varannan vårdsökande för intervju kunde av praktiska skäl inte genomföras. Sekreterarna undvek också ta med ett fåtal äldre som "olämpliga" intervjuobjekt vilket kan ha påverkat urvalet.

Fördelningen av de 149 intervjupersonerna på 69 sökande i åldrarna 26-40 år och 80 i åldrarna därutöver torde dock spegla sammansättningen av patientgrupper på en vårdcentral.

Trots att samtliga personliga intervjuer strikt följt fastställt frågeformulär kan opportunitetssvar ha förekommit.

Av 169 tillfrågade vägrade 20 (12%) personer intervju-medverkan, fyra utan att ange orsak, övriga med hänvisning till tidsbrist.

Intervjusvaren kan ha påverkats av att den psykosociala kompetensen utformats olika inom respektive vårdcentralsområde.

Uppföljning 1990 och 1994

1990 redovisades undersökningresultaten vid personalmöte på respektive vårdcentral. Personalrepresentanterna kommenterade utredningen och redovisade utvecklingen av vårdcentralens psykosociala resurs.

Uppföljningen visade att personalen vid vårdcentralen Nyhem upprepade gånger förgäves begärt en kuratorstjänst eftersom man sett ökande behov av psykosocial kompetens på vårdcentralen. Samma ökning förekom på Åsa vårdcentral. Socialsekreterarnas arbetsvillkor gav inte utrymme för insatser för att bearbeta den psykosociala problematik som aktualiserades på vårdcentralen. Utan erfarenhet av kuratorsarbete i sjukvård ansågs de även sakna tillräckliga kunskaper i psykosomatik.

I Skara hade primärvårdskuratorernas arbetsuppgifter vuxit i takt med ökande antal remisser av patienter med problem som för behandling krävde psykosocial kompetens.

1994 gav en förnyad uppföljning genom telefonintervjuer med personalrepresentanter följande resultat:

Nyhem har sedan 1991 en kuratorstjänst 75% varav 25% ingår i "Dagmarprojekt". Vårdcentralens område omfattar nu 13.300 invånare. Åsa saknar socialsekreterare på vårdcentralen sedan dessa förflyttats till Kungsbacka och klienter i socialtjänsten registreras på födelsedata ej geografiska områden. Med nuvarande befolkningsunderlag på 7.900 invånare har vårdteamets förutsättningar för integrerat samarbete med socionomkompetens försämrats avsevärt när det gäller psykosociala frågor, rehabiliterings- och vårdplaneringsarbete.

Av Skara vårdcentrals tre kuratorstjänster återstår nu endast en. Befolkningsunderlaget uppgår nu till 18.700 invånare och den kvarvarande tjänsten är besatt med det psykiatriska teamets kurator som har psykoterapeutisk kompetens. Han har tvingats skära ner de psykoterapeutiska arbetsinsatserna för att kunna överta sociala och psykosociala ärenden från somakuratorernas in-dragna tjänster.

Undersökningsresultat

* Samtliga 21 personalmedlemmar ansåg sig behöva medverkan av psykosocial kompetens på vårdcentralen. 19 föredrog kurator.

* Av de 149 intervjuade vårdsökande föredrog 46 socialsekreterare på vårdcentralen medan 82 föredrog kurator och 21 ville ha bådadera.

* Personal och vårdsökande såg skillnader i socialsekreterares och kurators roller och funktioner som sociala experter.

Personalgrupperna såg socialsekreteraren som utredare och behandlare av sociala problem kring missbruk, ekonomi, arbete, bostad, familj, barn och ungdom. Primärvårdskuratorn tilldelades rollen som utredare och behandlare av sjukdomsrelaterade sociala, psykosociala problem och livskriser vid sidan om personalhandledning och utbildning i psykosociala frågor. (Tabell 2)

Tabell 2. Personalintervjuer angående social kompetens på vårdcentral Nyhem, Åsa och Skara. Absoluta tal (n=21).

Intervjufråga nr	Ja	Nej	Vet ej
1 Behövs psykosocial kompetens på vårdcentral?	21	-	-
2. Behövs psykosocial kompetens för direkta arbetsuppgifter: Kris och relationsproblem?	19	2	-
3 Behövs psykosocial kompetens för indirekt arbete: Handled. och utvecklingsarb.?	21	-	-
4 Vilken yrkesgrupp är lämpligast som psykosocial resurs på vårdcentral?			
Socialsekreterare anställd av kommunen	4	14	3
Kurator anställd av landstinget	19	-	2
5 Tidigare erfarenhet:			
Av socialsekreterare	12	9	-
Av kurator	19	2	-

Patientgruppernas argument för socialsekreterare på vårdcentral gällde åtgärder mot missbruk och problem beträffande ekonomi, barn och ungdom. Flera intervjuade påpekade att socialsekreterare och kurator "gör olika saker". Kurator som ansågs kunna bearbeta individuella sjukdomsrelaterade hjälpbehov på grund av sin psykosociala kompetens och med kunskap om sjukdom. Kuratorn "tillhör ju sjukvården", kunde hantera sekretessfrågor säkrare och var lättare tillgänglig som samtalspartner och stödkontakt på vårdcentralen än

socialsekreteraren som hade "så mycket annat". (Tabell 3)

Tabell 3. De vårdsökandes uppfattning om behovet av social kompetens och dennas utformning på de tre vårdcentralerna. Absoluta antal (n=149).

Grupper	Behov av			Kurator		
	Socialsekreterare					
	Ja	Nej	Vet ej	Ja	Nej	Vet ej
N 149						
Kön						
Kvinnor	51	34	16	75	15	11
Män	16	20	12	28	9	11
Ålder						
16-25	18	6	7	17	6	8
26-40	25	10	3	24	9	5
>41	24	38	18	62	9	9
Civilstånd						
Gift/sambo	46	38	15	72	19	8
Övriga	21	16	13	31	5	14
Totalt i resp fördelning	67	54	28	103	24	22

21 vårdsökande ansåg att både socialsekreterare och kurator skulle finnas på vårdcentralen.

En analys av intervju svaren visar att socialsekreterarens och primärvårdskurators arbetsuppgifter ansågs omfatta olika kunskapsområden.

* Personal och vårdsökande svarade att socialsekreterarnas arbetsuppgifter inom socialtjänsten hindrade deras medverkan och tillgänglighet i vårdcentralens sjukvård.

* Socialsekreterare och primärvårdskuratorer arbetar delvis med olika målgrupper. Endast 14 av 149 tillfrågade vårdsökande i min undersökning uppgav att de även haft kontakt med socialsekreterare på socialbyrå de senaste 12 månaderna. Tidigare undersökningar har givit samma resultat (60).

* Samordningen av socialsekreterare- och kuratorsfunktionerna enligt "kompetensprincipen" mötte inte gensvar i intervjugrupperna.

* Bland äldre sökande på vårdcentral kunde iaktas en negativ attityd till kontakt med socialbyrå.

Diskussion

Studien av de tre vårdcentralerna som 1988 genomfördes i avsikt att kartlägga patienternas och vårdpersonalens behov av socialt och psykosocialt stöd av socionomkompetens. Begreppen kurator och socialsekreterare och

Kommer husläkare att ta ansvar för de rehabiliteringsinsatser den enskilde behöver?

skillnaden dem emellan visade sig delvis vara bekant för personal och patienter. Studien har visat betydande behov av psykosocial kompetens i primärvård.

Denna bedömning får nu stöd av 90-talets ökande krav på rehabiliteringsresurser innehållande psykosocial kompetens. I samverkansprojektet "Dagmar 400" framhöll riksförsäkringsverket primärvårdens ansvar för rehabiliteringsfrågor och behovet av tvärfackliga team med bl a kuratorer. Detta har medfört att kuratorer projektanställts i flera primärvårdsområden och fasta kuratorstjänster har inrättats på vårdcentraler. Utvecklingen innebär dock inte att primärvårdskuratorns funktion är generellt förankrad som psykosocial kompetens i primärvård och husläkarsystem.

Socialstyrelsens, landstings- och kommunförbundens planeringsunderlag samt utvärderingen av Ädelreformen har bidragit till att den psykosociala kompetensens betydelse för rehabiliteringsprocessen ytterligare markerats.

Frågor inför framtidens folkhälsoarbete

Ett växande intresse för epidemiologiska undersökningar och prevention har riktat uppmärksamheten på den sociala omgivningens betydelse för befolkningens hälsa. Enligt WHO söker sex av tio människor i världen sjukvård inte för kroppsliga besvär enbart utan också för allmänmänskliga problem. Sunesson redovisar samma tendens i sin undersökning i 50 primärvårdsområden i Sverige.

Inför pågående omvälvning i sjukvårdssystemet behövs en ingående analys beträffande behovet av den psykosociala kompetensen i primärvården.

Kommer husläkare/distriktsläkare att ta ansvar för att inleda och samordna de rehabiliteringsinsatser den enskilde behöver och är berättigad till när delar av primärvården saknar rehabiliteringsteam och dessutom social och psykosocial kompetens? För närvarande lägges i

primärvården huvudvikten vid medicinsk vetenskap och kompetens. Växande krav på behandling av sociala och psykosociala problem hos patienter på vårdcentralerna kan inte tillfredsställas p g a ekonomiska nedskärningar. Den allt allvarigare bristen på socionomkompetens i primärvården kan föra med sig en tendens att somatisera patienternas sociala och psykosociala problem.

Kommer kommunerna att ta sitt ansvar för planering och samordning av rehabiliteringsverksamhet med medicinsk, social och psykosocial kompetens för handikappade unga och äldre som "färdigbehandlade" skrivs ut till hemvård och sjukvård för fortsatt rehabilitering? Kommer de att skapa egna resurser eller kräva insatser från rehabiliteringsteam i primärvården?

Gert Alaby tillhör dem som ifrågasätter nuvarande organisation av primärvården. "Om vi fick börja om från början - vilka kompetenser skulle vi då skaffa oss?" (129).

REFERENSER

2. *Berglund M*: Social kompetens på vårdcentral. Avhandlingsarbete i folkhälsovetenskap Master of Public Health. MPH 1993:3. Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan.
35. Priority Research For Health For All. European Health For All Series 3. The Task. Target 36 och 43:143,12. Copenhagen: WHO Regional Office For Europe, 1988.
39. *Allander E*: Helhetssynen som arbetsmetod i vårdarbete. Hinder eller utvecklingsmöjlighet. Läkartidningen 1979; 76(44): 3889-91.
106. *Waitzkin H*: The Politics of Medical Encounters. How patients and doctors deal with social problems. New Haven-London: Yale University Press, 1991.
60. *Neander K*: Kurator i primärvården. En sammanfattning av tio års erfarenheter från Laxå vårdcentral. Bilaga. Socionomen 1987;5:I-X.
57. Primärvården i vems regi? Huvudmannaskap och avgränsningar mot vissa primärkommunala verksamheter. Landstingen inför 90-talet. Stockholm: Landstingsförbundet, 1986:7-50.
127. Stöd och service till vissa funktionshindrade. Regeringens proposition 1992/93:159. Bil.1/5.1.
128. SOS-rapport. Rehabilitering inom hälso- och sjukvården - för alla åldrar och diagnoser. Stockholm: Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Kommunförbundet, 1993.
129. *Alaby G*: Primärvård i förändring - Varthän denna gång? Läkartidningen 1995; 92(4):251-3.

Fullständig litteraturlista kan erhållas från Maria Berglund, Platåvägen 9, 302 40 Halmstad.