

Rehabilitering i öppen vård. Dålig effekt av insatser.

Inger Lindberg Navier

Erik Allander

Gudjon Magnusson

De långa sjukskrivningarna är ett betydande samhällsproblem. Samråd mellan försäkringskassan, arbetsförmedlingen, socialvården och sjukvården i rehabiliterande syfte sker lokalt i sk reha-grupper. I syfte att kartlägga reha-gruppens arbete och resultat genomfördes på socialmedicinska enheten, Huddinge sjukhus, en undersökning i två etapper av de 76 personer anmälda 1976 till reha-gruppen i Huddinge med hänseende främst på sjukskrivningar, missbruk och förvärvsarbete. Mer än hälften var kända alkoholmissbrukare. Efter två år var hälften av hela materialet fortfarande arbetslösa och stor del var långtidssjukskrivna.

En mer realistisk målsättning för arbetet föreslås.

Behandlingsplaner bör följas upp både på kort och lång sikt.

Arbetet utgår från socialmedicinska enheten, Huddinge sjukhus, där Inger Lindberg Navier är socionom, Erik Allander professor/överläkare och Gudjon Magnusson fram till 1980 underläkare.

Bakgrund

De långa sjukskrivningarna är ett betydande samhällsproblem (10), som ofta innebär ett svårt och ibland onödigt lidande för den som drabbas, bekymmer och vanmaktskänslor hos enskilda myndighetsutövare och stora kostnader för samhället. De långtidssjukskrivna, dvs de som varit sjukskrivna mer än 90 dagar i följd stod 1978 för endast 2,8% av totala antalet sjukfall medan kostnaderna uppgick

till 46,1% av totalkostnaderna (12 miljarder 1978). Ett ansvar för att bryta de långa sjukskrivningarna och sätta in rehabiliterande åtgärder ligger hos behandlande läkare men denne väntar ofta till dess försäkringskassan genom förtroendeläkaren gör förfrågningar. Försäkringskassan spelar här rollen som övervakande och uppsökande organ och skall aktivt medverka till att långa sjukskrivningar undviks. Meningen är att man på ett tidigt stadium skall sätta in samordnade rehabiliteringsinsatser för att förebygga utslagning. Försäkringskassa, sjukvård, socialvård och arbetsvård utreder i mycket stor utsträckning samma personer.

Syftet med att inleda formaliserat samråd i sk reha-grupper mellan dessa myndigheter var att undvika dubbelarbete, öka informationen om patientens alla problem myndigheterna emellan och att därefter med gemensamma ansträngningar medverka till att den sjukskrivne återvinner hälsa och arbete, så att inte förtidspension beviljas förrän adekvata rehabiliteringsinsatser gjorts. Claes-Göran Westrin har gjort en ingående, kritisk och intressant analys av reha-gruppsverksamheten (10). Hans bedömning är – här starkt förenklat – att de samlade effekterna av reha-gruppernas arbete är blygsamt. Han diskuterar också ingående försäkringskassans roll i teamet och drar slutsatsen att verksamheten främst gagnar den egna personalen.

Enligt lagen om allmän försäkring 2:a kapitlet, 11:e paragrafen skall allmän försäkringskassa bedöma om anledning föreligger att vidta rehabiliterande åtgärder vid sjukfall som ersatts 90 dagar i följd. Om ärendet berör andra samhällsorgan skall handlägg-

ning ske i samråd med dessa, heter det vidare (4,5). En överenskommelse träffades 1959 mellan arbetsförmedlingen och försäkringskassan om formaliserat samarbete (6). Syftet med samrådet i rehagruppen är att åtgärden skall leda till en *förkortning* av sjukdomstiden eller helt eller delvis *förebygga* eller *håva* nedsättningen av den försäkrades arbetsförmåga (min kurs) (3). Under tiden 1959–1965 diskuterades en decentralisering av försäkringskassans utredningsverksamhet. Under slutet av 60-talet och början av 70-talet växte lokala samrådsorgan av tämligen olikartat utseende fram i landet. Dessa sk FAS-grupper bestod i allmänhet av försäkringskassa, arbetsförmedling, socialvård och ibland sjukvård. Trots olikheterna i utseende och arbetssätt beroende på lokala förhållanden var erfarenheten genomgående positiv (6). Efter samråd med Socialstyrelsen och Arbetsmarknadsstyrelsen utfärdade Riksförsäkringsverket nya föreskrifter i ett cirkulär till kassorna (3). Här betonades starkt samrådstanken i rehabiliteringsarbetet och främst då skyldigheten att samråda med den person utredningen gäller. Rekommendationer om att inrätta både lokala och centrala sk rehagrudder angavs i cirkuläret.

Genom Riksförsäkringsverkets föreskrifter (4) formaliserades och förstärktes 1979 både de lokala och centrala rehagruddernas verksamhet.

Även på riksnivå finns numera en formaliserad samrådsgrupp, den sk RAS-gruppen med företrädare från Riksförsäkringsverket, Arbetsmarknadsstyrelsen, Kommunförbundet och socialvården. Den har till uppgift att verka för bättre samarbete i rehabiliteringsfrågor på det lokala och regionala planet (6).

BAKGRUND OCH SYFTE

I syfte att för Huddingekassans del kartlägga rehagruddens arbete och resultat genomfördes en undersökning i två etapper av de försäkrades situation med hänseende på:

- vilka myndigheter som anmält försäkrade till rehagrudd under år 1976.
- vilka åtgärder som vidtagits av de olika myndigheterna i rehagrudd under år 1976.
- samt situationen två år senare för de 76 försäkrade speciellt med avseende på sjukskrivning och

förvärvsarbete och därvid speciellt redovisa uppgifter om behandling och förvärvsarbete bland alkoholmissbrukarna.

MATERIAL OCH METOD

Etapp 1

Under år 1976 diskuterades 76 personer i den lokala rehagrudd i Huddinge kommun. En av oss (GM) deltog som läkare i rehagrudd. Till kartläggningen användes dels protokoll från samtliga sammanträden i rehagrudd dels uppgifterna från en enkät som skickades ut från oss i mars 1977 till respektive myndighet avseende vissa myndighets- och vårdkonsumtionsregistreringar för tiden 1 januari 1976–31 december 1976.

Etapp 2

I juli 1979 gjorde vi en tvåårsuppföljning för de 76 försäkrade. Vi skickade ut en ny enkät till försäkringskassan, arbetsförmedlingen och alkoholpolikliniken och fick in uppgifter för 1977 och 1978 avseende antal avlidna och förtidspensionerade, sjukskrivna och antal sjukskrivningsdagar, registrerade respektive behandlade på alkoholpolikliniken samt vilka som anvisats och fått arbete.

Tabell 1 visar ålders- och könsfördelningen hos de anmälda i rehagrudd. Åldersgruppen 25–29 år har flest anmälda 23 st (30%). 58 st (76%) återfinns i åldersgrudderna 19–44 år.

Tabell 1. Ålders- och könsfördelning i procent bland 76 försäkrade i rehagrudd, Huddinge, 1976.

Ålder	Kvinnor	Män	Totalt
60–64	–	1	1
55–59	1	1	2
50–54	1	7	8
45–49	3	9	12
40–44	5	7	12
35–39	4	9	13
30–34	3	9	12
25–29	14	18	32
20–24	1	5	6
19	1	1	2
Totalt	33	67	100

Gruppen utgörs till 70% av ensamstående (53 st) och 25% (19 st) gifta. Övervägande antal, 50 st (66%) är ursprungligen svenska medborgare, 3 st

Under 1976 diskuterades 76 personer i den lokala rehagruppen i Huddinge kommun. I åldersgrupperna 19–44 år återfanns 58 (76%). 70% var ensamstående, 66% var ursprungligen svenska medborgare.

(4%) har förvärvat svenskt medborgarskap och 19 st (25%) är invandrare. Uppgift om civilstånd och nationalitet saknas för fyra personer.

RESULTAT

Etapp 1

Av tabell 2 framgår vilka myndigheter som under 1976 anmält försäkrade till rehagruppen. 84 anmälningar omfattande 76 personer gjordes totalt.

Tabell 2. Anmälningar till rehagruppen 1976 fördelat på myndigheter.

Myndighet	Antal anmällda	%
Försäkringskassan	27	32
Socialförvaltningen	25	30
Alkoholpolitiken	1	1
Arbetsförmedlingen	31	37
Totalt	84	100

Från sammanträdesprotokollen framgår slutligen att de åtgärder som föreslagits i rehagruppen under 1976 gällde arbetsvård i 23 fall, förtidspension i 6 fall, alkoholistvård i 5, sjukvård i 14 och övriga åtgärder i 12 fall. För 16 personer saknas uppgift om åtgärd.

Under år 1976 har 26 (34%) utöver diskussionerna i rehagruppen varit kända på samtliga myndigheter, 36 (47%) har utnyttjat tre myndigheter, 11 (14%) har varit kända för två myndigheter och tre personer har varit kända för endast en myndighet.

En person har avlidit och tre förtidspensionerats. 68% var sjukskrivna mer än 90 dagar under året eller 241 dagar i medeltal. 93% var kända på socialförvaltningen och 55% var redan innan åtgärder vidtogs i rehagruppen kända alkoholister. Slutligen framgick att ingen hade arbete i början på perioden.

49 aktualiserades emellertid på arbetsförmedlingen under året varav endast 23 genom rehagruppens försorg. Av dessa 49 arbetssökande fick 18 (24%) arbete och 31 stod vid årets slut fortfarande utan arbete. Tillsammans med uppgifterna från sammanträdesprotokollen framträder den sociala profilen tydligt – en grupp med omfattande sociala och medicinska problem.

Etapp 2

Under 1977 och 1978 avled två personer och ytterligare elva förtidspensionerades. Av ursprungspopulationen var 39% (30 st) sjukskrivna mer än 90 dagar och tio personer var sjukskrivna praktiskt taget utan avbrott under hela perioden. Medeltalet för de som var sjukskrivna mer än 90 dagar var 212 dagar för år 1977 och 214 för år 1978.

Arbetssituationen för åren 1976–1978

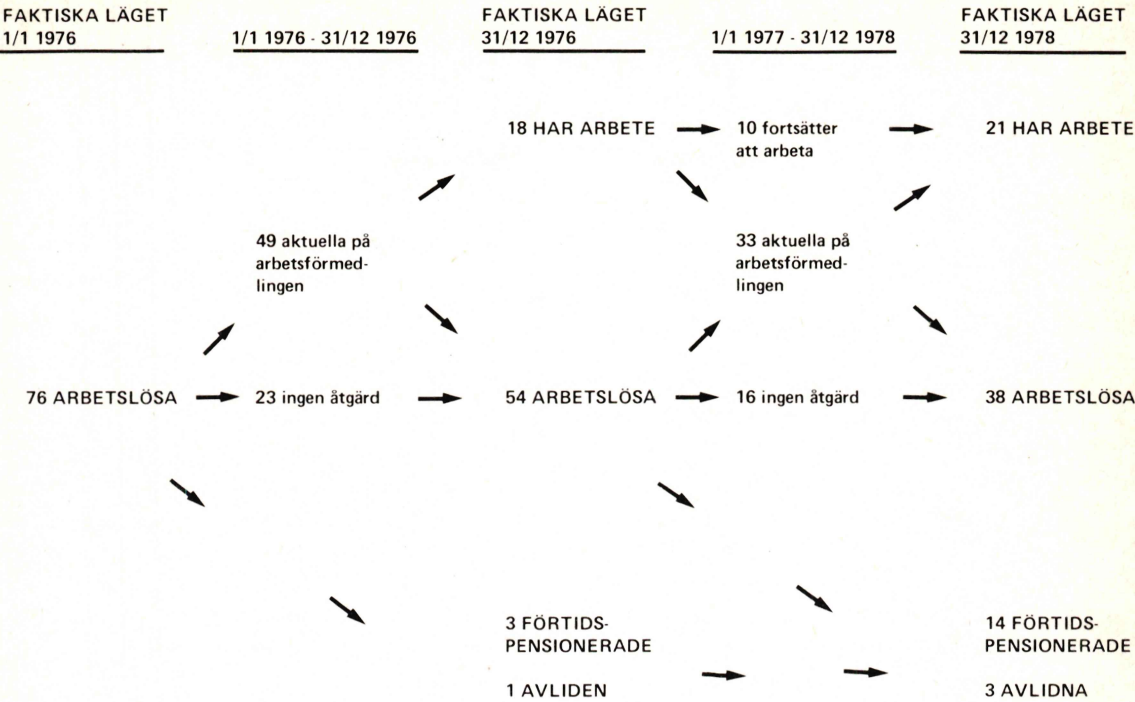
Figur 1 illustrerar det sammanlagda resultatet av tvåårsuppföljningen vad avser antal förvärvsarbete, förtidspensionerade och avlidna under hela treårsperioden.

Under 1976 började 18 personer arbeta. Det betyder att 54 personer således återstår den 31 december 1976 med åtminstone teoretisk möjlighet att få och anvisas arbete. Av dessa 54 registrerar sig 25 st under 1977 och 1978 på arbetsförmedlingen. Bara tre av dessa 54 har arbete vid periodens slut. De 18 som hade arbete vid årsslutet 1976 hade trots en del avhopp arbete även vid slutet av tvåårsperioden. Endast en av de 21 personer som arbetade vid periodens slut hade fått arbete på öppna marknaden. Det var en kvinna som gått på behandling på alkohopolikliniken.

Under hela perioden har 21 st (28%) anvisats och påbörjat arbete och 38 (50%) går fortfarande arbetslösa.

Under tvåårsperioden registrerades 25 personer på arbetsförmedlingen. Vid periodens slut hade tre av dessa fått arbete och hälften av gruppen gick fortfarande arbetslösa. 21 hade förvärvsarbete den 31/12 1978.

Figur 1. Förändringar i arbetssituationen bland 76 anmälda till rehagruppen, Huddinge för åren 1976–1978.



Rehagruppen och alkoholmissbrukarna

Från kartläggningen för år 1976 till 1978 har totalt 44 (58 %) individer registrerats som alkoholmissbrukare. Siffran torde ändå ligga i underkant. Socialförvaltningen redovisar inte alltid kända alkoholister trots att tystnadsplikten mellan myndigheterna hävts i rehagruppen (13). Samråd med den ärendet gäller måste nämligen ske innan ärendet tas upp för diskussion i gruppen. De siffror vi baserar våra uppgifter på kommer uteslutande från alkoholpoliklinikens uppgifter.

19 (43 %) av alkoholmissbrukarna var mellan 20–30 år, 10 (23 %) mellan 30–40 år och övriga 15 (34 %) mellan 40–63 år gamla. Två avled under perioden.

Kända alkoholmissbrukare var 58 % och av dessa var 43 % mellan 20–30 år. 83 % behandlades på alkoholpolikliniken. Under 1977 och 1978 avbröt 29 % behandlingen. Nio av de 35 behandlade förtidspensionerades.

Behandling på alkoholpolikliniken

Ursprungligen var 42, 33 män och 9 kvinnor, dvs 55 % av de 76 individerna diskuterade i rehagruppen kända alkoholmissbrukare. Under år 1976 gick 35 på behandling på alkoholpolikliniken, varav 12 avbröt behandlingen. En av dessa avled. Under nästa tvåårsperiod tillkommer tre patienter från rehagruppen, varav en var känd före år 1976 på kliniken. Totalt gick alltså 26 patienter på behandling såväl under 1977 som 1978.

Av de 35 behandlade år 1976 pensionerades nio patienter under nästa tvåårsperiod. Åtta av dessa går fortfarande på alkoholpolikliniken för behandling.

Tabell 3 visar antalet sjukskrivningsdagar under 1978 i den behandlade missbrukargruppen om 26 personer och i den ickebehandlade om 16 personer. I den behandlade gruppen har förekommit längre sjukskrivningar och fler förtidspensioneringar än i den icke-behandlade.

Tabell 3. Sjukskrivning år 1978 fördelat på behandlade och icke-behandlade alkoholmissbrukare (sammanlagt 42 stycken) bland 76 personer anmälda 1976 till rehagruppen, Huddinge.

Behand- lats alkohol- poli- klinik	Sjuk- skrivna 1-89 dagar	Sjuk- skrivna 90-179 dagar	Sjuk- skrivna 180-365 skr. dagar	Ej sjuk- pens.	Förtids- pens.	Sum- ma
Ja	4	4	10	—	8	26
Nej	—	4	8	3	1	16
%	10	19	43	7	21	100

Arbetssituationen för alkoholmissbrukarna 1976 och två år senare

Av de 42 kända alkoholmissbrukarna lyckades 11 (25%) få arbete under 1976 genom arbetsförmedlingens hjälp. Under kommande tvåårsperiod slutade sju av dessa sitt arbete. Vid årsslutet 1978 uppger arbetsförmedlingen att 11 åter var i arbete. För fyra av dessa var uppgifterna osäkra. De som lyckats få arbete hade nästan samtliga gått på be-

handling på alkoholpolikliniken.

handling på alkoholpolikliniken.

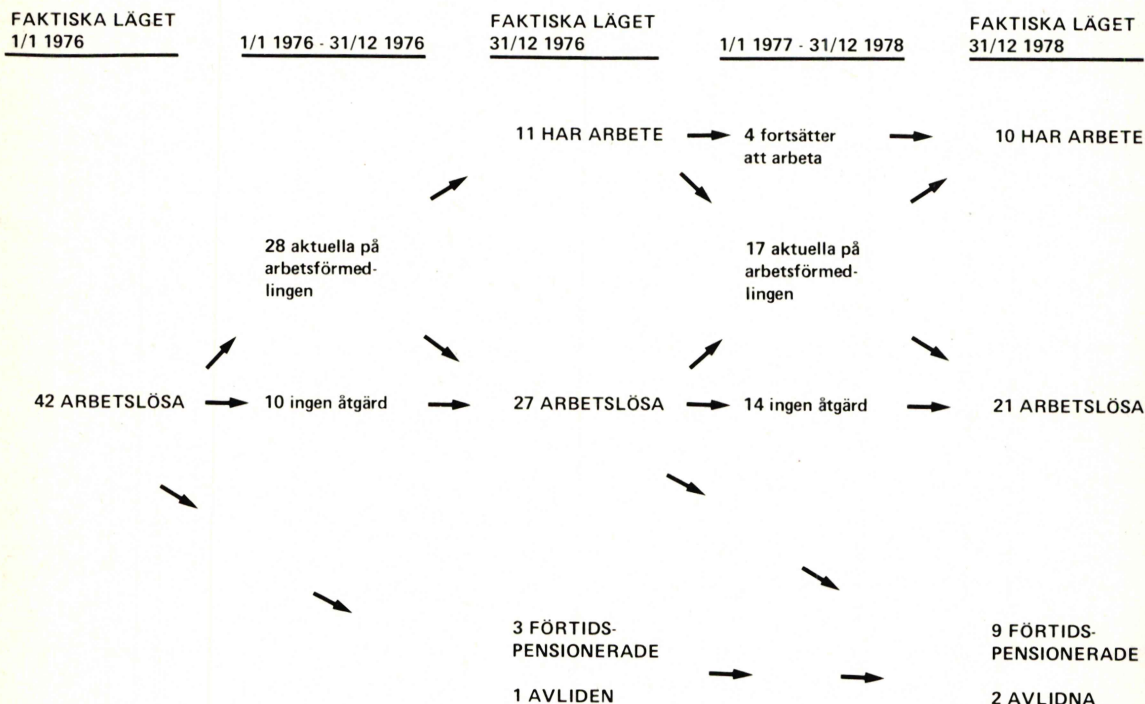
Figur 2 visar förändringarna i arbetssituationen för hela treårsperioden.

DISKUSSION

Enligt de föreskrifter som förelåg 1976 (3) för rehabiliteringsåtgärder framgår det klart att sådana åtgärder bör vidtagas om de kan antas leda till väsentliga resultat. Dessutom skall ärenden som berör andra samhällsorgan handläggas i samråd med dessa.

Hur har dessa intentioner uppfyllts i den lokala rehagruppen i Huddinge? 68% var sjukskrivna mer än 90 dagar och 241 dagar i medeltal under hela

Figur 2. Förändringar i arbetssituationen under tiden 1976-1978 för alkoholmissbrukarna (n=42) bland 76 anmälda 1976 till rehagruppen, Huddinge.



uppföljningsperioden. Dessutom var 55 % kända alkoholist. 67 (88 %) av de 76 anmälda finns i åldrar mellan 19–49 år och borde kunna beredas arbete. Några bostadsproblem har inte heller anmälts i gruppen. Samtliga var arbetslösa vid anmälningstillfället 1976. Det stora problemet har varit sociala och medicinska arbetshinder vilket framgår av att 70 % är ensamstående, och 91 % har fått socialhjälp (2). Gruppen i sin helhet är således mycket vårdkrävande. Centralt är att man redan från början kan konstatera att de målsättningar rehagrupporna skall arbeta för visat sig vara orealistiska och att det därför knappast varit möjligt att uppnå de resultat som direktiven anger.

Huvudsyftet med rehagruppens arbete är att ordna arbete. De rehabiliterande åtgärder som föreslogs under år 1976 gällde arbetsvård i endast tre fall. Det visar sig emellertid att 26 personer under året tagit eget initiativ och anmält sig som arbetssökande på arbetsförmedlingen. Totalt fick 18 personer antingen beredskapsarbete eller skyddad verksamhet under år 1976. Andra åtgärder som föreslagits och som ur rehabiliteringssynpunkt förefaller naturliga är förtidspension i sex fall, alkoholistvård i fem fall och sjukvård i 14. För 12 personer har övriga åtgärder vidtagits, dock inte angivna vilka. Hela 16 personer lämnas emellertid utan åtgärd. Även på detta område har gruppen kommit långt från uppställda mål.

Har man då lyckats förkorta sjukdomstiden eller helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan? För att få ett svar på den frågan granskade vi samtliga 76 anmälda under 1976 i Huddinge lokala rehagrupp två år senare. Sjukskrivningsfrekvensen var fortfarande lika hög som 1976 och 44 personer fanns registrerade hos kommunens alkoholpoliklinik. Nästan hälften i den gruppen var under 30 år. År 1976 gick 35 på regelbunden behandling på alkoholpolikliniken och vid periodens slut gick fortfarande 26 kvar på behandling. Skillnaden mellan behandlade och icke-behandlade alkoholmissbrukare utgörs av att de behandlade varit sjukskrivna i högre utsträckning än de icke-behandlade. De har också förtidspensionerats i mycket högre utsträckning och av de som förvärvsarbetade i slutet av 1978 har nästan samtliga gått på alkohol-

polikliniken för behandling under hela treårsperioden.

Figur 1 visar att arbetssituationen totalt sett under de tre åren är mycket labil. Endast 13 % arbetar stadigvarande under hela perioden och bara en person har arbete på öppna marknaden. Siffrorna på förvärvsarbetande är baserade på de uppgifter som gått att få fram genom arbetsförmedlingen och försäkringskassan och måste tolkas med försiktighet. Siffran 21 förvärvsarbetande av ursprungliga 76 arbetslösa är troligen för hög. Enligt arbetsförmedlingens anteckningar är uppgifterna för sju av de 21 mycket osäkra.

Flera undersökningar har gjorts av lokala försäkringskassor. Målsättningen enligt behandlingsplan, om någon sådan överhuvudtaget görs upp, har varit mycket ambitiös för samtliga Stockholmskassorna men Huddingegruppen har haft förvärvsarbete som huvudsyfte med rehabiliteringen endast i 30 % (11, 12, 13).

Att döma av de vanligtvis högt ställda målen av de år 1976 svagt utvecklade och på vissa håll helt eller delvis dåligt fungerande rehagrupporna i Stockholms län skulle Huddingegruppen utvisa extremt dåliga ambitioner. Men här tar jämförelsen slut. Den allvarligaste kritiken vi har mot rehagrupporns arbete även idag på ett par få undantag när (7) gäller uppföljning och redovisning både på kort och lång sikt av vilka som fått arbete och även stannat kvar i det. Någon sådan fortlöpande utvärdering förekommer inte, under det att mer konventionell och tämligen ointressant statistik omsorgsfullt redovisas. Fortlopande uppföljning av förvärvsintensiteten hos de som anmäls till rehagruppen utgör enligt vår bedömning en förutsättning för rehagrupporns fortsatta verksamhet och möjlighet till förnyelse och förbättring.

Förslag till förbättringar

Avslutningsvis vill vi föra fram några förslag till förbättringar av rehagruppsverksamheten som om den stramas upp och effektiviseras skulle kunna bli ett av de många instrument som behövs för att inte förtidspension och utslagning skall bli en massföreteelse.

- En grundförusättning är att patienten/klienten/ den försäkrade skall vara *rehabiliteringsbar*. Ofta anmäler man ned till rehagruppen som en sista desperat åtgärd. För de tyngsta grupperna måste andra initiativ tas, kanske tas upp gemensamt av alla myndigheter, men då i särskild ordning. Detta skulle kunna bidra till att inte antalet ärenden svällde ut till ohanterlighet som ofta är fallet idag.
- De personer som remitteras från rehagruppen och kan anses ha kostat dryga utredningspengar skall *prioriteras* på arbetsförmedlingen i särskild kö. Arbetsmarknadsverket måste fatta beslut i den riktningen, annars går även de mest effektiva utredningsarbeten i stöpet.
- Alla andra myndigheter som representeras i rehagruppen klagar enstämigt på socialförvaltningens och därmed kommunens ljumma intresse eller ofta likgiltighet för rehagruppens arbete (12, 13). Kommunen borde genom rehagruppens påtryckningar tvingas uppföra verkstäder, skolor etc för att få bukt med den värsta utslagningen. Kommunen tar idag alldeles för få initiativ i den riktningen. Ett exempel på motsatsen utgör Skaraprojektet (9).
- Rehagruppen borde inrikta sig på att ägna tid åt förebyggande insatser. Genom de resurser och den samlade kompetens som företräds i gruppen borde krav ställas på att gruppen tar initiativ till och agerar idébank till förebyggande verksamhet i området.
- *Handläggningsordningen* måste skrivas om och göras betydligt mera konkret än den är idag. Handläggningsordningen måste ägnas omsorgsfullt utrymme inom samtliga samrådsmyndigheter. Om de administrativa rutinerna inte är förankrade och fungerande för alla uppstår snart missnöje. Idag finns skriftligt utarbetade rutiner endast för försäkringskassans personal.
- Initiera ärendena tidigare.
- En ansvarig för respektive myndighet som svarar för samordningen inom myndigheten. På vårdcentralen skulle detta kunna delegeras till någon annan än läkaren. Idag sker arbetet mycket slumpartat och amatörbetonat.
- Information om respektive myndighets arbetssätt

minst ett par gånger om året.

- Tid inbokad i almanacka och resursperson på varje myndighet.

Behandlingsplan – målsättning – uppföljning

Uppföljning av ärenden sker idag ryckvis och slumpartat utan fasta rutiner inte minst beroende på vag formulering i nuvarande handläggningsordning (5). Skriftliga direktiv och krav på rapporteringen är en förutsättning för resultat. Ettårsuppföljning räcker inte. En ansvarig person för uppföljningen måste utses.

Slutsats

Slutsatsen av vår undersökning blir att någon påtaglig effekt av rehagruppens verksamhet under 1976 i Huddinge inte går att redovisa med säkerhet. Vi vet emellertid att av 76 personer som 1976 gick utan arbete förvärvsarbetade 21 vid vår uppföljning två år senare. Vi vet också att mindre än hälften registrerades på arbetsförmedlingen genom rehagruppens försorg, övriga sökte arbetsförmedlingen på eget initiativ. Eftersom 20 av de 21 som förvärvsarbetade vid slutet av perioden fått sysselsättning i "skyddad" verksamhet av något slag, ligger det nära till hands att utgå från att den omsorgsfulla utredningen i rehagruppen varit av stor betydelse. Förtidspensionerna var förmodligen bättre underbyggda än vad som ofta är fallet. Hälften av ursprungspopulationen har emellertid inte fått sin situation förändrad. Studien kan möjligen ge belägg för betydelsen av alkoholpoliklinikens verksamhet. Med ett par undantag har samtliga i vårt material som fått arbete behandlats där.

Vi finner samma resultat som Westrin (10) i det att *patienteffekten* troligen varit ringa. Annan mindre kostsam och tidskrävande behandling och utredning mellan tex socialsekreterare-klient och/eller läkare-patient hade kanske lett till liknande resultat. Av egen erfarenhet från rehagruppsarbete kan vi inte hålla med Westrin om att *personaleffekterna* är positiva enbart för försäkringskassans personal. Förmodligen varierar erfarenheterna av samarbetet starkt mellan grupperna beroende på bla person-sammansättning och region.

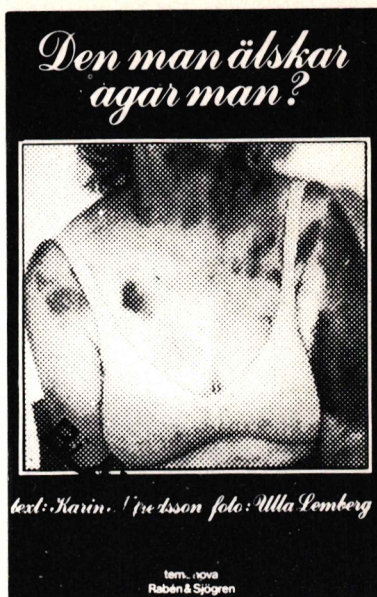
I nya förstadsområden med svåra sociala problem

och ofta ung, oerfaren och snabbt cirkulerande personal kan ett samarbete i exempelvis reha-grupp erbjuda goda möjligheter till *social kontakt* myndigheter emellan och framför allt till *internutbildning* som visar på vikten av en omsorgsfull utredning, *alternativa behandlingsmöjligheter*, gemensam policy och en breddning av det egna registret (1, 2). Vår egen kanske något naiva uppfattning är att insiktsfulla personer på försäkringskassan är mycket angelägna om att patienten skall rehabiliteras till en mera anständig tillvaro. Vi anser inte att värderingarna mellan de olika myndigheternas personalrepresentanter i sin grundsyn radikalt skiljer sig ifrån varandra. Vi har också framfört en del förslag till förbättringar. Det viktigaste hindret för rehabiliteringsarbetet utgör arbetsförmedlingens oförmåga att få fram passande arbete eller annorlunda uttryckt arbetsmarknadens struktur och styrning (8, 9, 10).

REFERENSER

1. Magnusson G: Excessive use of medical care or rational patient behaviour? Akademisk avhandling, Dept of Social Medicine, Karolinska Institutet, Huddinge University Hospital, Huddinge, 1980.
2. Morgan, M: Marital status, health, illness and service use. Soc Sci Med 14 A, 633-643, 1980.
3. Riksförsäkringsverket. Cirkulär nr 5/1975. Sjukfallsutredning m.m.
4. Riksförsäkringsverket. Kungörelse RFFS 1979: 1 om rehabiliteringsgrupper m.m hos allmän försäkringskassa (upphäver cirkulär 5/1975).
5. Riksförsäkringsverket. Utredningshandboken. Avsnitt US 43.10, FKF 38, 1978-06-02.
6. Riksförsäkringsverket. Andra tillsynsbyrå. PM 1980-11-14. Samverkansformer - rehabilitering. (Stencil).
7. Skaraborgs läns allmänna försäkringskassa. Engström, E, Tyvid, A, lokalkontoret i Mariestad: Den lokala reha-gruppens verksamhet 1976-1978, 1979-08-31. (Stencil).
8. Socialmedicinsk tidskrift nr 7-8, 1978.
9. Socialmedicinsk tidskrift nr 2, 1979.
10. Socialmedicinsk tidskrift nr 1, 1981.
11. Stockholms läns allmänna försäkringskassa. Arbetsbeskrivning 1976-07-05. Handlägningsordning för reha-grupp. (Stencil).
12. Stockholms läns allmänna försäkringskassa. Förfrågan 1978-10-25 om undersökning av de lokala reha-gruppernas verksamhet. (Stencil).
13. Stockholms läns allmänna försäkringskassa. Sammanställning 1979-05-07 om undersökning av de lokala reha-gruppernas verksamhet. (Stencil).

"När argumenten tryter, då slår han mig". Vilka män slår sina kvinnor? Varför stannar kvinnorna trots det kvar hos männen? Intervjuer med och fakta om misshandlade kvinnor i Sverige och England. Illustrerad.



3:e omarbetade upplagan RABÉN & SJÖGREN

Välkommen till Hultafors Hälsocenter i vacker högländsnatur mellan Göteborg och Borås

Vi erbjuder hälsokontroll, massage, medicinska bad, individuellt anpassad sjukgymnastik och motion, hälsoföredrag, simhall +32°, friluftsbad med bastu, tennis, promenadstigar i storslagen natur.

Vegetarisk eller blandad kost, specialdiet, faste-program.

Leg. läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster.

**517 00 Bollebygd · Tel. 033-950 50
Begär prospekt!**

Namn
Adress
Postadress