

Reha-grupperna — socialmedicin inom primärvården

Erik Ulfberg

Redan 1959 poängterades från Riksförsäkringsverkets sida behovet av samarbete mellan centralsjukkassorna och arbetsvårdsorganen i form av sk samarbetslag. Rehabiliteringsaspekten har sedan alltmer skjutits fram inom den allmänna försäkringen. 1975 föreskrevs att centrala och lokala reha-grupper skulle finnas med uppgift att behandla såväl enskilda ärenden som sådana av övergripande natur.

De knappa resurser som finns för yrkesmässig rehabilitering gör att ett effektivt samarbete måste bedrivas mellan de olika organ som har hand om rehabiliteringsfrågorna för att ett bättre resultat skall uppnås.

Erik Ulfberg är avdelningschef vid Göteborgs Allmänna Försäkringskassa.

Rehabiliteringsfrågorna har ofta diskuterats inom socialförsäkringen. Hela tiden har man utgått från att socialförsäkringen har haft ett visst ansvar för att rehabiliteringsfrågor väckts, även om huvudansvaret för vården och rehabiliteringen har legat hos sjukvården och den vårdande läkaren.

När allmän sjukförsäkring infördes i Sverige 1955 upptogs frågor om samarbete mellan vårdande läkare, sjukkassa och arbetsvård i rehabiliteringsfrågor.

Samarbetslagens tillkomst

År 1959 kom RFV med ett cirkulär nr 37/1959 angående samarbete mellan centralsjukkassa och arbetsvårdsorganen.

Samarbete mellan centralsjukkassorna och arbetsvårdsorganen

”För att arbetsvårdsbehov i förekommande fall skall uppmärksammas i tid skola inom varje centralsjukkasseområde, där så icke redan skett, förberedelser vidtagas för ett organiserat samarbete mellan centralsjukkassan och vederbörande länsarbetsnämnd. Härvid bör bildas ett samarbetslag, i vilket från centralsjukkassan böra deltaga förtroendeläkaren och ytterligare en eller ett par befattningshavare. Som länsarbetsnämndens representanter i samarbetslaget torde normalt komma att ingå föreståndaren för arbetsvårdsexpeditionen samt länsarbetsnämndens förtroendeläkare.

I stort sett bör samarbetet, när det är fullt utbyggt, vara utformat efter de riktlinjer, som utprovats av utredningen för socialförsäkring och arbetsanpassning och som framlagts i dess betänkande (SOU 1958: 17).

Detta innebär bla, att i princip samtliga sjukskrivningsfall, i vilka sjukhjälpstiden överstiger tre månader, skola komma under samarbetslagets bedömning. Tills vidare böra dock undantagas fall, då den sjukskrivne fyllt 60 år.

Det ankommer på centralsjukkassan att kalla till sammanträde. Hur ofta samarbetslaget bör samlas, är beroende av tillströmningen av ärenden. Hittillsvarande erfarenheter tyda dock på att det kan vara lämpligt med minst ett sammanträde i månaden.”

Förarbeten till lag om allmän försäkring

I Kungl Maj:ts proposition 1962: 90 med förslag till lag om allmän försäkring tog departementschefen

Torsten Nilsson upp rehabiliteringsfrågan och han skrev bl a följande:

"I anslutning till de under senare år vidtagna eller planerade pensionsreformerna har statsmakterna fäst stor vikt vid den verksamhet som går under beteckningen *rehabilitering*. Socialförsäkringskommittén har ingående behandlat denna fråga och därvid understrukit, att det primära ur socialpolitisk synpunkt bör vara att en sjuk eller skadad person återvinner hälsa och arbetsförmåga och inte att försörjningsbehoven tillgodoses genom pension. Rehabiliteringen ingår därför som ett naturligt och betydelsefullt led i själva invaliditetsbedömningen, och rätt till förtidspension i egentlig mening bör enligt kommitténs mening inte föreligga, förrän man i rehabiliteringshänseende gjort vad som rimligen kan komma i fråga i det enskilda fallet. En sådan målsättning och den föreslagna omdaning och utbyggnaden av förtidspensioneringen medför ett behov av en snabb och kraftig upprustning av rehabiliteringsresurserna. Knappast någon av de av kommittén behandlade frågorna har väckt så livlig diskussion under remissbehandlingen som rehabiliteringsspörsmålen. Vad kommittén anfört beträffande rehabiliteringen har nästan undantagslöst verifierats. Helt allmänt vill jag framhålla, att jag med stor tillfredsställelse hälsar det levande och positiva intresse som ägnas rehabiliteringsfrågorna. Det skapar tillförsikt och borrar för att även dessa frågor skall nå en tillfredsställande lösning.

Jag är medveten om att resurserna nu är otillräckliga. Samtidigt måste dock konstateras, att en utbyggnad skett och sker på såväl den medicinska rehabiliteringens som arbetsvårdens område. I likhet med flera remissorgan anser jag att utbyggnadstakten i avgörande grad är beroende av tillgången på utbildad personal. Hur de problem som här föreligger lämpligen bör lösas är jag inte beredd att ta ställning till i detta sammanhang. Åtskilliga andra frågor av organisatorisk och teknisk natur är i behov av en närmare undersökning. Frågan om bidrag från socialförsäkringen till rehabiliteringsinstitutioner har av

Utbyggnaden av den medicinska och arbetsmarknadsmässiga rehabiliteringen skedde i viss mån, men ej i den omfattning som hade erfordrats

kommittén ställts på framtiden. Kommitténs förslag om inrättande av ett centralt samordnings- och planeringsorgan för rehabiliteringsverksamheten, benämnt *centrala rehabiliteringsberedningen*, har rönt ett positivt mottagande. Jag hyser också den uppfattningen, att ett organ för planering och samordning på rehabiliteringsområdet behöver inrättas. Frågan om dess organisation, uppgifter och verksamhetsformer förtjänar dock ett närmare övervägande."

Arbetet i samarbetslagen fungerade vid vissa kassor ganska bra medan det vid andra kassor mest blev ett överlämnande av remisshandlingar och viss information till arbetsförmedlingen från försäkringskassans sida.

Utbyggnaden av den medicinska och arbetsmarknadsmässiga rehabiliteringen skedde i viss mån, men ej i den omfattning som hade erfordrats för att på ett effektivt sätt förhindra förtidspensionering av partiellt arbetsföra.

Utveckling och försöksverksamhet

År 1965 kom riks-försäkringsverket ut med ett cirkulär 12/1965 angående: Åtgärder enligt 4: 2 AFL (den sk 90-dagarsgranskningen). Där poängterar riks-försäkringsverket att försäkringskassans 90-dagarsgranskning utgör ett led i den kontrollverksamhet, som åvilar kassorna. Granskningen har till ändamål:

- a) uppspåra rehabiliteringsfall,
- b) att undersöka möjligheterna till åtgärder i dessa,
- c) att – då rehabiliterande åtgärd befinnes erforderlig och möjlig tillse att lämplig sådan vidtages,
- d) att utröna huruvida den försäkrade bör åtnjuta sjukbidrag eller förtidspension samt
- e) att uppspåra fall av försäkringsmissbruk

Under senare delen av 1960-talet och i början av 1970-talet sökte man sig fram till olika samarbetsformer i rehabiliteringsärendena. I direktiven till Socialutredningen, 1967, betonades behovet av samverkan mellan olika huvudmän då det gäller såväl planering som information, hjälp och vård till den enskilde. En arbetsgrupp inom Socialdepartementet, i vilken det ingick representanter från arbetsmarknadsstyrelsen, riksförsäkringsverket, socialstyrelsen, socialutredningen samt landstings- och kommunförbundet, lade den 25 juli 1971 fram en promemoria där man föreslog en försöksverksamhet med social samverkan.

I promemorian uttalas bl a att:

”Det viktigaste för försöksverksamheten bör vara att åstadkomma ett vidgat samarbete mellan olika myndigheters och organs personal, vars arbetsuppgifter är att ge allmänheten vård, hjälp, service, råd och upplysning. För att arbetet skall kunna fungera bra på tjänstemannanivå fordras även ett ökat samarbete med och mellan för-
troendemannanorgan för planering. Denna form av samarbete måste också ingå i försöksverksamheten. Försöksverksamheten bör således ej betona lokalgemenskap utan istället socialsamverkan och systematiserat samarbete.”

Arbetsgruppen föreslog en försöksverksamhet inom tre huvudområden, nämligen

- planering
- klientbehandling
- information till allmänheten.

Försöksverksamhet kom igång i Falun, Linköping och Ljusdal och har redovisats i ”Socialstyrelsen redovisar 1977: 10 Social samverkan.”

Riksförsäkringsverkets cirkulär 5/1975

Inom riksförsäkringsverket arbetade man under tiden vidare med rehabiliteringsfrågorna och försökte arbeta fram normer som skulle kunna tillämpas över hela landet. Efter omfattande utredningsarbete och försöksverksamhet samt efter samråd med arbetsmarknadsstyrelsen och Socialstyrelsen arbetade

De rehabiliteringsåtgärder som kan komma ifråga får vidtas först efter samråd med den försäkrade

man fram cirkulär 5/1975 om sjukfallsutredning m m där man gav försäkringskassorna detaljerade anvisningar om hur långa sjukfall skulle bevakas och behandlas.

I detta cirkulär påpekar riksförsäkringsverket att de rehabiliteringsåtgärder som kan komma ifråga – medicinska, arbetsmarknadsmässiga eller sociala – får vidtas först efter samråd med den försäkrade. Vidare att ärenden, som berör andra samhällsorgan, skall handläggas i samråd med dessa. Riksförsäkringsverket ger i cirkuläret en detaljerad beskrivning över hur rehabiliteringsärendena skall handläggas. Bl a poängteras samarbetet mellan kassans för-
troendeläkare och vårdande läkare, liksom att kassan, innan läkarutlåtande begäres av vårdande läkare, skall undersöka om annat samhällsorgan förfogar över utlåtande, som kan utnyttjas av försäkringskassan.

Riksförsäkringsverket tar i cirkuläret även upp frågan om samrådsorgan i frågor av mer komplicerad natur. Man föreskriver att det vid försäkringskassan bör finnas en central rehabiliteringsgrupp (reha-grupp) knuten till centralkontoret och lokala reha-grupper knutna till lokalkontor.

”I försäkringskassans centrala reha-grupp, som skall behandla såväl enskilda ärenden som frågor av gemensam och övergripande natur, bör delta företrädare för vederbörande länsarbetsnämnd och sjukvårdshuvudman, gärna läkare vid rehabiliteringsklinik eller motsvarande. Även företrädare för andra samhällsorgan kan – om så behövs nödvändigt – kallas till sammanträde (t ex företrädare för länets handikappråd).

Centralkontoret bör verka för att lokala reha-grupper bildas på orter där lokalkontor finns. Frågor om inrättande av lokala reha-grupper bör tas upp i central reha-grupp. I lokalreha-grupp bör från försäkringskassans sida delta lokalkontorsföreståndare/biträdande lokalkontorsföreståndare

dare, försäkringsutredare/utredare samt – i förekommande fall – förtroendeläkare. I gruppen bör dessutom i första hand ingå distriktsläkare och – i så förekommande fall – distriktssköterska samt företrädare för socialvården och arbetsförmedlingen/arbetsvården.”

Riksförsäkringsverkets cirkulär 5/1975 har gällt under uppbyggnadstiden av rehagruppernas verksamhet. I januari 1979 ersattes det av en kungörelse om rehabiliteringsgrupper m m hos allmän försäkringskassa (RFFS 1979: 1), som ger anvisningar om rehagrunder, men ej går in i detaljbeskrivningar som tidigare gällande cirkulär.

Rehagruppernas verksamhet vid försäkringskassorna

Igångsättandet av rehagrunder har på en del håll gått mycket bra medan man på vissa andra mött visst motstånd.

Riksförsäkringsverket angav i sitt cirkulär 1975 att det ankom på försäkringskassorna att bestämma tidpunkt då handläggningen av långtidsfallen skulle börja i enlighet med vad där föreskrevs.

Under åren 1975 och framöver pågick vid försäkringskassorna en decentralisering av handläggning av sjukfallsärenden från centralkontor till lokalkontor. Man byggde bl a upp en medverkan av förtroendeläkare på lokalkontoren, och arbetade för att göra utredningarna i närtkontakt med den försäkrade och vårdande läkaren. Genomförandet av denna decentralisering tog vid vissa lokalkontor lång tid. Svårigheter med såväl lokal- som personalresurser, utbildning m m lade hinder i vägen för en snabb decentralisering. Bl a svårigheten att få förtroendeläkare och utbildning av dessa i socialförsäkringsfrågor.

Rehagrupsverksamheten vid Göteborgs allmänna försäkringskassa

En svårighet vid startande av rehagrunder framkom även vid kontakten med arbetsförmedling och so-

På de flesta håll ställde man upp när försäkringskassorna kallade till information om rehagrunder

Att i ett storstadsområde bygga upp en lokalrehagrupp med bl a distriktsläkare, distriktsköterska etc har ej visat sig lämpligt

cialvård. Riksförsäkringsverket hade gått ut med sitt cirkulär och föreskrivit vad kassan skulle göra i samarbetet med rehabiliteringsfrågorna. Något motsvarande initiativ gjordes ej från arbetsmarknadsstyrelsen och socialstyrelsen. På de flesta håll – om än med viss tvekan i vissa fall – ställde man upp när försäkringskassorna kallade till information om rehagrunder. För Göteborgs allmänna försäkringskassa kom man igång med central rehagrupp i början av 1977 och de lokala rehagrunderna kom sedan igång under 1977–1978.

Centrala rehagrunderna vid Göteborgskassan behandlar övergripande frågor, medan de lokala rehagrunderna tar upp individuella fall för diskussion.

Sammansättningen av rehagrunder blir något varierande beroende på förhållandena inom verksamhetsområdet. Att i ett storstadsområde bygga upp en lokalrehagrupp med bl a distriktsläkare, distriktssköterska etc har ej visat sig lämpligt.

I de lokala rehagrunderna i Göteborg – för närvarande 15 till antalet – ingår kontorsföreståndare och chef för utredningssektionen vid försäkringskassans lokalkontor, socialsekreterare från socialförvaltningen och enhetschef eller inspektör från arbetsförmedlingen. Härutöver deltar de assistenter som handlägger aktuella ärenden, och i mån av tid är också kassans förtroendeläkare närvarande. Det händer också att socialläkare och den försäkrades behandlande läkare inträffar vid rehagrupsens sammanträde. Vissa distriktsläkare vid vårdcentraler liksom skyddskonsulenter visar stort intresse genom att närvara då deras patienters/klienters ärende diskuteras. Om det visar sig nödvändigt kan annan rehabiliteringspart eller företrädare för annat samhällsorgan kallas till sammanträdena.

Försäkringskassan kallar i regel till sammanträde varannan månad. I god tid har då anmälts de ärenden som samtliga parter önskar diskutera och som aviseras med kallelsen. Det skall redan här framhållas att de ärenden som aktualiseras sker i samråd

med den försäkrade i första hand och dessutom med dennes behandlande läkare eftersom patienten helst bör befinna sig i ett sådant medicinskt tillstånd att han kan medverka till rehabiliteringen.

Med utgångspunkt från de fakta som föreligger i ärendena utarbetas vid sammanträdet en behandlingsplan. Det gäller då att medelst de resurser samverkande parter förfogar över försöka få till stånd åtgärder som fortast möjligt leder till återgång i arbete, bästa möjliga hälsotillstånd, social anpassning etc. Ofta kan dessa åtgärder sättas in parallellt utan onödigt dröjsmål och i syfte att förhindra att den försäkrade passiviseras. Innan åtgärderna effektueras skall den försäkrades medgivande därtill inhämtas. Den tjänsteman som förfogar över hjälpmedlen är ansvarig för åtgärden vilken skall redovisas så snart den är genomförd. Vid sammanträdena bör uppföljning ske av tidigare aviserade ärenden. I regel är det den som aktualiserar ett ärende i rehagruppen som ansvarar för att behandlingsplanen blir genomförd.

Man bör på ett så tidigt stadium som möjligt initiera ett ärende till rehagrupp om man uppfattar denna som rätt forum att snarast återföra den försäkrade till bästa tänkbara mål antingen detta är av medicinsk, arbetsmässig eller social art.

Av olika skäl kan dock sjukfall bli långdragna och har kanske tillfört fallet andra faktorer än de rent medicinska. Denna grupp dominerar bland annat de ärenden som utreds. Problemen kan också vara omvända, en ekonomisk misär eller ohållbar social situation kan mynna ut i ett sjukfall. Inte sällan förekommer fall med sjukskrivna ensamföräldrar som inte kan placera sina barn då de förvärvsarbetar. Är då föräldern invandrare utan möjlighet att tillgodogöra sig svensk information kan problemen bli omfattande. En annan grupp i samhället som för försäkringskassan är anonym trots tidigare uppsökande verksamhet är de som inte är placerade i sjukpenninggrundande inkomst. Som exempel på ärenden som behandlas skall också nämnas försök till sanering i missbrukares levnadsvillkor.

Ärenden som nyss nämnts inrymmer multipla faktorer som behöver angripas. De medicinska åtgärderna, vilka oftast rör sig om remisser, medbedömningar, behandlingsformer och konferenser

De medicinska åtgärderna, liksom de försäkringsmässiga initiativen ombesörjes av försäkringskassan

med behandlande läkare via förtroendeläkarna, liksom de försäkringsmässiga initiativen ombesörjes av försäkringskassan. Bostadsförhållanden, barnpassning, ärenden som berör nykterhetslagen och barnavårdslagen samt i vissa fall uppsökande verksamhet ansvarar socialförvaltningen för. En gemensam nämndare för både socialförvaltning och försäkringskassa är de ansträngningar som görs för att få den försäkrade motiverad att medverka till en lösning av sina problem.

Ett känt faktum är att nutidsmänniskans livsföring kan åstadkomma ohälsa och tvinga henne att byta arbete. Arbetsmarknadssituationen bidrar också till psykosomatisk störning genom friställd arbetskraft. I dessa fall får arbetsförmedlingen sin givna uppgift.

Det är lätt att beskriva arbetsuppgifter och att säga "hur vi bör arbeta". Vid en konferens våren 1979 konstaterade RFV/AMS att rehagrupperna i riket fungerade ganska bra men en intensifiering av samarbetet myndigheterna emellan önskades. Enligt många deltagares mening hade dittills rehagrupperna alldeles för låg status – deras beslut borde få större respons hos beslutande organ, tex arbetsgivare.

Om man ser tillbaka på de drygt två år som rehagrupperna fungerat i Göteborg finner man – som tidigare antytts – att de begynte ganska trevande. Eftersom det enbart för försäkringskassan föreskrivs att det skulle finnas rehagrupeer stod till en början både socialförvaltning och arbetsförmedling lite avvaktande inför engagemanget. Båda myndigheterna hade instrument till hjälpinsatser men de personella resurserna saknades. Man ansåg sig ha lite svårt att hitta lämpliga diskussionsfall, uppföljningen av de insatta åtgärderna fallerade, det var kanske inte så väl beställt med närvaron av aktuell handläggare på sammanträdena, etc.

Men inom några distrikt fungerade rehagrupperna bra från början och de representanter från social-

byråer och arbetsförmedling skall ha en eloge som redan då informerade sina kolleger om vikten av att samtliga organ samordnade sina insatser och inte arbetade på var sitt håll med samma sak.

Under senaste året har förmärkts en förändrad attityd till rehagruppsarbetet som kan ha sin förklaring i stadsplaneringen med nya bostadsområden i Göteborg. Här har arbetsförmedling, socialförvaltning och försäkringskassa kommit att vara belägna ganska nära varandra vilket gör det lättare att konferera med varandra.

Därtill kommer att en vårdcentral ofta inryms i närheten och att dess läkare utvecklar ett intresse för samarbete med samtliga agerande.

För att stimulera samarbetet i de lokala rehagrupporna inbjöd försäkringskassan samtliga rehagruppsmedlemmar, representanter från arbetsförmedling, socialförvaltning och kriminalvårdsverket (skyddskonsulenter) till en informationsdag i november 1979. Ett sjuttiototal personer åhörde ett koncentrat av utvecklingen från samarbetslag till rehagrupp och vilka impulser som initierar ärenden dit. Där redogjordes också för vilka hjälpmedel arbetsförmedlingen förfogar över och vilka stödåtgärder som kan sättas in åt arbetshandikappade. Likaså informerades om de nya arbetsmarknadsinstituterna, stiftelsen Samhällsföretag, arkivarbetena som förvandlas till "anställning med lönebidrag" och annan försöksverksamhet. (Här anade man en tröskel i reha-arbetet innan denna omfattande omorganisation börjat fungera!).

Tyngdpunkten i programmet utgjorde grupparbetena – autentiska fall – som mötesdeltagarna skulle diskutera som om de medverkade i rehagrupp. Från försäkringskassans sida tycker vi att inställningen till rehagrupporna förbättrats sedan dess. Närvarofrekvensen har ökat, samarbetet har utvecklats och uppföljningen av insatserna har intensifierats. Kanske har reaktionen i massmedia över utslagna ungdomar haft till följd att ärendena på sistone representerats av yngre åldersgrupper.

Det är ännu för tidigt att utvärdera resultatet av rehagrupporna verksamhet. Till syvende och sist gäller det att förkorta sjukdomsperioden till den försäkrades bästa. Det förhållandet att en behandlingsplan genomförts borgar inte för ett önskat re-

Ansaret för att sätta igång en rehabilitering ligger på vårdande läkare

sultat förrän man kan konstatera att varaktigt hälsotillstånd eller en bestående arbetsförmåga förelegat!

Som tidigare antytts gäller det att anpassa rehagrupporna sammansättning beroende på förhållandena inom verksamhetsområdet. Gruppen bör ej bli för stor. Det bör vara representanter från institutioner som aktivt kan arbeta med den som skall rehabiliteras och ett gott samarbete måste eftersträvas.

Huruvida sjukvårdshuvudman, distriktsläkare, distriktssköterska skall ingå i gruppen får bero på deras kännedom om och medverkan i de ärenden som behandlas. I större tätorter med tillgång till ett flertal läkare och fritt läkarval är det ej troligt att distriktsläkare eller distriktssköterska har sådan personkännedom att de kan berika diskussionerna i de lokala rehagrupporna. Däremot bör vårdande läkare om möjligt närvara eller ha lämnat sin syn på rehabiliteringsprogrammet. Kan förtroendeläkare från försäkringskassa, arbetsförmedling eller socialläkare medverka i de lokala grupperna är det en fördel.

Rehagrupporna medverkan i rehabiliteringsarbetet

En rehabilitering måste sättas in snarast möjligt. Ansaret för att sätta igång en rehabilitering ligger på vårdande läkare som i sin behandling av patienten bör göra sig underkunnig om huruvida patienten efter sin sjukdom kan återgå i sitt gamla arbete och om arbetsanställning finnes. Tyvärr är det ibland så att vårdande läkare ej sätter igång med sociala eller arbetsinriktade rehabiliteringsåtgärder förrän försäkringskassan genom förtroendeläkaren gör förfrågan om tillstånd och prognos. Läkarna avvaktar att försäkringskassan hör av sig innan de skriver remiss till arbetsvården eller kontaktar andra institutioner etc.

Redan i förarbetena till lag om allmän försäkring talas det om vikten av rehabilitering och utbyggnad av rehabiliteringsresurserna. Tyvärr har de förhoppningar som då framfördes ej infriats. Resur-

serna såväl vad gäller medicinsk som yrkesmässig rehabilitering är mycket begränsade. Därför är det viktigt att samordna rehabiliteringsinsatserna för att nå bästa möjliga resultat. En del åtgärder kan insättas parallellt för att avkorta väntetiderna och därigenom ge bättre behandlingseffekt. De centrala och lokala rehagrupperna kan vara till god nytta och de medverkande i dessa grupper kan med sina erfarenheter och kunskaper medverka till en lösning av problemen. Under 1980 har en samarbetsgrupp med deltagare från Riksförsäkringsverket, Arbetsmarknadsstyrelsen och Socialstyrelsen och i vilken även Kommunförbundet och Landstingsförbundet medverkar, kommit till stånd.

Denna grupp (RAS) skall bland annat se över arbetsformerna i de lokala rehabiliteringsgrupperna.

Behandlingsplan enligt försäkringskassornas utbildning (Figur 1)

1. Behandlingsplan ger den enskilda människan en chans att själv deltaga och påverka sin situation.
2. Behandlingsplanering leder till ett bättre resursutnyttjande.
3. Behandlingsplan förkortar vissa sjukfall.
4. Behandlingsplanering ger oss en realistisk uppfattning av de resurser som finns.

Figur 1. Behandlingsplan

Bakgrund	Kända fakta Medicinska utredningar Sociala utredningar Övriga utredningar		
Problem	Medicinska Sociala Arbetsmässiga		
Målformulering	Huvudmål Delmål		
	Medicinska	Sociala	Arbetsmässiga
Insats/åtgärd	Medicinsk Rehabilitering Tex ortopedkonsult	Social Rehabilitering Tex bostadsyta	Arbetsmässig Rehabilitering Tex arbetsprövning
Ansvar	Behandlande läkare	Socialbyrån	Arbetsförmedlingen
Uppföljning/ Utvärdering	Har målet uppfyllts? Har åtgärderna varit meningsfulla?		