

# Arbetsmiljön i vården – från ord till handling

Vårdsektorn sysselsätter en stor del av den svenska befolkningen, främst kvinnor. Långtidssjukskrivningar och förtidspensioneringar är vanliga. En del av denna ohälsa kan förklaras med försämrade arbetsmiljö och icke hälsofrämjande organisationer inom sektorn det senaste decenniet. Både kommuner och landsting måste ta till krafttag för att kunna behålla sin personal fram till lagstadgad pensionsålder och för att bli attraktiva arbetsgivare för ny personal. För att inte upprepa gamla misslyckanden i arbetsmiljön i framtiden bör organisationsförändringar, liksom alla terapier som ges till patienter, vara evidensbaserade och noggranna konsekvensanalyser göras före förändringen.

## EVA VINGÅRD

docent, sektionen för personskadeprevention, Karolinska institutet, Stockholm

## INGVAR LUNDBERG

docent, yrkesmedicinska enheten, Stockholms läns landsting

## EDEL KARLSSON HÅÅL

förhandlingschef, Sveriges läkarförbund, Stockholm

## ELISABETH BROLIN

ombudsman, Svenska kommunalarbetsförbundet, Stockholm

»Vi som vårdpersonal mår dåligt, någonting måste göras. Det här är ohållbart! Personalen är utsliten och utbränd! Hjälpl!»

»Vi är en trygg personalgrupp som arbetat tillsammans i många år. Vi är sällan sjuka och har roligt tillsammans.»

Detta är citat från en enkät i den pågående longitudinella HAKuL-studien (hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting), som drivs vid sektionen för personskadeprevention på Karolinska institutet. Studiens syfte är att förbättra arbetsförhållandena genom att initiera interventiva och preventiva insatser samt att förbättra strukturen för rehabiliteringsarbetet.

## Försämring av arbetsvillkoren i vården

Under 1990-talet förändrades arbetsvillkoren i vårdsektorn på ett mycket negativt sätt. Vården prioriterades lägre än tidigare, och resurserna minskade. Detta innebar att arbetsbelastningen på personalen ökade. En av de viktigaste kunskaperna inom arbetsmiljöforskningen är att höga krav i arbetet måste medföra ökat inflytande över det egna arbetets or-

ganisering. Enligt data från SCBs arbetsmiljöundersökningar förefaller det dock som om de ökande kraven i själva verket ofta åtföljs av lågt inflytande (Figur 1) [1]. Under 1990-talet ökade andelen vårdanställda som uppfattade att de fått stora krav på sig i kombination med lågt inflytande. En sådan utveckling hade inte skett för andra yrkeskategorier, som administratörer och ingenjörer. Dessutom var det enligt PART (psykisk hälsa, arbete, relationer)-projektet kring psykisk ohälsa i Stockholms län en liten andel vårdanställda som uppfattade att arbetsgivaren uppskattade deras arbetsinsatser som ett led i att verksamheten skulle fungera bra (Figur 2). Enligt SCBs undersökningar uppgav också fler i vården att de misströstad på grund av svårigheter de ställdes inför i arbetet.

## Konflikt om verksamhetens mål

Dessa data tillsammans med data från Stockholms läns vårdhälsorapport [2] tyder på att det under 1990-talets omfattande nedskärningar och omorganisationer uppstod konflikter mellan de anställda och arbetsgivarna om verksamhetens mål. Eftersom vården är relationsyrken blir de anställdas arbetstillfredsställelse beroende av hur väl, eller effektivt, patienterna behandlas. Arbetsgivarna och de anställda var sannolikt ofta överens om behovet av en hög effektivitet i vården, dvs att etablerade mål för verksamheten, som en vård med hög kvalitet på lika villkor för hela befolkningen, skulle uppfyllas. Arbetsgivarna kom dock ofta att definiera effektivitet som produktivitet vad avsåg förhållanden med svag koppling till effektiviteten, t ex antal undersökningar av en viss typ. I beto-

## Tema: Arbetsmiljö

ningen av produktiviteten skilde arbetsgivaren på beställare och utförare, vilket skulle leda till produktivitetshöjningar genom anbuds konkurrens och prestationsrelaterade ersättningssystem. Förändringarna skedde i högt tempo och utan utvärdering. De var föremål för återkommande revideringar som inte heller utvärderades.

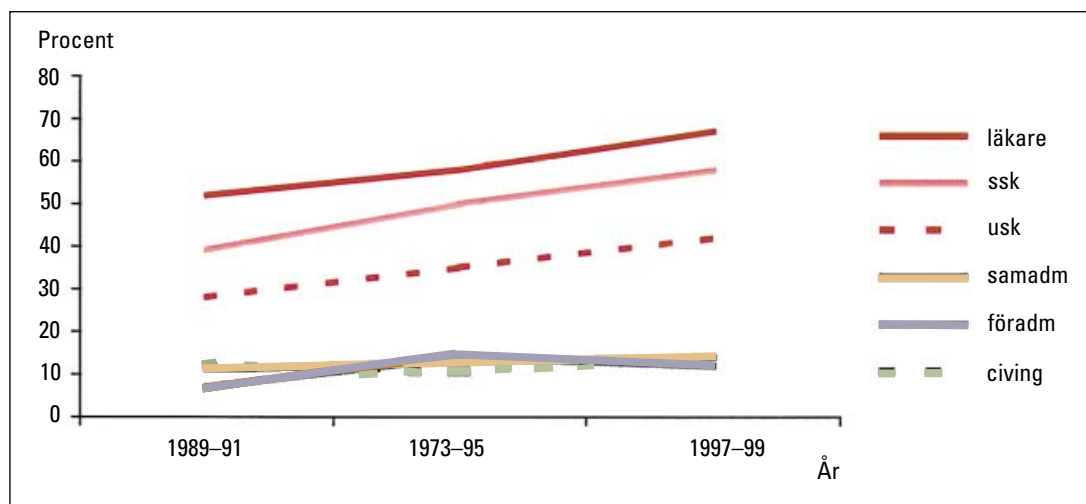
## Enkätstudie om arbetshälsa

I den pågående HAKuL-studien deltar från vårdsektorn bl a 271 läkare, 721 sjuksköterskor och 1 024 undersköterskor. Majoriteten av de deltagande läkarna kommer från allmänmedicin, psykiatri och invärtesmedicin. Samtliga är landstingsanställda. Sjuksköterskor och undersköterskor arbetar både inom kommuner och i landsting.

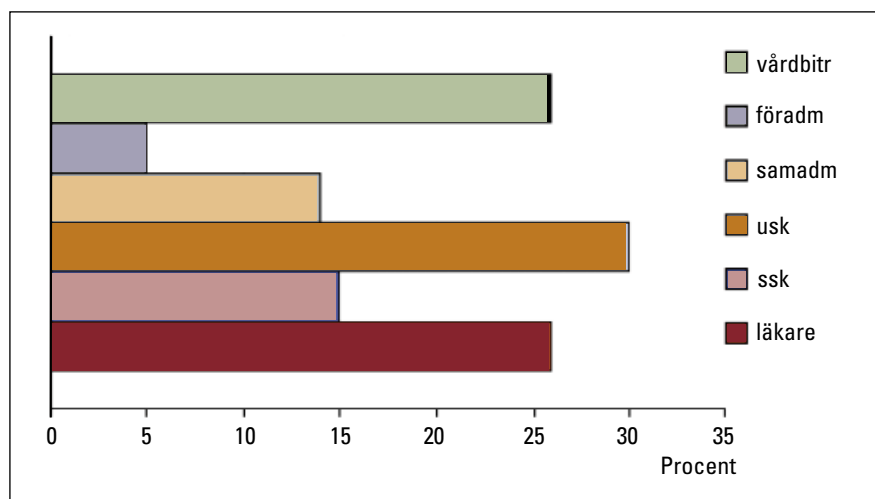
I enkätform har uppgifter samlats in om hälsa, arbetsförhållanden och livsstil. Här kommer data att redovisas främst om individens upplevelse av att ha en god fysisk och psykisk hälsa samt möjligheter att med hänsyn till hälsan kunna arbeta kvar i samma yrke om två år (sammantaget definierat som arbetshälsa), hur arbetet påverkar familjelivet, livsstil och arbetsförhållanden.

## Olika definition av hälsa

27 procent av de manliga läkarna hade en god arbetshälsa och 6 procent en dålig. Motsvarande siffror för kvinnliga läkare, sjuksköterskor och undersköterskor var: god arbetshälsa 23 procent, 21 procent respektive 22 procent; dålig arbetshälsa 8 procent, 10 procent respektive 12 procent.



**Figur 1.** Andelen i olika yrkeskategorier som i SCBs undersökningar genom åren anger höga krav och lågt inflytande i arbetet. ssk = sjuksköterskor; usk = undersköterskor; samadm = samhällsadministratörer; föradm = företagsadministratörer; civing = civilingenjörer.



**Figur 2.** Andel i olika yrken som anser sig få föga uppskattning från överordnade. Data från PART-projektet om psykisk ohälsa i arbetslivet i Stockholms län. vårdbitr = vårdbiträden; föradm = företagsadministratörer; samadm = samhällsadministratörer; usk = undersköterskor; ssk = sjuksköterskor.

**Tabell I.** Rökning, motion och BMI i olika yrkesgrupper. Data från HAKuL-studien.

	Röker dagligen, procent	Motionerar aldrig, procent	Överviktiga (BMI >25), procent	Feta (BMI >30), procent
Läkare, män	8	23	44	5
Läkare, kvinnor	3	21	31	5
Sjuksköterskor	18	18	28	9
Undersköterskor	25	15	31	12

Att främja hälsa och förebygga sjukdom är viktigt för att så många som möjligt ska orka med ett yrkesverksamt liv. Det finns inte en entydig, allmänt accepterad definition av hälsa. Det har visat sig att en del människor upplever en god hälsa trots en långvarig sjukdom, liksom det omvända. Sjukdom kan sägas beteckna en avvikelse från en normal kroppsfunction medan hälsa avser en upplevelse av välbefinnande och förmåga till handling

[3, 4]. Vår definition, att man upplever sig ha en god fysisk och psykisk hälsa samt att hälsan är sådan att man har möjlighet att arbeta kvar i samma yrke om två år, bedöms som relativt heltäckande ur arbetshälsosynpunkt. Manliga läkare hade en tendens till ett bättre status än kvinnor generellt, även om skillnaderna inte var statistiskt signifikanta. Både arbetsinnehåll och förhållanden utanför arbetet kan förklara den tendens till skillnad

som fanns. Att känna tillfredsställelse med livet, som denna fråga speglar, har i en finsk studie visat sig även vara kopplat till god arbetsförmåga [5].

#### Negativ påverkan på privatlivet

Trots denna tillfredsställelse anger 33 procent av de kvinnliga läkarna att arbetet påverkar hem- och privatliv negativt. Färre, men fortfarande en substansiell del (23 procent), av de manliga läkarna anger detsamma. Endast 8 procent av sjuksköterskorna och 6 procent av undersköterskorna rapporterar denna negativa påverkan.

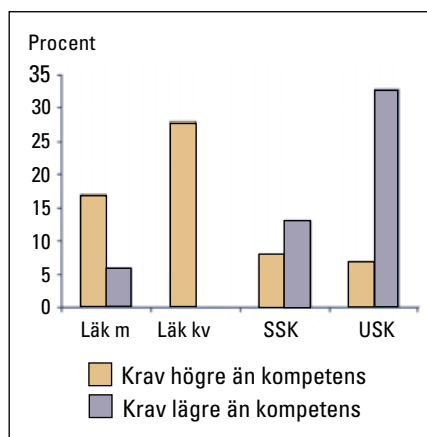
De höga siffrorna för läkare är oroväckande. Att arrangera arbetsförhållanden och arbetstider som gör det möjligt att förena yrkesliv och hemliv verkar vara mycket angeläget.

#### Livsstilsvanorna viktiga

En stor del av undersköterskorna (25 procent) var dagligrökare medan motionsvanorna var sämst hos läkarna. Antalet överviktiga (BMI >25) och feta (BMI >30) var också relativt högt, speciellt bland manliga läkare (Tabell I). Rökning, brist på motion samt övervikt är riskfaktorer för åtskilliga sjukdomar. Detta måste vara synnerligen välbekant för alla med någon sjukvårdsutbildning. Förbättrade livsstilsvanor kan vara av vikt för att läkare, sjuksköterskor och undersköterskor i Sverige skall behålla sin hälsa.

#### Arbetsförhållandena påverkar hälsan

Undersköterskorna hade i särklass störst fysisk belastning i arbetet. 68 procent angav detta medan motsvarande siffra för sjuksköterskor var 40 procent och för läkare 13 procent. Fysisk belastning har i många studier visat sig ha stor betydelse för möjligheten att stanna kvar i yrket med god hälsa fram till pensioneringen [6, 7]. Att undersköterskorna hade ett så stort andelstal för fysisk belastning är där-



**Figur 3.** Förhållandet mellan krav i arbetet och den egna kompetensen. Data från HAKuL-studien. Läk m = läkare, män; Läk kv = läkare, kvinnor; SSK = sjuksköterskor; USK = undersköterskor.

för oroande och bör analyseras bättre och åtgärdas. Även många sjuksköterskor har en tung fysisk börda i arbetet. Lyfthjälpmiddel som går att använda, hjälp med tunga vårdtagare, bättre anpassning vid vård i hemmet och mer tid är möjligheter att tillgripa för att få bukt med detta, som annars kommer att kräva sjukskrivningar och förtidspensioneringar.

När det gäller balansen mellan krav i arbetet och den egna kompetensen uppvisade de olika yrkesgrupperna helt olika mönster. Många av läkarna, speciellt de kvinnliga läkarna, angav att kraven var högre än kompetensen medan det för undersköterskorna var tvärtom, kraven var lägre än kompetensen (Figur 3).

Att vara tillfreds med de arbetsförhållanden som råder är viktigt för hälsa, välbefinnande och produktivitet [8]. Balansen mellan krav i arbetet och den egna kompetensen får inte vara för skev. Här har läkarna, speciellt kvinnorna, en farlig diskrepans då de i hög grad anger att kraven är högre än kompetensen. Detta har betydelse även för den vård som ges, och en ökad möjlighet till fortbildning och reflektion är viktig för hela vårdsystemet. I andra änden av spektrat ligger undersköterskorna som anser att de är underutnyttjade. Nya delegeringar från administrativt håll, där undersköterskor inte längre får utföra vissa arbetsuppgifter av sjukvårdande karaktär som de tidigare gjorde, kan vara en förklaring. Denna utveckling gäller främst undersköterskor i kommunal tjänst medan däremot landstingsanställda undersköterskor har en bättre balans mellan krav och kompetens.

### Många missnöjda med vårdkvaliteten

Cirka 80 procent i alla yrkeskategorier angav att de var nöjda med kvaliteten på det egna arbetet medan bara ca 60 pro-

**Tabell II.** Förändring av arbetsförhållandena senaste året för olika yrkeskategorier. Data från HAKuL-studien. SSK = sjuksköterskor, USK = undersköterskor. m = män; kv = kvinnor.

	Läkare m, procent	Läkare kv, procent	SSK, procent	USK, procent
Ökad arbetsbelastning	65	58	58	52
Ökad tidspress	66	60	52	49
Ökad svårighetsgrad	32	30	26	16
Minskade möjligheter att utvecklas och lära nytt	28	20	17	14
Ökade möjligheter att utvecklas och lära nytt	18	18	25	18
Minskat stöd och uppbackning	19	17	15	10
Minskat samarbete	15	12	13	10
Ökat samarbete	13	11	11	13
Minskad personaltäthet	39	35	44	35
Ökad personaltäthet	10	13	10	11
Minskat inflytande	19	13	12	5
Ökat inflytande	13	18	12	10

**Tabell III.** Självrapporterade arbetsförhållanden för yngre respektive äldre läkare. Data från HAKuL-studien.

	Under 54 år, procent	Över 55 år, procent
Ökad arbetsbelastning	65	54
Ökad tidspress	65	62
Minskade möjligheter att lära nytt	23	32
Ökade möjligheter att lära nytt	22	6
Minskat inflytande och kontroll	15	24
Kraven högre än kompetensen	24	14
Kraven lägre än kompetensen	2	6
Ofta nöjd med kvaliteten på arbetet	80	90
Uppskattas i hög grad av överordnade	38	41
Uppskattas i hög grad av patienter	68	80

cent angav att de generellt var nöjda med den vård som gavs. Inte mer än drygt 60 procent tyckte att det fanns klart definierade mål för arbetet.

Många, men inte alla, anser alltså att kvaliteten på deras arbete är god medan de däremot är missnöjda med den vård som ges mer generellt. Vårdpersonalen själv bör vara bäst på att bedöma detta, och det bör vara ett observandum för alla som administrerar vården. En konsekvensanalys ur både patienternas och vårdgivarnas synvinkel bör göras innan omorganisationer, speciellt om de innebär personalnedskärningar, föreslås.

### Förändringar ofta till det sämre

Förändringar i arbetsförhållandena under det senaste året efterfrågades, och de flesta ansåg att förändringar till det sämre övervägde (Tabell II). Detta är en farlig väg ur alla synvinklar.

De äldre läkarna ansåg sig ha mindre möjligheter att lära nytt, men uppgav i övrigt samma eller bättre värden än de yng-

re läkarna. Varken med hänsyn till fysisk eller till mental belastning i arbetet tyckte sig de äldre läkarna ha en sämre situation än de yngre (Tabell III). Detta stämmer väl med många forskningsresultat [7, 9, 10]. En viss selektion kan dock misstänkas, då få i grupperna var äldre än 60 år.

### Äldre arbetskraft måste tas till vara

Den kognitiva och fysiska nedgången som uppträder hos de flesta med stigande ålder har i de flesta arbeten mycket begränsad praktisk betydelse så länge en person behåller sin motivation och sitt intresse för arbetsuppgifterna. Om åldersstereotypen, dvs att äldre personer presterar ett sämre arbete, får fotfäste i en organisation kan detta bli en självuppfyllande profetia. De äldres motivation minskar, och de kan lätt bli marginaliserade. En viss minskning av hälsan kan då leda till sjukskrivning och i förlängningen avgång från yrkeslivet.

För att kunna behålla den äldre, värdefulla arbetskraften på arbetsmarkna-

**Tabell IV.** Chansen att ha en bra arbetshälsa vid olika exponeringar uttryckt som prevalenskvot med 95 procents konfidensintervall (kontrollerat för ålder i två grupper). Data från HAKuL-studien.

Exponering	Prevalenskvot (95 procents konfidensintervall)
Dagligrökare	0,7 (0,5–0,8)
Ej motion	0,7 (0,6–0,9)
Överviktiga (BMI > 25)	0,8 (0,7–0,9)
Kraftigt överviktiga (BMI > 30)	0,6 (0,5–0,8)
Ej »job strain«	1,7 (1,4–2,2)
Kraven högre än kompetensen	0,6 (0,5–0,9)
Kraven lägre än kompetensen	0,8 (0,7–1,0)
Kraven motsvarar kompetensen	1,3 (1,1–1,5)
Mycket nöjda med den vård som ges	1,7 (1,5–2,0)
Klart definierade mål för arbetet	1,2 (1,1–1,4)
Hög grad av uppskattning av överordnade	1,4 (1,3–1,5)
Hög grad av uppskattning av patienter/klienter	1,2 (1,0–1,3)
Bra ledarskap från närmaste chef	1,4 (1,2–1,5)
Ökad arbetsbelastning och mindre inflytande	0,5 (0,3–0,7)
Ökad arbetsbelastning och ökat inflytande	1,1 (0,8–1,6)
Det dagliga livet är en källa till personlig tillfredsställelse	1,6 (1,5–1,7)
Arbetar natt regelbundet	1,1 (1,0–1,2)
Har jour och beredskap	1,2 (1,1–1,4)
Kraven i arbetet påverkar inte hem och familj på ett negativt sätt	1,5 (1,3–1,6)
Kroppsligt ansträngande arbete	0,7 (0,6–0,8)

den är det viktigt att möjligheten till kontinuerlig träning och möjlighet att lära nytt ökas. I flera studier har man sett avsaknad av detta som en anledning till sämre prestation och eventuellt även sämre hälsa hos äldre. Även tunga fysiska arbetsmoment bör minimeras och detta inte bara för den äldre arbetskraftens välbefinnande.

En god organisation som ger motivation och positiva förväntningar, vaksamhet mot åldersstereotypa tänkanden och en kraftfull och förbättrad rehabilitering vid tecken på sviktande hälsa kan med stor sannolikhet öka äldre personers deltagande i arbetslivet inom kommuner och landsting.

### Sambandsanalys av arbete och hälsa

För att analysera hur god respektive dålig arbetshälsa är associerad med olika arbets- och livsstilsförhållanden räknades prevalenskvoter ut med 95 procents konfidensintervall.

God arbetshälsa var positivt associerad med att inte bli överansträngd i arbetet, att kraven motsvarade kompetensen, att man var nöjd med den vård som gavs, att man fick uppskattning av överordnade, att ledarskapet från närmaste chef var bra, att det dagliga livet var en källa till tillfredsställelse och att kraven i arbetet inte påverkade hem och familj negativt.

Dålig arbetshälsa var associerad med att kraven upplevdes antingen som lägre

eller som högre än kompetensen, att arbetsbelastningen ökat medan inflytandet minskat samt att arbetet var fysiskt belastande. Livsstilsfaktorer som var negativa för en god arbetshälsa var som väntat rökning, brist på motion samt övervikt (Tabell IV). Eftersom denna rapport grundar sig på tvärsnittsdata är det svårt att uttala sig om kausaliteten mellan arbetsförhållanden och hälsa.

### Fackförbundens roll

Läkarens arbetsmiljö är ett av Läkarförbundets mest prioriterade verksamhetsområden. Förbundet har uppmärksammat och arbetat mot medlemmarnas försämrade förhållanden. I sina egna undersökningar har förbundet funnit att uppgivenheten bland läkarna är stor på grund av bristande inflytande, hög belastning och stress. Detta har i sin tur lett till att sjukfrånvaron ökar, läkarna vill trappa ner sin arbetstid och pensionera sig tidigare. Att lämna läkarbanan framstår också som ett tänkbart alternativ för en del. Läkarförbundet ser som sin roll att sprida kunskap om förhållandena, utbilda sina förtroendevalda och medlemmar i arbetsmiljöarbete och hjälpa läkare som har arbetslivsrelaterade problem. Det gäller även att stödja och stimulera förändringsarbete på arbetsplatserna samt att påverka politiska och administrativa beslutsfattare. Ett omfattande kunskapsmaterial liksom många akti-

viteter finns. Mer information om dessa går att hitta på förbundets hemsida ([www.slf.se](http://www.slf.se)).

Svenska kommunalarbetsförbundet företräder främst undersköterskor, barnsköterskor och skötare som arbetar i det direkta vårdarbetet. Även här är man väl medveten om de brister som finns i arbetsmiljön. Kommunalarbetsförbundet vill i detta sammanhang föra fram ledarskapets betydelse för goda arbetsförhållanden. Vikten av detta är något som alla deltagare i symposiet instämmer i.

### Ledarskapet måste utvecklas

Ledarskapet inom hälso- och sjukvården är komplext, det är ett politiskt ledarskap, det är ett ledarskap i förhållande till anställda, och det har sin dimension i förhållande till patienterna.

Det politiska ledarskapet handlar mycket om att sätta tydliga mål för verksamheten och avsätta resurser för att kunna uppnå de mål som är bestämda. Det politiska ledarskapet handlar mycket om mod och att våga ta beslut. Det krävs mod att säga att alla kanske inte kan få allt därför att samhällets resurser är begränsade. Att våga ta en sådan debatt är nödvändigt. Det politiska ledarskapet handlar även om att följa upp resultat i förhållande till målen.

Ledarskapet i stort handlar mycket om att de anställda är och känner sig synliga och bekräftade för den kunskap och förmåga de besitter. Ledarskap handlar om att våga se individer och låta dem utvecklas i sitt arbete. Ledarskap handlar om att »leda« människor till att vilja och kunna göra ett bättre arbete så att både verksamhet och individer utvecklas. Det handlar om att skapa effektiva organisationer som ger det bästa möjliga till dem som berörs.

Den tredje dimensionen i ledarskapet inom hälso- och sjukvården rör patienten. Alla som arbetar inom hälso- och sjukvård gör det för patientens bästa. Dagens patienter ställer ökande krav, och det är krav med koppling till ledarskap.

Utifrån dessa perspektiv är det nödvändigt att utveckla ledarskapet inom hälso- och sjukvård. Rollen som ledare måste göras tydlig och uppdraget formuleras. Chefer och ledare måste också ges förutsättningar att kunna utöva ett ledarskap som gör att såväl individer som verksamhet utvecklas så att patienterna upplever att de får en vård med hög kvalitet och ett bra bemötande.

### Evidensbaserade organisationer

Landsting och kommuner har ca 1 miljon anställda idag, över 80 procent är kvinnor, och medelåldern är relativt hög. Långtidssjukskrivningar och förtidspensioner är vanliga inom sektorn. Det förutspås att det i framtiden kom-

mer att bli svårt att besätta vakanta tjänster. Både kommuner och landsting måste ta krafttag för att behålla sin personal fram till lagstadgad pensionsålder och för att bli attraktiva arbetsgivare för ny personal. En god arbetsmiljö är ett bra konkurrensinstrument för att locka nya arbetstagare in i vård och servicearbete och ett måste för att inte äldre skall slås ut. Med stor sannolikhet är en god arbetsmiljö även befrämjande för hälsan. Möjligheter till rökavvänjning och motion på arbetstid är säkert en god investering även om det inte får marginalisera arbetet med en god arbetsmiljö.

Utvecklingen i vården under 1990-talet var ett misslyckande som ledde till missnöjda anställda, brist på vårdpersonal och sannolikt minskad effektivitet. För att inte upprepa detta misstag bör större förändringar i arbetsorganisationen i framtiden åtföljas av konsekvensbeskrivningar för arbetsmiljön. Framtida organisationsförändringar bör dessutom, precis som de terapier som ges till patienter, vara evidensbaserade. Det innebär att det bör finnas rimligt stöd för att de leder till såväl högre effektivitet som bättre, eller åtminstone inte sämre, arbetsvillkor. Eftersom de förhållanden som vi diskuterat med hög sannolikhet är kopplade till varandra skulle ett sådant genomtänkt organisationsarbete kunna ha många goda effekter.

## Referenser

1. Yrkesmedicinska enheten. Vårdens arbetshälsorapport. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2000.
2. Statistiska centralbyrån. Negativ stress och ohälsa. Rapport 2001:2. Stockholm: SCB; 2001.
3. Nationella folkhälsokommittén. Socialdepartementet. Hur skall Sverige må bättre? – första steget mot nationella folkhälsomål. SOU 1998:43.
4. Nordenfeldt L. Om folkhälsans etik. I: Carlsson A, redaktör Kampen för folkhälsan. Stockholm: Natur och Kultur; 1994.
5. Ilmarinen J. Aging and work – coping with strengths and weaknesses. Scand J Work Environ Health 1997;23:3-5.
6. Ilmarinen J, Tuomi K, Klockars M. Changes in work ability of active employees over an 11-year period. Scand J Work Environ Health 1997;23(suppl 1):49-57.
7. Robertson A, Tracy S. Health and productivity of older workers. Scand J Work Environ Health 1998;24:85-97.
8. Spector P. Job satisfaction. In: Barling K, editor. Advanced topics in organizational behavior. Thousand Oaks, California: SAGE Publications; 1997.
9. Ilmarinen J, Rantanen J. Promotion of work ability during ageing. Am J Ind Med 1999;Suppl 1:21-3.
10. Snel J, Cremer R. Work and aging – a European perspective. London: Taylor and Francis; 1994.

## Särtryck

Läkartidningen

I samband med 1994 års handikappreform beslutade riksdagen att stimulera utvecklingen av rehabilitering och habilitering med 1,4 miljoner kronor, bidrag som Socialstyrelsen fördelade och följde upp. Ett axplock av de medicinskt fokuserade projekt som bedömts vara av riksintresse har presenterats som separata artiklar i Läkartidningen under 1996 och 1997 och i serieform under 1999–2001.

Denna serie har nu samlats i ett särtryck, som av Socialstyrelsens projektgrupp kompletterats med två rapporter som inte redovisats i tidningen. Särtrycket täcker ett brett spektrum av rehabiliteringen och habilitering, t ex vid slaganfall, demens och svåra hjärnskador, för barn med särskilda behov och de många små grupperna med ovanliga funktionshinder.

Skriften har distribuerats av Socialstyrelsen. En mindre upplaga finns att beställa från Läkartidningen.

Priset är 85 kronor



## Habilitering och rehabilitering

Beställer härmed.....ex av Habilitering och rehabilitering

.....  
namn

.....  
adress

.....  
postnummer

.....  
postadress

Insändes till Läkartidningen  
Box 5603  
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se  
under särtryck, böcker