

Samverkan mellan psykiatri, ortopedi, rehabiliteringsmedicin och försäkringskassa - en möjlighet till bättre underlag för beslut?

Jürgen Linder
Karl-Åke Jansson

Kristina Schöldt
Jan Ekholm

Man har konstaterat att det föreligger brister i samverkan mellan olika rehabiliteringsaktörer, därför har problemen inom detta område blivit högaktuella för forskning. Flera samverkansprojekt mellan medicinska och icke-medicinska aktörer pågår. Den aktuella artikeln beskriver främst samverkan mellan olika medicinska specialistorganisationer och Försäkringskassan. Artikeln beskriver första årets erfarenheter av projektet.

Jürgen Linder är Med.Dr, överläkare vid psykiatrissektorn Solna-Sundbyberg och verksam vid Karolinska Sjukhuset, Stockholm. Jürgen Linder har tidigare genomfört "Doloresprojektet" och har tidigare arbetat parallellt som förtroendeläkare vid Försäkringskassan. Jürgen Linder, som även är specialist i smärtlindring är verksam vid en multidisciplinär smärtgrupp vid Karolinska Sjukhuset.

Karl-Åke Jansson har specialistkompetens i ortopedisk kirurgi och är verksam som sektionschef vid Ortopediska kliniken, Karolinska Sjukhuset. Karl-Åke Jansson är även specialist i smärtlindring och verksam vid en multidisciplinär smärtgrupp vid Karolinska Sjukhuset. Jan Ekholm är professor och Kristina Schöldt är docent vid Karolinska Institutets institution för Folkhälsovetenskap, avdelningen för Rehabiliteringsmedicin. Båda är överläkare med specialistkompetens i rehabiliteringsmedicin och verksamma vid Karolinska Sjukhusets Rehabiliteringsmedicinska klinik. Båda är verksamma i CSF.

BAKGRUND

I ett tidigare projekt, Doloresprojektet, finansierat med Dagmarmedel, undersöktes 680 patienter som varit sjukskrivna mellan 70-100 dagar p g a besvär från rörelseapparaten med avseende på förekomst av psykiska sjukdomar. Avsikten var att i samarbete med Försäkringskassans berörda lokalkontor i Stockolms Län utarbeta en modell för diagnostik av psy-

kiska sjukdomar, förbättrad kommunikation med kassans handläggare avseende remisshantering och remissinnehåll. Ett annat mål med Doloresprojektet var att göra systematiska uppföljningar för att kunna identifiera faktorer som påverkade patienternas rehabilitering. Projektet pågick under tiden 1995 - 1997.

Samtliga 680 patienter i Doloresprojektet

följdes upp ett år efter den initiala sjukskrivningen. Man fann att smärtintensitet, sömnsvårigheter, antal smärtor var faktorer som i hög grad bidrog till att rehabilitering försvårades medan andra faktorer som t ex invandrarbakgrund, kön, civilstånd och förekomst av psykiska sjukdomar i denna patientgrupp var av underordnad betydelse [1].

Ett annat viktigt resultat var att många av patienterna gått runt i sjukvården utan att man inom en rimlig tidsrymd kunnat antingen avsluta ärendena eller påbörja någon rehabilitering. Detta ledde till att Försäkringskassan (FK) och Hälso- och Sjukvårdsnämnden Stockholms läns landsting (HSN) gemensamt avsatte medel till nuvarande projekt, med det primära målet att förhindra onödigt "rundgång" hos patienter med risk för långtidssjukskrivning.

Det nuvarande projektet, "Diagnostiskt Centrum", är beläget vid Karolinska sjukhuset (DC-KS). Verksamheten startade i slutet av 1997. Projektets målsättning är att patienter med risk för långtidssjukskrivning oavsett diagnos skulle kunna remitteras från försäkringskassans lokalkontor och/eller primärvården i norra länsdelen.

Syfte, mål och målgrupp

Målgruppen är patienter med risk för långtidssjukskrivning från sjukvårdsområdena i norra Storstockholm. Projektets syfte är att utföra multidisciplinär, d v s i huvudsak ortopedisk, rehabiliteringsmedicinsk och psykiatrisk diagnostik av målgruppen för att på så sätt förkorta utredningsgången, förhindra "rundgång" i vården och att tidigt komma igång med rehabilitering utformad efter respektive patients specifika somatiska och psykiatriska behov.

Utformningen av undersökningen är att

samtliga patienter undersöks av tre specialister, psykiater, ortopedkirurg och specialist i rehabiliteringsmedicin varefter dessa specialister gemensamt skriver ett utlåtande till inremitterande instans, vanligen försäkringskassan. Vid utformningen av rutinerna för projektet har stor vikt lagts ned på följande tre faktorer:

1) Patientdata skall samlas in på ett systematiskt sätt så att patienterna inte upprepade gånger skall behöva berätta basala fakta som t ex uppgifter om utbildning, civilstånd, ekonomi mm för de olika specialisterna utan att dessa uppgifter insamlas endast en gång och vid ett tillfälle.

2) Remissvaren utformas så att de har hög läsbarhet och är lättförståeliga för de olika instanserna inom handläggningen i socialförsäkringssystemet.

3) För varje patient skrivs ett gemensamt utlåtande baserat på en diskussion av varje enskilt fall mellan de specialister som träffat patienten. Utlåtandenas form och innehåll har fortlöpande diskuterats och fin slipats i samarbete med respektive försäkringskassor.

4) Utlåtandena innehåller de erhållna diagnoserna samt bedömning om patienterna bör bli föremål för medicinsk och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering.

5) Patientdata är strukturerade och tillgängliga för att enkelt möjliggöra sammanställningar av patientdata för att därigenom erhålla ny kunskap.

Artiklens syfte är att beskriva första årets erfarenheter av denna samverkansform, hur arbetet har lagts upp och de första deskriptiva resultaten, t ex en beskrivning av den grupp patienter som blivit utvald att genomgå den här typen av bedömning. Frågeställningar som har bearbetats är bl a: Vilken är frekvensen av psykiatriska och somatiska diagnoser i den

remitterade gruppen? Hur uppfattar patienterna sin fysiska hälsa och förekomst av psykiska besvär? Hur upplever man kontakten med försäkringskassa och sjukvårdsenheter? Vilka rekommendationer har bedömningarna i samverkan lett till?

MATERIAL OCH METOD

Patientbeskrivning

Patienterna har remitterats av handläggarna på Försäkringskassans lokalkontor för bedömning vid DC-KS. Patientgruppen är således selekterad på lokalkontornivå utifrån handläggarnas behov. Av de, t o m 1999-08-31, 264 remitterade patienterna var 165 kvinnor (63%) och 99 män (37%). Kvinnornas medelålder var 44 år (SD 9,2) (medianålder 44 år) (variationsvidd 22 - 62 år). Männens medelålder var 45 år (SD 8,8) (medianålder 47 år) (variationsvidd 25-63 år). 125 patienter har hittills slutbedömts av alla tre specialistläkarna vid DC-KS och rekommendationer gått till handläggare vid FK. 138 patienter har ännu inte slutbedömts. 1 patient har avlidit.

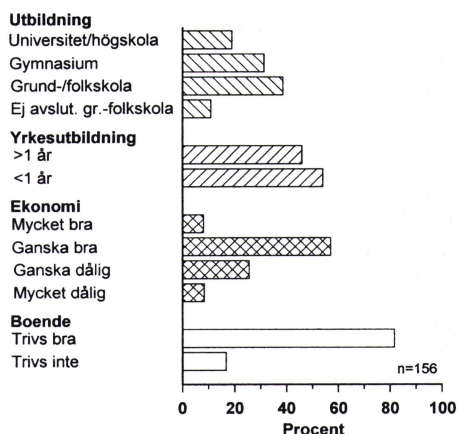
Av 236 patienter vars inremitteringar analyserats hade 80% hel sjukskrivning eller helt sjukbidrag, 1,7% 3/4 sjukskrivning eller sjukbidrag, 11,4% halv sjukskrivning eller sjukbidrag och 1,3% en fjärdedels sjukskrivning eller sjukbidrag. 49 av 236 patienter uppbar sjukbidrag eller förtidspension och 6 patienter var inte sjukskrivna eller uppbar något sjukbidrag.

Sjukersättningstiden för patienterna (n=251) var i medeltal 713 dagar (median 466 dagar, variationsvidd 11 år och 11 månader - 0 dagar). 62% kvinnor och 38% män ingick i denna grupp. Kvinnorna uppbar sjukersättning sedan i medeltal 1 år och 8 månader (601 dagar; SE 52) och männen 2 år och 2 månader (796 dagar, SE 81). Det förelåg ingen sta-

tistisk signifikant skillnad i sjukersättnings-tid mellan männen och kvinnorna.

47% av de remitterade patienterna hade inte svenska som modersmål. 40% av patienterna var gifta, 13% ej gifta men sammanboende, 44% ensamstående och resterande 2% särboende eller änka/änkling. 49 % av patienterna var arbetslösa (n=260). För 105 patienter (82% av de arbetslösa) var medianvärdet för arbetslöshetstidens längd 3 år och 9 månader (1375 dagar) (variationsvidd 4 dagar - 15 år och 11 månader). 62 kvinnor (59%) och 43 män (41%) var arbetslösa. Det förelåg ingen statistisk signifikant skillnad i arbetslöshets-tid mellan männen och kvinnorna.

Patienternas utbildningsnivå (n=156) (Figur 1): 19% hade genomgått högre utbildning t ex vid universitet och högskola, 31% hade gymnasieutbildning, flickskola eller realskola, 39% hade enbart grundskole- eller folkskoleutbildning och 11% av patienterna hade ej avslutat sin utbildning på grundskole- eller folkskolenivå. 46% av patienterna hade ge-



Figur 1. Patientdata: utbildning (gr=grundskola), yrkesutbildning mer än och mindre än ett år, ekonomisk situation och trivsel med boendet (n=156).

nomgått yrkesutbildning över ett års tid och resten hade kortare yrkesutbildning än 1 år. 9% av patienterna uppgav sig ha "mycket bra personlig ekonomi, det blir pengar över". 57% uppgav att ekonomin var ganska bra "det går runt". 26% uppgav sig ha ganska dålig ekonomi, "klarar ekonomin med bidrag" och 8% mycket dålig ekonomi "klarar inte ekonomin trots bidrag". På frågan hur det aktuella bostället fungerade uppgav 82% av patienterna att de "trivs bra i bostaden och "vill inte flytta" och 17% "trivs inte, på grund av t.ex. långt avstånd till arbetet, vill byta bostad men har inte lyckats".

Enkäter

Ett strukturerat frågeformulär avseende anamnestiska uppgifter har använts för att förbereda patienten på läkarbesöken och underlätta fördjupningen av anamnestagningen för att bli underlätta diagnostiken. Formuläret kartlägger bland annat smärtförekomst med utbredning av smärtan inritad av patienten själv på en kroppsmall, skattning av smärtintensitet vid olika tillfällen. För skattning av smärtintensitet har visuell analogskala använts (VAS: 100mm, med ändpunkterna 0 mm = ingen smärta och 100 mm = maximal smärta). Konsekvenser av smärtan kartläggs på funktions-, aktivitets-, och handikappnivå. Denna del av formuläret är baserad på WHO:s klassificering (ICIDH, 1980)[2] av funktionsnedsättningar, aktivitetsbegränsningar och handikapp med ett frågebatteri inom respektive dimension. Frågor i denna del av det strukturerade formuläret har använts tidigare vid uppföljning av effekter av olika åtgärder inom specifika patientgrupper t ex patienter med långvarig smärta på grund av nackskulderproblem, traumatisk halsryggsdistorsion och sena komplikationer efter brännskada

[3, 4, 5]. Formuläret omfattar även skattning av psykisk och fysisk hälsa/aktivitet, sociala relationer inklusive kontakt med Försäkringskassa och sjukvård.

Frågeformulär avseende psykiatriska förhållanden (personlighetsdrag, kriterier för personlighetsstörningar, symtomskattningar) har använts som underlag för den psykiatriska bedömningen [6, 7, 8]. Samtliga frågeformulär är vetenskapligt validerade och är vida använda såväl nationellt som internationellt.

Slutligen används ett frågeformulär som mäter patienternas livskvalitet (SF36)[9, 10]. Detta frågeformulär används i stora delar av världen bland annat för att mäta effekterna av olika sjukdomstillstånd på patienternas livskvalitet. Som mått på livskvaliteten anges bland annat fysisk funktionsförmåga, fysisk rollfunktion, smärta, allmänt hälsotillstånd, vitalitet, social och psykisk funktionsförmåga samt upplevd psykisk hälsa.

Uppläggning av bedömningar

Schemat och tidsåtgången för patienterna och specialisterna kan kort sammanfattas:

Information till patienten	15 min assistent (ass)
Ifyllande av frågeformulär	180 min patient (pat)
Patienttid för läkarbesök	180 min (pat)
Inmatning i dator samt utskrift	20 min (ass)
Feed back till patienten,	
psykiatrisk intervju psykiater	60 min läkare (läk)
Ortopedkirurgisk undersökn.	60 min (läk)
Rehabiliteringsmedicinsk undersökning	120 min (läk)
Gemensam diskussion,	45 min (läk)
specialister	(3 x 15 min)
Utskrift och utskick av gemensamt utlåtande	60 min (ass)

Summa tidsåtgång (tim): Patienttid 7-8; assistenttid 2; läkartid 4,75. Genomsnittlig läkartid = 95 minuter vilket inkluderar patient-

besök, utlåtande gemensam diskussion inför slutgiltigt gemensamt utlåtande.

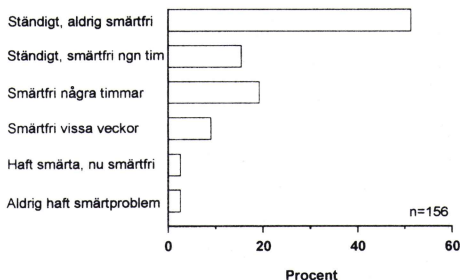
RESULTAT

Diagnoser

Psykiatrisk diagnos erhöll 79 (63%) av patienterna (n=125) och totalt 15 olika diagnoser förekom som huvuddiagnos, vanligast (45%) var depression (ICD 10: F 32) [11]. Bland övriga diagnoser förekom främst personlighetsstörning. Av ortopedkirurg erhöll 43 (34%) patienter (n=125) minst en huvuddiagnos. 34 olika ortopedkirurgiska diagnoser sattes. Sjukdomar i ländryggen dominerade (8%) (ICD10: M47.8, M 47.9, M51.1, M54.5). Av rehabiliteringsmedicinsk specialist erhöll 70 (56%) patienter (n=125) minst en huvuddiagnos. 35 olika diagnoser sattes. Fibromyalgisyndrom (ICD10: M 79.0) dominerade (25%).

Skattad smärtintensitet, smärtfrekvens och smärtlindrande läkemedel

51% hade ständig smärta, 15 % hade ständig smärta förutom under någon/några timmar efter behandling/medicinering, 19% nästan hela tiden, men kunde vara smärtfri någon/några timmar, 9% hade smärta nästan varje vecka och kunde vara smärtfri vissa veckor, 3% hade haft smärta, men var nu huvudsakligen smärtfria och 3% hade aldrig haft smärtproblem (Figur 2). 151 patienter med smärta skattade "just nu" smärtan till 60 mm (medianvärde, VAS-skala 0-100mm), den starkaste smärtan under de senaste 2 månaderna till 85 mm (medianvärde) och den lindrigaste till 40 mm (medianvärde)(Figur 3). 17% av patienterna (n = 155) använde smärtstillande mediciner regelbundet, 31% vid behov och 52% inte alls.



Figur 2. Hur ofta patienterna kände smärta, smärtfrekvens (n=156).

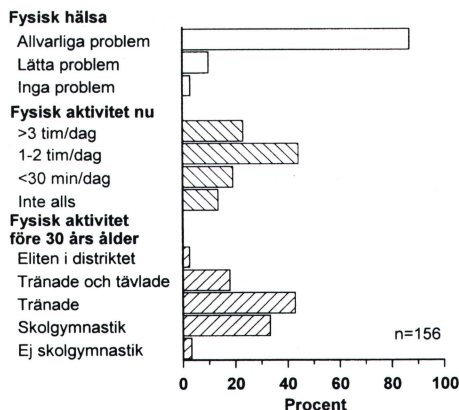


Figur 3. Skattad smärtintensitet (VAS-skala 0-100 mm). Medianvärden markerade för skattad värsta, lindrigaste och "just nu" smärta (n=151).

Fysisk hälsa och aktivitet

Patienterna (n=156) besvarade frågorna "Hur upplever Du Din fysiska hälsa för närvarande? Har Du några sjukdomar och/eller handikapp och i så fall hur påverkar det Dig?" (Figur 4). 87 % av patienterna uppgav sig ha allvarliga problem "jag är sjuk och /eller handikappad och detta påverkar hela min livssituation". 10% av patienterna uppgav sig ha lätta problem "jag har någon sjukdom och/eller handikapp men påverkas inte speciellt av detta". 3 % av patienterna hade inga problem med den fysiska hälsan (Figur 4).

Den fysiska aktiviteten just vid besvarandet av enkäten var hos 23% av patienterna



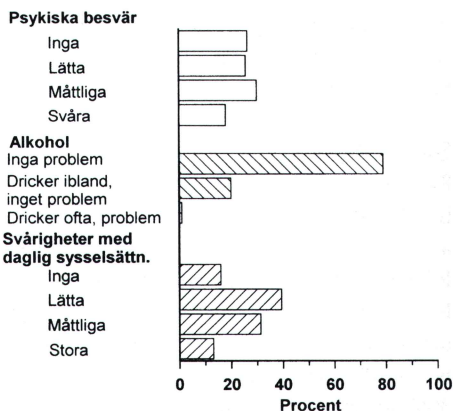
Figur 4. Skattad fysisk hälsa, fysisk aktivitet nu samt fysisk aktivitet före 30 års ålder (n=156).

(n=156) 3 timmar eller mer per dag, 44% 1-2 timmar per dag, 19% mindre än en halvtimme per dag och 14% var nästan inte alls fysiskt aktiva. Beträffande den fysiska aktiviteten före 30 års ålder hade 3% av patienterna tillhört eliten i distriktet, 18% sysslat med både träning och tävling, 43% tränat utan att tävla, 33% deltagit enbart i skolgymnastik och 3% varit befriade från skolgymnastik. (Figur 4)

Psykiska besvär

27% av patienterna uppgav att de inte för närvarande hade några psykiska besvär. 26% upplevde sig ha lätta problem t ex svårt att sova, oro, men trots detta fungerade det mesta som vanligt. 30% hade måttliga problem t ex sömnproblem, koncentrationssvårigheter "som påverkar hela min livssituationen". 18% upplevde sig ha allvarliga problem "stora problem som gör att hela livssituationen påverkas". (Figur 5)

79 % av patienterna (n=156) upplevde att de "inte hade några problem med alkohol",



Figur 5. Egenskattning av psykiska besvär, svårigheter med regelbunden lämplig daglig sysselsättning (n=156).

20 % uppgav att de "dricker ibland för att kunna slappna av, men har inga problem med att avstå" och 1% att de dricker ganska ofta och tycker att det periodvis "kan bli för mycket" (Figur 5).

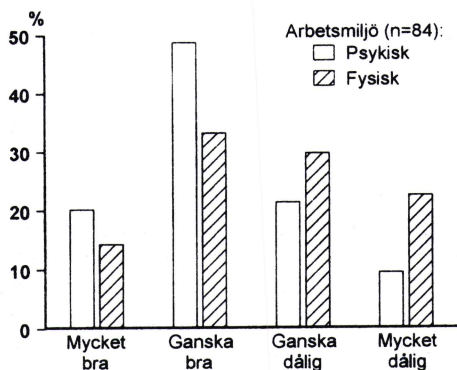
Daglig sysselsättning och hemmets skötsel

Patienterna (n=156) skattade svårigheter med regelbunden och lämplig daglig sysselsättning. 16% av patienterna hade inga svårigheter, 39% lätta svårigheter, "kan inte utföra allt jag vill men gör annat istället", 31% måttliga svårigheter "kan inte utföra allt jag vill och har en del svårigheter att fylla dagen med något vettigt samt 13% stora svårigheter "ingen initiativförmåga och kan inte fylla dagen med något vettigt"(Figur 5). 14% av patienterna (n=156) hade ingen svårighet med hemmets skötsel. 17% hade lätta svårigheter, "svårt att utföra viss uppgifter men det mesta fungerar som vanligt", 53% hade måttliga svårigheter "svårt att utföra många uppgifter men det

mesta fungerar någorlunda" och 16% hade stora svårigheter "klarar nästan inget själv, behöver daglig hjälp".

Skattning av arbetsmiljö

84 patienter i arbete eller med fast anställning har skattat arbetsmiljön (Figur 6). Skattningen av den fysiska arbetsmiljön omfattande t ex lokaler, personalutrymmen, ventilation, buller, enformiga rörelser, arbetsställningar, lyft och liknande. 14% skattade den fysiska arbetsmiljön som mycket bra, 33% ganska bra, 30% ganska dålig och 23 % mycket dålig. Skattningen av den psykisk arbetsmiljön omfattande t ex förhållandet mellan arbetskamrater, stress, enformighet, psykiskt klimat, mobbning och liknande. 20% skattade den psykiska arbetsmiljön som mycket bra, 49% som ganska bra, 21% som ganska dålig och 10 % som mycket dålig.

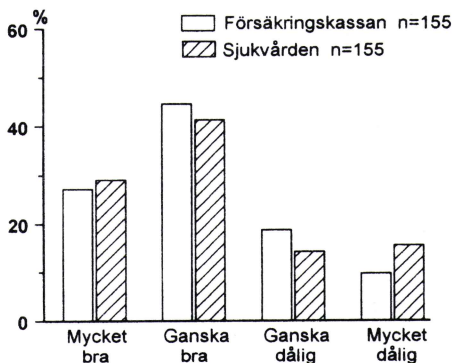


Figur 6. Egenskattning av psykisk och fysisk arbetsmiljö (n=84).

Kontakt med försäkringskassa och sjukvård under det senaste året

Kontakten med försäkringskasskontorens handläggare (Figur 7) upplevdes av 27 % av patienterna (n=155) som mycket bra, av 45%

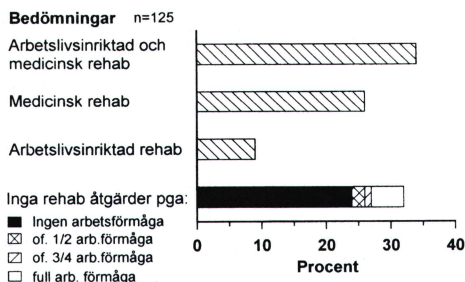
som ganska bra, 19% som ganska dålig och 10% som mycket dålig. Kontakten med sjukvården upplevdes av 29% av patienterna (n=155) som mycket bra, 41% som ganska bra, 14 % som ganska dålig och 16 % som mycket dålig (Figur 7).



Figur 7. Egenskattning av kontakt med försäkringskasskontorens handläggare och sjukvården (n=155).

Bedömningar

Specialistläkargruppens gemensamma bedömning och rekommendation (Figur 8) av de 125 patienter som hittills bedömts vid Diagnostiskt Centrum var följande: 42 patienter (34%) rekommenderades både arbetslivsinriktad och medicinsk rehabilitering, 32 patienter (26%) rekommenderades medicinsk rehabilitering och 11 patienter (9%) arbetslivsinriktad rehabilitering. För 40 patienter (32%) bedömdes att det ej var aktuellt med varken medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering. Av dessa 40 patienter bedömdes 1 patient ha oförändrad 3/4 arbetsförmåga, 3 patienter ha oförändrad halv arbetsförmåga, 30 patienter (24%) hade ingen arbetsförmåga och sex patienter (5%) bedömdes ha full arbetsförmåga utan rehabiliteringsåtgärder.



Figur 8. Specialistläkargruppen vid DC-KS gemensamma bedömning/rekommendation (n=125). Rehab=rehabilitering. Arb.förmåga=arbetsförmåga.

DISKUSSION

Arbets sättet bland medarbetarna har successivt utvecklats i början av projekt tiden. Tidsåtgångarna för de olika inblandade har presenterats. Arbets sättet kan sägas betydligt ha förkortat utredningstiden. Tidsåtgången för patienterna (c:a 3 timmar för datainsamling och 3 - 4 tim för läkarbesök), bedöms vara optimal liksom tidsåtgången för läkare och annan personal (ca 5 resp 2 tim). En erfarenhet är att arbetsformen har underlättat bedömningarna bl.a. genom att varje specialist har kunnat fokusera på sitt eget område vid undersökningen samt att de fylliga formulärsvaren varit tillgängliga och att därmed har onödiga frågor kunnat undvikas. Det är värt att nämna att den efterföljande specialistövergripande diskussionen upplevts som mycket värdefull för den slutliga sammanvägda bedömningen. Genom sin strukturerade utformning har innehållet i remissvaren utformats så att patienten erhållit väl under-

Arbets sättet kan sägas betydligt ha förkortat utredningstiden

Två tredjedelar av patienterna fick någon psykiatrisk huvuddiagnos och oväntat många fick somatiska diagnoser

byggda diagnoser, vidare redovisas i remissvaren såväl underlaget som undersökningsresultaten vilka ligger till grund för diagnos sättningen och de multidisciplinära bedömningarna. Även om projektet ännu inte har utvärderats med tanke på om effektmålet, minskad rundgång i sjukvården, har uppnåtts, har vi fått ett intryck av att projektets koncept och utformning rönt uppskattning av handläggarna på försäkringskassan och inte minst av patienterna själva, där många spontant uppgivit att de upplevt sig ha blivit tagna på allvar.

Två tredjedelar av patienterna fick någon psykiatrisk huvuddiagnos. Patienter med psykiatriska diagnoser har remitterats till primärvården eller sektorspsykiatri, beroende på den psykiatriska sjukdomens art och grad. Det var något oväntat att relativt många patienter fick somatiska diagnoser, i ett fall t o m sådan att åtgärden blev operation. En tredjedel av patienterna fick minst en huvuddiagnos av ortopedkirurg och drygt hälften av patienterna fick en somatisk huvuddiagnos av rehabiliteringsmedicinare.

85% av patienterna hade ständig eller nästan ständig smärta och på en hög intensitetsnivå (40-60mm VAS). Oväntat var att 9 av 10 patienter upplevde sig ha allvarliga problem med sin fysiska hälsa jämfört med att 1 patient av 5 upplevde allvarliga psykiska problem. Det är även värt att notera att fysiska aktivitetsgraden var högre än väntat, 2/3 av patienterna var fysiskt aktiva > 1 tim/dag. Hälften av patienterna var arbetslösa med en duration på nästan 4 år. Det är känt från an-

dra studier [t ex 12] att arbetslöshet är en negativ faktor för framgångsrik arbetslivsinriktad rehabilitering. Resultaten visar att största delen av den bedömda gruppen inte upplever sin privata ekonomi eller boendeform som ett huvudproblem. Resultaten tyder på att det är den fysiska arbetsmiljön som upplevs sämre än den psykiska, för de patienter som hade ett anställningsförhållande. Nästan ¾ av patienterna upplevde kontakten med försäkringskassa och sjukvård som mycket eller ganska bra och det var ingen skillnad mellan försäkringskassa och sjukvård.

Hos en betydande del av patienterna förelåg ett arbetshandikapp. Bedömningen av handikappet har grundats på resultatet av undersökningarna och på den specialitetsövergripande diskussionen inför den slutgiltiga och gemensamma bedömningen. 1/3 av patienterna rekommenderas både en medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering, ¼ medicinsk rehabilitering enbart och 1/10 arbetslivsinriktad rehabilitering enbart. ¼ av patienterna bedömdes inte kunna stå till arbetsmarknadens förfogande. endast 5% av patienterna bedömdes ha full arbetsförmåga utan rehabiliteringsåtgärder. Projektet pågår fortfarande, varför en mer fördjupad analys av projektet kommer att presenteras senare.

REFERENSER

1. Linder J: Rapport om Doloresprojektet, internrapport till Försäkringskassan, Stockholm 1997-10-06.
2. WHO: International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease. World Health Organization, Geneva, ISBN 9241541261, 1980
3. Jonsson C-E, Schüldt K, Linder J, Björnhagen V, Ekholm J: Rehabilitative, psychiatric, functional and aesthetic problems in patients treated for burn injuries - a preliminary follow-up study. Proceedings of the conference "Quality of life in severe burns". 1996. Acta Chirurgiae Plasticae (1): 3-8, 1997.
4. Schüldt, K., Ekholm, J., Broman L., Nilsson, S., Thuresson, S.: Quality of life, handicaps, disabilities, and impairments in patients with severe sequels after traumatic cervical spine distortion. Abstract, 6th European Congress on Research in Rehabilitation, Berlin, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger Schriften Band 10, Frankfurt am Main, pp 278-279, 1998.
5. Landstad B, Schüldt K, Ekholm J, Bergroth A: Women at work despite ill-health: Pain, diagnoses and change of clinical picture after staff-support. A prospective study of hospital cleaners/home-help staff with comparison groups. Accepted for publication in Int. J. Rehab. Res. 1999.
6. Spitzer, R.L., Williams, B., Wet.al.: The structured clinical interview for DSM -III-R (SCID). I. History, Rational and Description. Arch Gen Psychiatry 49: 624-629, 1992.
7. Schalling, D., Edman, G., et al: Impulsive cognitive style and inability to tolerate boredom. Psychobiological studies of temperamental vulnerability. In: Biological bases of sensation seeking, impulsivity and anxiety. M. Zuckerman, Hillsdale, NJ (eds), Lawrence, Erlbaum, pp 129-151, 1983.
8. Svanborg, P., Åsberg M.: A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. Acta Psychiatr Scand, 89: 21-28, 1994.
9. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B: SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. New England Medical Center, The Health Institute, Boston MA USA 1993.
10. Sullivan M, Karlsson J, Ware JE: The Swedish SF-36 health survey I. Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability, and construct validity across general populations in Sweden. Soc Sci Med 41:1349-58, 1995
11. Socialstyrelsen. Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (ICD-10). Socialstyrelsen, 1997.
12. Selander J, Marnetoft S-U, Bergroth A, Ekholm J: Unemployment among the long-term sick. Eur J Phys Med Rehabil 6: 150-153, 1996.