

# Psykosociala förhållanden i vuxen ålder för patienter med juvenil kronisk artrit

Charlotte Bengtsson

Agneta Öjehagen

Hur blir vuxenlivet om man som barn insjuknar i barnreumatism? Artikeln skildrar ett försök, att genom uppföljning av patienter som vårdats på Barnreumatologiska avdelningen vid Universitetssjukhuset i Lund, få svar på denna fråga.

Charlotte Bengtsson, socionom, kurator vid Barnreumatologiska avdelningen, Agneta Öjehagen, socionom, docent i psykiatri, Institutionen för klinisk neurovetenskap, avdelningen för psykiatri, Universitetssjukhuset, Lund.

## INLEDNING

Hur påverkas vuxenlivet om man i barnaåren drabbas av en kronisk sjukdom med eventuellt åtföljande handikapp? I kuratorsarbetet på en barn- och ungdomsavdelning inom sjukvården är frågan ständigt aktuell. Svaret på frågan är delvis beroende på vilken sjukdom det gäller. Barnreumatologiska avdelningen, Universitetssjukhuset i Lund har hela landet som upptagningsområde. Hit remitteras barn med reumatiska sjukdomar, som på sina hem-sjukhus bedömts vara de mest svårbehandlade. Många patienter har kontakt med avdelningen från sin barndom och ända upp i vuxen ålder. Ungdomar och föräldrar ställer ofta frågor om sjukdomens framtida konsekvenser för t ex studier, arbetsförmåga och familjebildning.

Målsättningen med denna undersökning är att beskriva en grupp barn- och ungdomsreumatikers psykosociala förhållanden i vuxen ålder. Syftet är att på sikt kunna förbättra vår information till de familjer som idag drabbas av juvenil kronisk artrit. När föreliggande undersökning genomfördes 1993 - 1994 fanns enligt vår kännedom endast få undersökningar, som fokuserade på likartade frågeställningar.

Undersökningen har godkänts av Medicinska fakultetens Etiska kommitté, Lunds Universitet. Vårdrådet vid Universitetssjukhuset i Lund har lämnat ekonomiskt bidrag till dess genomförande.

## Barnreumatism - juvenil kronisk artrit

*Juvenil Chronic Arthritis (JCA)* är en heterogen sjukdom. Vid en workshop arrangerad i Oslo 1977 av European League Against Rheumatism (EULAR) i samarbete med WHO antogs de diagnoskriterier som används i Sverige: artritdebut före 16 års ålder med en duration av minst 3 månader. Andra orsaker såsom infektioner, hemoblastoser, andra led-sjukdomar eller bindvävssjukdomar till artriten är uteslutna (1).

Sjukdomen indelas utifrån förloppet de första 6 månaderna i främst tre huvudgrupper:

1. *Oligoartikulär eller pauciarikulär JCA* : Sjukdomen engagerar högst fyra, oftast stora

leder. Av de som insjuknar i JCA har 40 - 50% denna form.

2. *Polyartikulär JCA*: Denna sjukdomsform har ofta ett smygande förlopp och engagerar minst fem leder, främst småleder. Denna sjukdomsform har 30 - 40%.

3. *Systemisk JCA*: Hög feber, utslag, lymfkörtel- och mjältförstoring, myocardit och serositet kan förekomma. Ledengagemang kommer oftast senare i sjukdomsförloppet. Ca 20% har ett systemiskt insjuknande.

Andra kroniska artritsjukdomar hos barn är juvenil ankyloserande spondylit (JAS), juvenil psoriasis artrit (JPA), och artrit associerad med inflammatorisk tarmsjukdom, dessa sammanförs i presentationen under beteckningen "Övriga".

Juvenil kronisk artrit är sällsynt. Prevalensen för JCA, dvs antalet individer som vid en angiven tidpunkten har sjukdomen, är i Sverige mellan 1200 och 1800 barn. Man räknar med ca 150 nyinsjuknade barn per år. Av de som insjuknar är ca 3/4 flickor. Insjuknandefrekvensen är högst i åldrarna 1 - 4 och 9 - 14 år.

Etiologin är fortfarande okänd, såväl genetiska faktorer, immunologiska mekanismer som miljöbetingelser har diskuterats. Diagnosen kan till en början vara svår att ställa. Något botemedel finns ej, men man kan med tillgänglig medicin minska inflammation och smärta. En annan behandlingsmetod är ortopedkirurgiska ingrepp som under senare år blivit allt viktigare inom barnreumatologin. Protesoperationer i bl a höftleder har utförts på barn ända ner i tidiga tonåren. Sjukgymnastik, arbetsterapi och psykosocialt omhändertagande kan hjälpa till att mildra sjukdo-

---

---

*Ca 50% går in i vuxenlivet utan större restsymtom*

---

---

mens konsekvenser såväl fysiskt, psykiskt som socialt. Prognosen för barnreumatiker är bättre än för vuxna reumatiker. Ca 50% går in i vuxenlivet utan större restsymtom, 25% har lindriga besvär medan 25% har utvecklat grava destruktationer och rörelseinskränkningar i en eller flera leder (2,3).

## MATERIAL OCH METOD

### Material

De patienter som vårdats inneliggande på Barnreumatologiska avdelningen under 1982 och som var födda 1967 eller tidigare, dvs de som 1982 var 15 år och äldre, valdes ut som undersökningsgrupp för att kontaktas i vuxen ålder. Vid genomgång av epikriskopior framkom att 57 patienter 1982 var mellan 15 och 25 år. Vid kontakt med Folkbokföringsregistret visade det sig att 3 personer hade flyttat ut från Sverige och något försök att kontakta dessa gjordes ej. Vid förfrågan om deltagande i studien avböjde 1 person. Av de 53 personer som ingår i undersökningen är 37 kvinnor och 16 män.

### Metod

Då patienterna bor utspridda över hela landet valdes telefonintervjuer för att möjliggöra undersökningen. Vid denna användes ett semistrukturerat frågeformulär rörande såväl det fysiska och psykiska hälsotillståndet som sociala förhållanden, utbildning, arbete och socialt nätverk.

Per telefon genomfördes även en funktionsnivåmätning med den svenska versionen av Stanford Health Assessment Questionnaire,

---

---

*Etiologin är fortfarande okänd*

---

---

HAQ. (4,5). Frågorna avser den intervjuades funktionsförmåga under den gångna veckan inom åtta kategorier: klädsel och skötsel, förmåga att resa sig, måltider, gång, hygien, räckvidd, gripförmåga och andra aktiviteter. Intervjupersonerna skall ange om de använder speciella hjälpmedel eller behöver hjälp av annan person för någon av aktiviteterna. Ett index beräknas och kan variera mellan 0 och 3; utan svårighet = 0 till omöjligt = 3.

I samband med telefonintervjun översändes efter överenskommelse tre olika självskattningsformulär.

*ISSI*, Interview Schedule for Social Interaction mäter social integration och socialt stöd (6,7). Man kan erhålla 0 - 30 poäng, där högre poäng innebär bättre nätverk. (Svarsfrekvens = 89%).

*SAS-SR*, Social Adjustment Scale mäter social anpassning under de senaste två veckorna avseende arbete utanför hemmet / hemarbete / studier, fritid, familj, barn, tidigare familj och ekonomi (8). Poängsättning 1 - 3, där ett lågt värde anger bästa anpassning. (Svarsfrekvens = 83%).

*SCL-90-R*, Symptom Checklist är en självskattningsskala för psykiska symtom (9). På en 5 poängsskala (0 - 4 poäng) anges i vad mån man besvärats av 90 olika symtom de senaste 14 dagarna. De olika symtomen sammanförs i nio olika grupper: 1) somatisering, 2) obsession-kompulsion, 3) interpersonell känslighet, 4) depression, 5) ångest, 6) ilska-fientlighet, 7) fobisk ångest, 8) paranoidea föreställningar, 9) psykotisism. (Svarsfrekvens = 85%).

## RESULTAT

Presentationen av resultaten i tabellerna 1-2 sker utifrån insjuknandediagnos. Resultaten har även relaterats till kön, insjuknandeålder

och låg respektive hög funktionsnivå enligt HAQ.

Av de 53 undersökta personerna har 11 ett oligoartikulärt insjuknande, 25 polyartikulärt, 8 systemiskt och 9 hör till gruppen "övriga" diagnoser. Insjuknandeåldern är signifikant lägre för gruppen med systemiskt insjuknande än för grupperna med polyartikulärt respektive "övrigt" insjuknande (tabell 1).

## Sociodemografiska förhållanden och social anpassning

Av tabell 1 framgår att 34% är gifta eller sammanboende. Trettio procent har minst ett barn och det var en större andel kvinnor än män som hade barn.

Gruppen har som helhet en hög utbildningsnivå, drygt 62% har yrkes- eller högskoleutbildning, vilket är jämt fördelat över insjuknandegrupperna och endast 9% har enbart grundskoleutbildning.

Förvärvsfrekvensen för hela gruppen är 72%, högst för gruppen polyartikulära och lägst för gruppen systemiska. Arbetstiden varierar från några timmar/vecka upp till heltid. Knappt 1/3 arbetar heltid. Heltidsarbete är vanligast i gruppen "övriga" och minst ofta förekommande i gruppen systemiska. Nästan hälften av de som arbetar har fått någon form av anpassning på sin arbetsplats.

Av de som ej arbetar är 4 studerande, 3 arbetslösa, 3 sjukskrivna eller under rehabilitering och 5 har helt sjukbidrag/förtidspension. Sjukbidrag, som är en tidsbegränsad pensionsförmån, har 30% och nästan lika stor andel har icke tidsbegränsad förtidspension. Båda

---

---

*Förvärvsfrekvensen för hela gruppen är 72%*

---

---

Tabell 1. Sociala förhållanden vid uppföljningen i förhållande till insjuknandediagnos.

|                                    | Total<br>n=53 (%) |    | Oligo<br>n=11 (%) |    | Poly<br>n=25 (%) |    | Systemisk<br>n=8 (%) |    | Övriga<br>n=9 (%) |    |
|------------------------------------|-------------------|----|-------------------|----|------------------|----|----------------------|----|-------------------|----|
| Ålder vid insjuknande (M±SD)       | 8±5               |    | 6±5               |    | 9±4              |    | 3±3*                 |    | 12±5              |    |
| Ålder vid intervju (M±SD)          | 30±3              |    | 31±3              |    | 30±3             |    | 30±3                 |    | 31±4              |    |
| Kvinnor                            | 38                | 72 | 7                 | 64 | 21               | 84 | 5                    | 63 | 5                 | 56 |
| Gift/sambo vid interv.             | 18                | 34 | 5                 | 46 | 10               | 40 | 0                    | 0  | 3                 | 33 |
| Barn ett eller flera               | 16                | 30 | 7                 | 64 | 6                | 24 | 2                    | 25 | 1                 | 11 |
| Utbildning:                        |                   |    |                   |    |                  |    |                      |    |                   |    |
| -grundskola                        | 5                 | 9  | 2                 | 18 | 0                | 0  | 2                    | 25 | 1                 | 11 |
| -gymnasium 2 år                    | 11                | 21 | 2                 | 18 | 7                | 28 | 1                    | 13 | 1                 | 11 |
| -gymnasium 3 år el<br>folkhögskola | 4                 | 8  | 0                 | 0  | 3                | 12 | 0                    | 0  | 1                 | 11 |
| -yrkesutbildning                   | 17                | 32 | 4                 | 36 | 9                | 36 | 2                    | 25 | 2                 | 22 |
| -högskoleutbildning                | 16                | 30 | 3                 | 27 | 6                | 24 | 3                    | 38 | 4                 | 44 |
| Arbete                             | 38                | 72 | 7                 | 64 | 20               | 80 | 5                    | 63 | 6                 | 67 |
| -heltidsarbete                     | 16                | 30 | 4                 | 36 | 7                | 28 | 1                    | 13 | 4                 | 44 |
| Sjukbidrag                         |                   |    |                   |    |                  |    |                      |    |                   |    |
| -25%                               | 2                 | 4  | 0                 | 0  | 1                | 4  | 1                    | 13 | 0                 | 0  |
| -50%                               | 8                 | 15 | 0                 | 0  | 7                | 28 | 1                    | 13 | 0                 | 0  |
| -75%                               | 1                 | 2  | 0                 | 0  | 1                | 4  | 0                    | 0  | 0                 | 0  |
| -100%                              | 5                 | 9  | 0                 | 0  | 2                | 8  | 2                    | 25 | 1                 | 11 |
| Förtidspension                     |                   |    |                   |    |                  |    |                      |    |                   |    |
| -25%                               | 2                 | 4  | 0                 | 0  | 1                | 4  | 1                    | 13 | 0                 | 0  |
| -50%                               | 11                | 21 | 3                 | 27 | 5                | 20 | 1                    | 13 | 2                 | 22 |
| -75%                               | 0                 | 0  | 0                 | 0  | 0                | 0  | 0                    | 0  | 0                 | 0  |
| -100%                              | 2                 | 4  | 1                 | 9  | 0                | 0  | 0                    | 0  | 1                 | 11 |

One way analysis of variance \*  $p < .05$

dess pensionsförmåner förekommer i 4 olika nivåer. Ingen i gruppen med oligoartikulärt insjuknande har sjukbidrag vilket kan jämföras med hälften inom gruppen med systemiskt insjuknande.

Den sociala anpassningen enligt SAS-SR som besvarades av 44 personer visar relativt låga värden, vilket innebär god anpassning. Medelvärde för gruppen var: hemarbete 1,7 (n=3), studier 1,7 (n=5), fritid 2,0 (n=43), familj 1,7 (n=43), fd familj 1,4 (n=17) och ekonomi 2,1 (n=44). Vi fann inga skillnader i relation till insjuknandediagnoser.

ISSI, som mäter det sociala nätverket kvantitativt och kvalitativt har en poäng på max 30. Gruppen har en genomsnittlig totalpoäng på 21,7 och det finns inga signifikanta skillnader i relation till diagnosgrupp.

### Medicinska förhållanden och psykiska symptom

Nästan alla har läkarkontakt men intensiteten i kontakten är mycket varierande. Många har även kontakt med sjukgymnast, arbetsterapeut och kurator, medan endast ett fåtal har psykologkontakt. Läkemedelsbehandling är

## Psykiska symptom föreligger enligt SCL-90-R i ringa omfattning

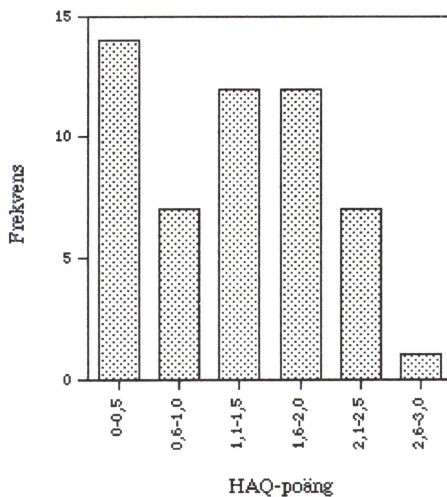
vanlig. En kombination av olika mediciner förekommer ofta. Sammanlagt 60% använder något läkemedel av typ kortison, långtidsverkande antireumatiska eller cellhämmande preparat. Andra läkemedel som används är värktabletter, värk- och inflammationsdämpande preparat samt mediciner för andra sjukdomar. Endast 9% av de intervjuade är helt medicinfrja.

Drygt 60% anger att de lider av någon annan sjukdom, det rör sig om en blandning av komplikationer till grundsjukdomen, såsom ögonkomplikationer, amyloidos och andra sjukdomar som diabetes, allergi, högt blodtryck, hjärnblödning, epilepsi etc. Protesoperationer är vanliga i den undersökta gruppen, totalt har 60% genomgått minst en protesoperation, vilket är vanligast bland de systemiskt insjuknade, 88%.

Psykiska symptom föreligger enligt SCL-90-R i ringa omfattning. Fyrtiofem personer har besvarat formuläret och delskalorna visar följande medelvärden: somatisering 0,62, obsessiv/kompulsiv 0,53, interpersonell känslighet 0,60, depression 0,69, ångest 0,56, fientlighet 0,46, fobi 0,13, paranoidea föreställningar 0,43, psykotiska symptom 0,26. Depression är det oftast angivna symptomet. Det föreligger inga signifikanta skillnader mellan de olika insjuknandegrupperna.

## Funktionsnivå, hjälpbehov och stödinsatser

I Figur 1 presenteras fördelningen av HAQ-poäng i 0,5 poängsintervall för hela gruppen. Medelvärdet för gruppen är 1,2. Det finns inga signifikanta skillnader i HAQ-poäng mellan



Figur 1. Fördelning av HAQ-poäng.

de olika insjuknandegrupperna. Drygt hälften har 1,5 poäng eller mindre.

I tabell 2 presenteras hjälpbehov och stödinsatser. Det finns inga signifikanta skillnader vad gäller hjälpbehov mellan de fyra insjuknandegrupperna. Drygt 70% uppger att de har någon form av hjälpbehov och 38% behöver ADL-hjälp. Det är i mycket stor utsträckning anhöriga som ger den hjälp som behövs men även hjälp via kommunal hemtjänst och personlig assistent förekommer. Bostadsanpassningar, som gjorts hos 59% av de intervjuade, var mindre ofta förekommande hos de med oligoartikulärt insjuknande.

Handikappersättning är en ekonomisk stödform som administreras av försäkringskassan och grundar sig på merkostnader och/eller hjälpbehov som en individ har på grund av sjukdom eller handikapp. Det finns tre nivåer av handikappersättning relaterade till basbeloppet. Av de intervjuade har ca 1/3 högsta handikappersättning medan 1/3 inte har någon handikappersättning.

Tabell 2. Hjälpbehov och stöd vid uppföljningen i förhållande till insjuknandediagnos.

|                                | Totalt<br>n=53 | (%) | Oligo<br>n=11 | (%) | Poly<br>n=2 | (%) | Systemisk<br>n=8 | (%) | Övriga<br>n=9 | (%) |
|--------------------------------|----------------|-----|---------------|-----|-------------|-----|------------------|-----|---------------|-----|
| Hjälpbehov                     | 38             | 72  | 6             | 55  | 19          | 76  | 7                | 88  | 6             | 67  |
| ADL-hjälp                      | 20             | 38  | 3             | 27  | 12          | 48  | 3                | 38  | 2             | 22  |
| Hjälp ges av anhörig           | 34             | 64  | 5             | 46  | 18          | 72  | 5                | 63  | 6             | 67  |
| Hjälp av hemtjänst             | 11             | 21  | 1             | 9   | 6           | 24  | 2                | 25  | 2             | 22  |
| Bostadsanpassning              | 31             | 58  | 4             | 36* | 16          | 64  | 5                | 63  | 6             | 67  |
| Handikappersättning            |                |     |               |     |             |     |                  |     |               |     |
| -ingen HKE                     | 17             | 32  | 6             | 55  | 7           | 28  | 1                | 13  | 3             | 33  |
| -34% HKE                       | 11             | 21  | 1             | 9   | 5           | 20  | 3                | 38  | 2             | 22  |
| -56% HKE                       | 7              | 13  | 1             | 9   | 4           | 16  | 0                | 0   | 2             | 22  |
| -69% HKE                       | 18             | 34  | 3             | 28  | 9           | 36  | 4                | 50  | 2             | 22  |
| Färdtjänst                     | 27             | 51  | 3             | 28  | 14          | 56  | 6                | 75  | 4             | 44  |
| Bidrag till körkort            | 24             | 45  | 5             | 46  | 13          | 52  | 4                | 50  | 2             | 22  |
| Bilbidrag från LAN/FK          | 31             | 58  | 4             | 36  | 17          | 68  | 7                | 88  | 3             | 33  |
| Utlandsvård                    | 44             | 83  | 9             | 82  | 22          | 88  | 5                | 63  | 8             | 89  |
| Medlem i RMR                   | 30             | 57  | 6             | 55  | 14          | 56  | 7                | 88  | 3             | 33  |
| Medlem i annan<br>handikapporg | 15             | 28  | 1             | 9   | 7           | 27  | 4                | 50  | 3             | 33  |

Chisquare test \*  $p < .05$  (3 df)

Vid längre förflyttningar använder ca 1/3 rullstol någon gång. Hälften av de som intervjuats har färdtjänst och nästan lika många har fått bidrag till körkortsutbildning via arbetsförmedlingen. Drygt hälften har fått bidrag till bil från länsarbetsnämnden eller från försäkringskassan.

Utlandsvård innebär behandling av sjukgymnast och arbetsterapeut under några veckor i varmt klimat ( t ex Vintersol på Teneriffa ). Cirka 80% har någon gång varit på utlandsvård och många har varit på flera utlandsvårdsresor.

Medlemskap i en handikapporganisation kan innebära stöd och drygt hälften är medlemmar i Reumatikerförbundet. Även medlemskap i andra handikapp- förbund, ex Synska-dades Riksförbund eller De Handikappades Riksförbund förekommer.

## DISKUSSION

De personer som intervjuats har vårdats på landets enda specialistklinik för barn med juvenil kronisk artrit, vilket bör innebära att de tillhör de barnreumatiker som har drabbats hårdast/varit sjukast i landet. Boel Andersson Gäre tar i sin avhandling upp urvalets betydelse vad gäller förlopp och resultat (1). Utifrån den nu gjorda undersökningen kan ej några generella slutsatser dras om framtiden för dem som idag får diagnosen juvenil kronisk artrit. Med tanke på den undersökta gruppens sjukdomsbelastning och psykosociala anpassning bör den psykosociala prognosen för nyinsjuknade kunna betecknas som positiv.

Telefonintervjuerna fungerade bra, endast en person avböjde att delta. Flera påpekade att det kändes värdefullt att få framföra sina erfarenheter.

---

## *Samhällskonjunkturen har en stor betydelse när det gäller förvärvsarbete*

---

Könsfördelningen i undersökningen speglar väl de tal som brukar anges (flickor svarar för 2/3 - 3/4 av sjukdomsfallen) enligt undersökningar gjorda i Europa och USA.

I en amerikansk undersökning har man följt upp den sociala funktionen hos en något yngre grupp (medelåldern är ca 5 år lägre än i den nu undersökta gruppen) (10). Gemensamt för båda undersökningarna är att grupperna har god social funktion. Några flera är gifta/sambo och har barn i den nu undersökta gruppen, vilket troligen beror på deras högre ålder.

Samhällskonjunkturen har en stor betydelse när det gäller förvärvsarbete och det kan vara svårt att dra några slutsatser om sjukdomens betydelse för förvärvsfrekvensen i en grupp, om man inte samtidigt studerar samhällsutvecklingen.

Sjukdomen tycks spela roll när det gäller arbetstidens längd. I en undersökning från Värmland (11) konstateras att påfallande många av de unga rörelsehindrade, som har kontakt med Vuxenhabilitering, ej orkar arbeta heltid. Samma sak gäller för den nu undersökta gruppen, där endast ca 30% arbetar heltid. Andelen som arbetar är emellertid högre i denna undersökning, 72% jämfört med 54% i Värmlandsundersökningen. Under de senare åren har möjligheten att få lönebidrag medverkat till att funktionshindrade har haft större chans att komma in på arbetsmarknaden.

Av självskattningsformulären ISSI och SAS-SR framgår att gruppen som helhet har ett välfungerande socialt nätverk och en god

social funktion. Femtioåtta procent är eller har varit gifta/sambo och 30% har minst ett barn. Flera kvinnor med höftprotes har fött barn och de påpekade att förlossningen skett med kejsarsnitt med hänsyn till proteserna. Även tidigare undersökningar har visat att kvinnor med juvenil kronisk artrit kan genomföra en graviditet och förlossning men kan ibland behöva förlösas med kejsarsnitt (12).

Både funktionsnivåmätningen med HAQ och direkta frågor i intervjun pekar på ett hjälpbehov, som kan skifta från daglig hjälp med tex påklädning till hjälp med storstädning någon gång per månad. Mycket stor del av hjälpen ges av den närmaste familjen men även från kommunal hemtjänst. Sedan undersökningen genomfördes har "Lagen om assistansersättning" införts och detta kan ha medfört att antalet personliga assistenter har ökat sedan intervjutillfället. I vissa fall har den anhörige, som redan tidigare gav hjälpen, nu anställts som personlig assistent.

Vid symptommatning med SCL-90-R anges oftast depressiva symptom. Vid den semistrukturerade intervjun uppger flera att deras fysiska och psykiska tillstånd hänger intimt samman. Om sjukdomen är aktiv eller om någon operation är aktuell mår man som regel också sämre psykiskt. Även det omvända sambandet anges, en yttre händelse (separation etc) kan påverka sjukdomen i negativ riktning.

I litteraturen anges att 50 - 75 % av de som drabbas av juvenil kronisk artrit går in i vuxenlivet utan större restsymptom. Det kan ej sägas gälla för den undersökta gruppen.

---

*Kvinnor med juvenil kronisk artrit kan genomföra en graviditet och förlossning*

---

Cirka 60% har fått minst en skadad led utbytt vid protesoperation. Lika stor andel använder läkemedel typ kortison, långtidsverkande antireumatiska läkemedel och cellhämmande medel, vilket tyder på att sjukdomen fortfarande är aktiv. Det är glädjande att konstatera att gruppen som helhet, trots sin sjukdomsbelastning, är socialt och psykologiskt välfungerande, vilket man också kommit fram till i en engelsk undersökning av en liknande patientgrupp (13).

Det är av vikt att genom ytterligare undersökningar följa utvecklingen i vuxenlivet, för att kunna bedöma hur medicinska och sociala stödåtgärder i barndom och ungdom kan underlätta vuxenanpassningen hos patienter med barnreumatism.

## REFERENSER

1. *Andersson Gäre B*: Juvenile Chronic Arthritis A Population Based Study on Epidemiology Natural History and Outcome. Dep of Pediatrics, University of Göteborg 1994.
2. *Svantesson H, Mäkälä A-L, Berglind-Dehlin G*: Barnreumatologi, 1980, Studentlitteratur, Lund 1980.
3. *Engström-Laurent A, Leden I, Nived O, Sturfelt G*: Reumatologi, Almqvis & Wiksell Medicin Liber Utbildning 1994.
4. *Fries JF, Spitz P, Kraines RG, Holman HR*: Measurement of patient outcome in arthritis, *Arthritis Rheum* 1980;23;137-45.
5. *Eberhardt K*: Prospective 2-year study of Early Rheumatoid Arthritis in Southern Sweden Assessment methods and outcome. Dep of Rheumatology University of Lund 1989.
6. *Henderson S, Duncan-Jones P, Byrne DG, Scott R*: Measuring social relationships; the Interview Schedule for Social Interaction. *Psychol Med* 1980; 10; 723-734.
7. *Undén A-L, Orth-Gomér K*: Development of a social support instrument for use in population surveys. *Soc Sci Med* 1989;29; 1387-1392.
8. *Weissman MM, Shlowskas D, John K*: The assessment of social adjustment. An update. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38; 1250-1258.
9. *Derogatis LR*: SCL-90; Administration, scoring and procedure manual for the revised version of the SCL-90. The Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore 1, 1979.
10. *Miller J, Spitz P, Simpson U, Williams G*: The social function of young adults who had arthritis in childhood, *The Journal of Pediatrics* 1982, March, 378-382.
11. *Sanner G, Lagerkvist B*: Vuxenhabilitering behövs för unga vuxna, *Läkartidningen Volym* 91, nr 18 1994.
12. *Brattström M*: Den reumatiska kvinnan - havandeskap och barnafödande, *Klinik & Terapi* nr 4 1992.
13. *David J, Cooper C, Hickey L, Lloyd J, Doré C, McCullough C, Woo P*: The functional and psychological outcomes of juvenile chronic arthritis in young adulthood, *Brittish Journal of Rheumatology* 1994; 33:876 - 881.