

Rehabiliteringsrådet föreslår kvalitetsregister och kunskapscenter

Rehabilitering av långtidssjuka bygger i dagens Sverige inte på någon stabil evidensgrund. Det av regeringen tillsatta Rehabiliteringsrådet ska råda bot på det, bland annat vad gäller rehabilitering av människor med lättare psykisk ohälsa.

ÅKE NYGREN, professor emeritus i personskadeprevention
ake.nygren@ki.se
MARIA WIKLANDER, leg psykolog, doktorand
MARIE ÅSBERG, professor eme-

ritus i psykiatri; samtliga Stressrehab, institutionen för medicinska vetenskaper, Karolinska institutet vid Danderyds sjukhus, Stockholm

Ända sedan införandet av en allmän sjukförsäkring 1955 har rehabilitering av långtidssjuka varit ett problem, både för individen och för socialförsäkringssystemet. Sedan 1958 har mer än ett dussin statliga utredningar försökt lösa rehabiliteringsproblemen. I dessa utredningar finns en stor mängd praktisk kunskap och djupa erfarenheter samlade, och ett antal förslag har lagts fram som ofta lett till genomgripande och dyrbara åtgärder. Dock har inga förslag lagts om hur effekten av de genomförda förändringarna ska utvärderas. Vissa utredningar ledde till en vildvuxen flora av rehabiliteringsinsatser, som bara i undantagsfall hade något vetenskapligt stöd.

Under det senaste decenniet har kravet vuxit på att alla medicinska åtgärder ska vara evidensbaserade. När regeringen den 1 juli 2008 införde en rehabiliteringsgaranti valde man två behandlingsformer: multimodal rehabilitering för smärttillstånd i rygg/axlar/nacke och kognitiv beteendeterapi (KBT) för depression, ångest och stressrelaterad psykisk ohälsa. Dessa två behandlingsformer valdes mot bakgrund av SBU:s evidensvärdering och Socialstyrelsens rekommendationer.

Rehabiliteringsråd inrättas för att förbättra rehabiliteringen
Rehabiliteringsgarantin föregicks inte av någon mer djuplodande vetenskaplig utvärdering av forskningslitteraturen på området. För att förbättra rehabiliteringen och ge förslag om garantins framtida utformning inrättade regeringen en särskild kommitté som fick namnet Rehabiliteringsrådet.

Rådet är multiprofessionellt med deltagande av läkare från

»Rehabiliteringsrådet har bl a granskat de senaste fem årens internationella litteratur om rehabiliteringsinsatser vid lättare psykisk ohälsa...«

sex olika specialiteter, arbetsterapeut, sjukgymnast och beteendevetare, samtliga är professorskompetenta och från fem olika universitet, samt en huvudsekreterare.

Rådet avlämnade i februari i år sitt slutbetänkande [1]. Betänkandet har remissbehandlats under våren 2011.

Rehabiliteringsrådet har bl a granskat de senaste fem årens internationella litteratur om rehabiliteringsinsatser vid lättare psykisk ohälsa och smärta i rörelseorganen med arbetsåtergång som utfallsvariabel. Eftersom de nya sjukförsäkringsregler som infördes 1 juli 2008, »rehabiliteringskedjan«, visade sig innebära en del icke förutsedda problem för människor med svåra kroniska sjukdomar, t ex cancer, vidgades området för litteratursökningen till att också omfatta insatser som kan underlätta återgång i arbete vid neurologiska och onkologiska sjukdomar.

Förvånansvärt få vetenskapligt korrekta studier

Sammanfattningsvis visar litteratursammanställningarna att förvånansvärt få studier på ett vetenskapligt korrekt sätt har undersökt effekten av interventioner och arbetsplatsfaktorer när det gäller återgång i arbete efter en tids sjukskrivning vid de fyra olika diagnosgrupperna.

Rehabiliteringsgarantin syftar explicit till att få människor att återgå i arbete efter sjukdom. Arbetsåtergång efter en ny behandling har dock bara i undantagsfall varit ett primärt effektmått i vetenskapliga utvärderingar, vilket delvis förklarar att det finns så få studier inom området. När rehabiliteringsgarantin valde KBT som ersatt behandling vid lättare psykisk ohälsa, byggde valet inte på någon evidens för att KBT skulle underlätta arbetsåtergång, utan enbart på förbättring av sjukdomssymtomen. Man har mer eller mindre förutsatt att symptomlindring skulle leda till arbetsåtergång. Det är egentligen endast multimodal rehabilitering vid smärttillstånd i rörelseorganen som har evidens för återgång till arbete [2].

I denna sammanställning fokuserar vi på rådets analys av stress, långtidssjukskrivning och rehabilitering av patienter med lättare psykisk ohälsa, men eftersom de övriga diagno-

■ sammanfattat

Rehabilitering av långtidssjukskrivna fungerar inte optimalt i Sverige i dag.

Ett stort antal statliga utredningar har försökt förbättra situationen. Många goda förslag har effektuerats under åren, men få har haft vetenskaplig grund och ingen utvärdering har gjorts.

Vid införande av de nya sjukförsäkringsreglerna den 1 juli 2008 ingick både vetenskapliga krav på den rehabilitering som erbjuds och krav på utvärdering och uppföljning.

Dessutom tillsattes ett vetenskapligt råd som hade till

uppgift att ta fram nya vetenskapligt utvärderade behandlingsmetoder.

Rådet lämnade sin slutrapport i februari i år. Bland förslagen kan nämnas inrättande av ett kvalitetsregister kopplat till rehabiliteringsgarantin. Genom registret erhålls snabbt svar på olika rehabiliteringsmetoders effekt på arbetsåtergång.

Dessutom har rådet föreslagit ett kunskapscenter som ska följa utvecklingen inom rehabiliteringsområdet i den internationella forskningslitteraturen.

serna (smärttillstånd i rörelseorganen, neurologiska skador och sjukdomar samt cancer) har inslag av psykiatrisk samsjuklighet nämns även dessa sjukdomar kortfattat.

Rehabiliteringsrådets arbetssätt

Rehabiliteringsrådet har således analyserat fyra diagnoser. Rehabiliteringsrådets medlemmar delades in i fyra grupper motsvarande de aktuella diagnoserna. Arbetet inleddes med en sökning av senaste fem årens internationella litteratur om rehabilitering med återgång i arbete som utfallsmått; de traditionella litteraturlöslagerna användes, och referenslistor från nyckelarbeten och i mån av tillgång översiktsarbeten av typ Cochrane-översikt gick igenom.

Varje arbetsgrupp arrangerade ett antal seminarier, där resultaten av litteraturgenomgången diskuterades. Vid ett par tillfällen inbjöds specialister från andra kliniker, allt för att uppnå konsensus beträffande diagnostik och rehabiliteringsåtgärder.

Lättare psykisk ohälsa

Det finns begränsad kunskap om vilka sjukdomstillstånd som döljer sig under rubriken »Psykiska sjukdomar« i Försäkringskassans statistik. De diagnosdata som finns tillgängliga talar dock för att merparten hänför sig till tre grupper, nämligen förstämningssyndrom, ångestsyndrom och stressrelaterad ohälsa.

Depression. Bland förstämningssyndromen är depression den vanligaste kategorin. Depression innebär utöver de emotionella symtomen också funktionsnedsättning i form av mental och kroppslig förlångsamning, kognitiva störningar med nedsatt koncentrations- och beslutsförmåga och minnesstörning samt ett av nedstämdheten präglad tankeinhåll, som innebär en dystyr syn på den egna personen och en hopplöshet inför framtiden.

Ångestsyndrom. Vid ångestsyndrom är, som namnet anger, ångest det centrala symtomet. Det kan antingen uppträda i form av episodiska panikattacker, som vid paniksyndrom, eller finnas mer eller mindre kontinuerligt i form av starkt ökad ångslighet, som vid generaliserat ångestsyndrom. Ångestsyndromen medför vanligen inte arbetsförmåga under förutsättning att de inte kompliceras av en sekundär depression, något som är vanligt i perioder. Dock förekommer ångestrelaterad arbetsfrånvaro vid tex svår agorafobi, social ångest och tvångssyndrom.

Stressrelaterad psykisk ohälsa. Beroende på stressens art kan den stressrelaterade ohälsan ta sig olika former. Livskriser (brutna relationer, anhörigs dödsfall, arbetsförlust, olika skamsituationer) kan, om traumat drabbar en sårbar individ eller en speciellt känslig punkt, leda till anpassningsstörning med osedvanligt djup eller osedvanligt långvarig emotionell reaktion. Långvarig, icke-livshotande stress utan tillräcklig återhämtning kan efter åratals exponering leda till utmattningssyndrom med kärnsymtomen stark trötthet, sömnstörning, nedsatta kognitiva funktioner och starkt ökad stresskänslighet. Utmattningssyndromet är ofta långdraget och kan medföra långvarig arbetsförmåga, och kompliceras ofta av sekundär depression. Specifik behandling saknas.

Problem i diagnostiken. Försäkringskassans statistik använder det internationella diagnosystemet ICD-10 och baserar sina uppgifter på sjukskrivande läkares diagnoser i sjukintygen. Diagnoserna sammanställs på övergripande nivå,



Foto: Bluestone/Science Photo Library/IBL

Lättare psykisk ohälsa som depression, ångestsyndrom och stressrelaterad ohälsa har varit fokus för Rehabiliteringsrådet.

dvs man anger till vilket av 11 avsnitt inom avdelningen psykisk sjukdom som diagnosen hör.

Det betyder att tex avsnittet »Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom« (F40–48) innehåller ett antal vitt skilda tillstånd. Inom tex ICD-kategorin F40, »Fobiska syndrom«, registreras tillstånd som agorafobi, som kan vara helt invalidiserande, och djurfobi som i praktiken aldrig leder till sjukskrivning. Inom kategorin »Stressrelaterad ohälsa« (F43) finns tex kortvariga anpassningsstörningar, som har god prognos, och utmattningssyndrom, som tenderar att bli långvariga och medföra stora svårigheter att återvinna arbetsförmågan (se artikel av Marie Åsberg et al i detta tema).

Att diagnoskategorierna är så heterogena skapar problem, eftersom de sammanför tillstånd där förlopp och prognos liksom behandlingsrekommendationer och evidens för deras effekt skiljer sig åt.

Litteraturgenomgång. Vid den systematiska litteratursökningen har söktermer (sk MeSH-termer [medical subjects headings]) och fritexttermer använts. Sökningen har huvudsakligen gjorts i databaserna Medline och Psycinfo. Som sökterm för lättare psykisk ohälsa har samtliga underrubriker till MeSH-terminen »mental disorders«, utom »schizophrenia and disorders with psychotic features«, använts. Sökning har skett så att alla eventuella underrubriker till dessa termer inkluderas. Dessa termer har sedan kombinerats med kombinationer av sökorden »work«, »employment«, »sickness absence«, »sick leave«, »sickness benefits«, »rehabilitation«, »return to work«, »absenteeism«, »outcome« och »RCT«. Sökning har också skett i databaserna Cochrane Library, AMED, CINAHL och CIRRIE.

Exempel på studier som identifierats. Vid Rehabiliteringsrådets litteraturgenomgång identifierades ett antal studier som inriktats på kontrollerade interventioner för patienter

med sjukskrivning för lättare psykisk ohälsa med återgång i arbete som utfallsmått. I en av de mest övertygande studierna fann Blonk et al att sk labour experts som fått en kort utbildning i kognitiva principer nådde signifikant bättre resultat med avseende på arbetsåtergång än KBT-terapeuter, vilkas behandlingsresultat i sin tur skilde sig från kontrollerna [3].

En annan rehabiliteringsmodell som identifierades vid litteraturgenomgången var den svenska metoden »Arbetsplatsdialog för arbetsåtergång« (ADA) [4]. Metoden har visats åstadkomma en förbättring av arbetsåtergången hos patienter med utmattningssyndrom jämfört med kontroller.

Det finns ett antal ytterligare studier med arbetsåtergång som utfallsvariabel. Gemensamt är att evidensen är svag. Det betyder att kontinuerlig uppföljning av den internationella litteraturen är viktig och att ytterligare forskning inom området är nödvändig.

Rehabilitering av stressrelaterad psykisk ohälsa. Rehabiliteringsrådet har också analyserat hur den stressinriktade rehabiliteringen tillämpas i den kliniska verksamheten i Sverige i dag.

Antalet kliniker som specialiserat sig på stressinriktad rehabilitering har ökat under 2000-talet. Den första rehabiliteringsmedicinska universitetskliniken som utvecklat specialiserad rehabilitering för stressrelaterad psykisk ohälsa finns på Danderyds sjukhus i Stockholm. Kliniken, som heter Stressrehab, bedriver sedan ett antal år arbetslivsinriktad stressrehabilitering. Stressrehab ingår i ett nätverk bestående av ytterligare tre aktörer utanför sjukhuset, nämligen Stressmottagningen Solna, PBM och Gustavsbergs vårdcentral.

I Västernorrland finns ett hälsohem, Österåsen, ett fd sanatorium, som i sitt behandlingsutbud har rehabilitering av bla stressrelaterad psykisk ohälsa.

Vid flera universitet finns forskningsinriktade verksamheter där man bedriver stressrehabilitering. Några exempel: stressmottagningen i Solna som är knuten till Stockholms universitet, institutet för stressmedicin i Göteborg, Centrum för miljörelaterad ohälsa och stress i Uppsala, stresskliniken vid Umeå universitetssjukhus och Rehabiliteringsträdgården vid Lantbruksuniversitetet i Alnarp. Det finns också flera privata aktörer på området, tex det ovannämnda PBM, Rygginstitutet och RMS Rehabmedicin i Simrishamn. Också inom komplementärmedicinen har man intresserat sig för stressrelaterad psykisk ohälsa, tex har den antroposofiskt inriktade Vidarkliniken ett behandlingsprogram för stress och utmattning.

Behandlingar inom rehabiliteringsgarantin. Som redan nämnts, innefattar rehabiliteringsgarantin KBT för depression, ångest och stressrelaterad psykisk ohälsa. Valet grundade sig på SBU:s evidensvärdering [5, 6] och Socialstyrelsens rekommendation för behandling av ångest och depression [7], som ger ett starkt stöd för KBT:s symtomlindrande effekt vid dessa tillstånd. Däremot fanns ingen evidens för effekt på arbetsåtergång och ingen evidens för effekt vid stressrelaterad psykisk ohälsa.

Karolinska institutet har ett uppdrag att utvärdera effekten av rehabiliteringsgarantin. Det första året av garantin gav ett

nedslående resultat. Implementeringen av garantin gav inte någon minskad sjukfrånvaro alls, enligt Försäkringskassans sjukskrivningsstatistik över de patienter som landstingen rapporterade hade behandlats enligt garantin [8].

Utvärderingen visade också att majoriteten av dem som fick KBT för lättare psykisk ohälsa inte hade varit sjukskrivna innan behandlingen med KBT sattes in, och att flera blev sjukskrivna efter behandlingen.

Att föreslå KBT som en generell lösning för patienter med lättare psykisk ohälsa räcker alltså inte. Terapierna måste kompletteras, och diagnostiken skärpas. Det finns i dag skattningsskalor under utveckling som kommer att kunna användas vid differentialdiagnostik mellan depression (där KBT fungerar utmärkt) och utmattningssyndrom (där KBT inte har någon övertygande effekt).

Tidpunkten när terapin bör sättas in varierar troligen för de olika typerna av lättare psykisk ohälsa. När en depression eller ett ångesttillstånd är diagnostiserat bör terapi med läkemedel och/eller KBT sättas in ganska omgående. För utmattningssyndrom föreslår rehabiliteringsrådet däremot en avvaktn med rehabilitering och förordar i stället råd om stressreduktion och livsstilsförändring initialt, för att sedan eventuellt sätta in samtalsbehandling, gärna i grupp, som bör vara fokuserad mot arbetsplatsen. Samtalsbehandlingen kan vara KBT-inriktad eller ha en psykodynamisk bas.

Rehabilitering av smärttillstånd i rörelseorganen

För rehabilitering av smärtpatienter finns det relativt många forskningsrapporter och riktlinjedokument publicerade i vetenskaplig litteratur. Gruppen valde att primärt använda nyligen genomförda vetenskapliga översikter [9]. Dessa kompletterades med sammanställningar av publicerade riktlinjedokument i internationell vetenskaplig litteratur och en mer informell inventering av annan dokumentation. En uppdaterande litteratursökning genomfördes hösten 2010.

Smärttillstånd i rygg, axlar och nacke är de vanligaste diagnoserna bland långtidssjukskrivna upp till ett år. Rehabiliteringsgarantin ersätter multimodal rehabilitering av dessa patienter. Den internationella litteraturen stödjer detta. Det finns fem välgjorda studier som ger evidens för arbetsåtergång efter multimodal rehabilitering av smärtpatienter [2].

Oro och depression samvarierar ofta med smärta och inverkar på möjligheten till lyckad rehabilitering. En förutsättning för lyckad rehabilitering vid smärta är åtgärder för att minska eventuell psykisk ohälsa.

Neurologiska skador och sjukdomar

Neurologiska skador. För neurologiska skador och sjukdomar gjordes också systematisk litteraturgenomgång och upprepade seminarier. Aktuell systematisk litteraturgenomgång visar evidens för att tidig rehabiliteringsmedicinsk intervention efter traumatisk hjärnskada förbättrar långtidutfallet och att specialiserad arbetslivsinriktad rehabilitering har gynnsam effekt [10].

För hjärnskadepatienterna finns en förbättringspotential i handläggningen på olika nivåer. För lätta skallskador gäller att tidig information om skadan och uppföljning av ett specialiserat team kan minska risken för kvarstående problem. För de svåra hjärnskadorna gäller en fungerande vårdkedja inom specialistvården och kriterier för det fortsatta omhändertagandet, framför allt inom kommunen. Sammanfattningsvis finns ett flertal faktorer som påverkar utfallet av en hjärnskada. Samverkande faktorer som påverkar utfallet understryker behovet av multiprofessionell rehabiliteringsmedicinsk kompetens [11].

»Sammanfattningsvis visar litteratursammanställningarna att förvånansvärt få studier på ett vetenskapligt korrekt sätt har undersökt ...«

»Ett kunskapscenter skulle kunna bevaka den internationella litteraturen, värdera den och föreslå implementering av fungerande behandlingar.«

Neurologiska sjukdomar. För neurologiska sjukdomar som stroke, parkinson och multipel skleros finns inga tydliga förslag på specifika åtgärder för återgång i arbete i litteraturen. Medelåldern är hög vid insjuknandet, men det är ändå en betydande andel som är i arbetsför ålder, och den akuta behandlingen har successivt förbättrats. Det betyder att ett antal patienter bedöms kunna återgå i arbete och således behöver rehabilitering. Under hela rehabiliteringsfasen bör åtgärder för dessa patienter inriktas på återgång i arbete [12]. Depression är en viktig samsjuklighet som ska undersökas och behandlas.

Cancer

Gruppen som ansvarade för analys av rehabiliteringen av cancerpatienter gjorde en omfattande litteraturgenomgång av rehabiliteringsinsatser med bl a frågeställningen »återgång i arbete«.

Kunskaperna om och resurser för rehabiliteringen av cancerpatienter är bristfälliga och ojämnt fördelade i landet. Femårsöverlevnaden i Sverige för många tumörsjukdomar är över 50 procent, för bröstcancer är den 90 procent och för prostatacancer 85 procent, vilket gör att många cancerpatienter är i behov av arbetslivsinriktad rehabilitering.

I en del fall kan cancersjukdomen och/eller de behandlingar som patienten går igenom leda till psykologiska och ibland psykiatriska problem med exempelvis depression och ångest.

Övergripande förslag från Rehabiliteringsrådet

Multimodal rehabilitering också vid psykisk ohälsa.

Multimodal rehabilitering har en central roll i den rehabilitering som i dag ersätts av rehabiliteringsgarantin. Detta är föga förvånande. Socialstyrelsens termbank beskriver t ex begreppet rehabilitering som »... insatser från olika kompetensområden och verksamheter«, dvs rehabilitering är definitionsmässigt multimodal.

Enbart KBT räcker inte för behandling av lättare psykisk ohälsa om arbetsåtergång är målet. Rehabiliteringsrådet föreslår därför att multimodal rehabilitering ska läggas till KBT vid behandling av lättare psykisk ohälsa, dels för att patienter med depression och ångest ibland kan behöva tillägg till KBT

för återgång i arbete, dels för att enbart KBT till patienter med stressrelaterade besvär inte har något stöd i den internationella litteraturen.

Problemet med multimodal rehabilitering är att det är svårt att veta vilken eller vilka av de olika modaliteterna som är verksamma. En viktig del i den multimodala behandling som syftar till arbetsåtergång tycks dock vara att arbetsplatsen är involverad.

Rehabiliteringsregister. I dag finns ett antal rehabiliteringsmetoder som skulle kunna fungera, men det finns bara ett begränsat urval av terapier som har undersökts i kontrollerade studier. Att göra kontrollerade studier tar lång tid, och det tar lång tid att utvärdera och implementera resultaten. Rehabiliteringsrådet föreslår därför att ett rehabiliteringsregister inrättas för rehabiliteringsgarantin. Registret ska vara kopplat till rehabiliteringsgarantin, dels för att få bra svarsfrekvens, eftersom utbetalning från garantin är kopplad till registrering av patienten, dels för att snabbt kunna få användbara resultat.

Kunskapscenter. Rehabiliteringsrådet föreslår också att ett kunskapscenter för fortsatt utveckling av rehabiliteringsgarantin ska inrättas. Den vetenskapliga evidensen för effekten av interventioner för arbetsåtergång är svag, men det finns ett ökande intresse för arbetsåtergång i den internationella vetenskapliga litteraturen. Därför behövs en kontinuerlig bevakning av den forskning som har arbetsåtergång som effektmått. Antalet studier som beskriver arbetsåtergång efter rehabilitering har tredubblats på fem år. Vi kan alltså förvänta oss nya rön som kan förbättra den rehabilitering som har arbetsåtergång som mål. Ett kunskapscenter skulle kunna bevaka den internationella litteraturen, värdera den och föreslå implementering av fungerande behandlingar.

Den rehabilitering som ersätts av rehabiliteringsgarantin utförs vanligen av landstingens primärvård. Primärvården har olika nivå på kompetensen för olika diagnoser, olika nivå på resurser och följaktligen olika utbud av terapier. För att få enhetlig vård skulle ett kunskapscenter kunna ta fram manualer för rehabiliteringen och riktlinjer för certifiering samt se över utbildningsbehovet.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *Åke Nygren är ordförande i regeringens rehabiliteringsråd och Marie Åsberg är ledamot av rådet.*

REFERENSER

1. Nygren Å, Ljunghall B, Bernspång B, Borg K, Henriksson R, Jensen I, et al. Rehabiliteringsrådets slutbetänkande. SOU 2011:15.
2. SBU. Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010.
3. Blonk RWB, Brenninkmeijer V, Lagerveld SE, Houtman ILD. Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work Stress*. 2006; 20(2):129-44.
4. Karlson B, Jönsson P, Pålsson B,

- Åbjörnsson G, Malmberg B, Larsson B, et al. Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sickleave for burnout – a prospective controlled study. *BMC Public Health*. 2010; 10:301.
5. SBU. Behandling av depressions-sjukdomar. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2004.
6. SBU. Behandling av ångestsyndrom. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2005.
7. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för depressionssjukdom och

ångestsyndrom – beslutsstöd för prioriteringar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.

8. Jensen I, Busch H, Hagberg J, Bonnevier H, Nilsson E, Alipour A, et al. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Delrapport II. Stockholm: Karolinska institutet; 2011.
9. Holm L, Torgén M, Hansson A, Runeson R, Josefson M, Helgesson M, et al. Återgång i arbete efter sjukskrivning för rörelseorganens sjukdomar och lättare psykisk ohälsa. *Arbete och hälsa*. 2010;44 (3):1-112.
10. Borg J, Roe C, Nordenbo A, Andelic N, de Bousard C, af Geijerstam

JL. Trends and challenges in the early rehabilitation of patients with traumatic brain injury: a Scandinavian perspective. *Am J Phys Med Rehabil*. 2011;90(1):65-73.

11. Turner-Stokes L. Evidence for the effectiveness of multi-disciplinary rehabilitation following acquired brain injury: a synthesis of two systematic approaches. *J Rehabil Med*. 2008;40(9):691-701.
12. Treger I, Shames J, Giaquinto S, Ring H. Return to work in stroke patients. *Disabil Rehabil*. 2007;29 (17):1397-403.