

Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – en vägledning för sjukskrivning

Elsy Söderberg

Med. Dr. Universitetslektor, Avdelningen för Samhällsmedicin, Institutionen för Medicin och Hälsa, 581 83 Linköpings universitet. E-post: elsy.soderberg@liu.se.

”Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – en vägledning för sjukskrivning” ska utgöra en struktur för interorganisatorisk samverkan mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan samt för kommunikation med en patient i samband med en sjukskrivning. I denna artikel diskuteras införandet av beslutsstödet samt vad som kommuniceras alternativt inte kommuniceras i läkarintyg till Försäkringskassan. Generellt har sjukskrivningstiderna blivit kortare efter att beslutsstödet införts. Information som relaterar till patientens arbetsplats och till en kvarstående arbetsförmåga förekom sparsamt och på samma nivå som innan beslutsstödet infördes. I samband med att vägledningar, som ska ge en interorganisatorisk struktur implementeras är det angeläget att beakta de olika perspektiv och tolkningsramar som tillämpas i berörda organisationer.

The guideline “Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – en vägledning för sjukskrivning” provides a structure for inter-organizational cooperation between two public stakeholders, the health care- and the social insurance organization and for the communication with patients. The implementation of this guideline, what is communicated and what is not in sickness certificates, is discussed. The main findings were that sick leave periods become shorter after the implementation of the guideline. Information related to the patients’ work capacity and to the workplace was still scarce, and at the same level as before the implementation of the guideline. When guidelines aimed at providing an inter-organizational structure are implemented, the different perspectives and frames of organizations concerned need to be considered.

Inledning

I slutet av år 2005 fick Socialstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag av regeringen att utforma en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess. Knappt två år senare, hösten 2007, publicerade Socialstyrelsen en vägledning för sjukskrivning som fick namnet ”Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – en vägledning

för sjukskrivning” [1].

Försäkringsmedicinskt beslutsstöd består av två delar: Övergripande principer som vägledning i arbetet med sjukskrivning, vilka finns publicerade i tryckt form [1] och det diagnosspecifika beslutsstödet, med rekommendationer för sjukskrivningslängd och

-grad vid specifika diagnoser, tillgängligt via Socialstyrelsens hemsida [2]. Beslutsstödet infördes successivt över hela landet från hösten 2007 till maj 2008. Därefter gjordes även en rad mindre justeringar av alla rekommendationer, och år 2010 har ytterligare diagnosspecifika rekommendationer blivit tillgängliga på Socialstyrelsens hemsida. Omfattande utbildnings- och implementeringsinsatser har gjorts av nationella aktörer som Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Försäkringskassan [3] samt av landstingen på regional/lokal nivå.

Aktörerna i sjukskrivningsprocessen har ett stort och viktigt ansvar inte bara för samverkan [4], utan också för uppföljning och kvalitetssäkring. De konsekvenser som en sjukskrivning kan ha för individen gör att praxis bör granskas, utvärderas och utvecklas med samma kvalitetsanspråk som hälso- och sjukvårdens övriga aktiviteter [5-7]. Enligt intentionen i de övergripande principerna [1] ska sjukvårdshuvudmännen respektive Försäkringskassan se till att det finns system och ledningsstruktur för hantering av sjukskrivningsärenden. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet ses som en del i en sådan struktur.

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet [1] anknyter till regelverket i den svenska allmänna sjukförsäkringen; en försäkring mot inkomstbortfall när en person inte kan försörja sig p.g.a. sjukdom eller skada. Två rekvisit ska vara uppfyllda för att få rätt till sjukpenning, dels att sjukdom eller skada föreligger, dels att just denna lett till nedsättning

av arbetsförmågan med minst 25 procent. Andra orsaker till nedsättning av arbetsförmågan berättigar inte till sjukpenning. Arbetsförmågan skall avgöras i relation till kraven i just den personens arbete eller, vid längre sjukfall, i relation till andra arbeten. När en sjukskrivning är aktuellt krävs senast efter sjunde dagen att en läkare intygar både att sjukdom föreligger och att denna lett till nedsatt arbetsförmåga [8].

Här används, liksom i allmänt språkbruk, begreppet läkarintyg för de medicinska underlag, som läkare skriver i samband med sjukskrivning. Även begreppet sjukskrivning används här, på motsvarande sätt som i "Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – en vägledning för sjukskrivning" [1], med medvetenhet om att det är en läkare som utfärdar ett läkarintyg som mottagaren använder som underlag för beslut om rätt till sjuklön (arbetsgivaren) eller sjukpenning (Försäkringskassan). Det är alltid mottagaren av ett läkarintyg som har att godkänna om det är korrekt [9].

De vetenskapliga studier som undersökt kvaliteten i läkarintyg är få [10], men det värt att notera att de genomgående funnit samma typ av problem oavsett i vilket land eller vilket år de publicerats. Detta framgick av fyra studier, två från Sverige [11-12], en från Norge [13] och en från Slovenien [14], som undersökte om läkarintygen hade tillräcklig kvalitet för det de ska användas till, dvs. som underlag i bedömning om rätt till ersättning och åtgärder i en annan myndighet. Samtliga fyra [11-14] fann brister i läkarintygen. För att stödja förbättringar behöver förståelsen öka

för vilka hinder som finns i syfte att ta fram underlag för åtgärder relaterade inte endast till hälso- och sjukvård utan också till försäkringskassa och arbetsgivare i deras roll som mottagare av denna information.

Det diagnosspecifika beslutsstödet

Hur länge en sjukskrivning varar, d.v.s. längd och grad på sjukskrivningar, är den frågeställning som är i fokus när det gäller de sjukdomar som har specifika rekommenderade sjukskrivningstider i det försäkringsmedicinska beslutsstödet [15]. Sjukfrånvaro, både vad gäller vilka personer som är sjukfrånvarande och hur länge de är det, beror även på olika faktorer på olika strukturella nivåer [16]. I en nationell utvärdering undersöktes om det skett förändringar i sjukskrivningstider och spridning efter att det diagnosspecifika beslutsstödet införts med särskilt fokus på fysiska sjukdomar. Resultaten indikerade att införandet av de diagnosspecifika rekommendationerna bidragit till generellt kortare sjukskrivningstider. Resultaten visade att medianlängden minskat från 46 till 43 dagar. Sjukskrivningstiderna minskade mer för kvinnor än för män. I en utvärdering [17] som fokuserade på de psykiatriska diagnoserna framgick att spridningen i sjukskrivningslängd för de psykiska sjukdomarna fortfarande vara oförändrat stor, medan den minskat markant för de fysiska sjukdomar som har specifika rekommenderade sjukskrivningstider [17-18].

I en studie [19] från Östergötlands län

undersöktes om det skett förändringar i sjukskrivningstider och spridning, före respektive efter att det diagnosspecifika beslutsstödet införts. I studien användes tidigare testat inmatningsformulär som kronologiskt följer de uppgifter som används av läkaren vid ett intygsförfarande [20-21] och som vidareutvecklats för att passa det nu aktuella läkarintyget. I undersökningen ingick 1188 respektive 1330 läkarintyg utfärdade före respektive efter att det försäkringsmedicinska beslutsstödet införts. Resultaten av studien visade att spridningen minskade totalt sett mellan två jämförda åren, 2007 och 2009, samt att medianlängden minskade från 43 till 41 dagar.

En kvalitativ analys [19] av utfärdad information i de aktuella läkarintygen visade att det generellt förelåg en ökad precision i beskrivningar av sjukdomstillstånd samt att de sjukskrivningar som blev längre än rekommenderat i beslutsstödet, innehöll motiveringar till detta. Av resultaten framgick emellertid också att det inte gick att avläsa kvalitetsförbättringar avseende bedömningen av: "Hur sjukdomen begränsar patientens förmåga/aktivitet på individnivå"? Det kunde noteras att informationen om hur sjukdomen påverkade patientens förmåga/aktivitet var mer bristfällig i läkarintyg från företagshälsovården jämfört med den information som utfärdats i läkarintyg vid sjukhuskliniker respektive vårdcentraler. Det senare kan t.ex. innebära att möjlighet till olika former av tillfälliga lättnader i arbetskrav inte beaktas i tillräcklig omfattning i samband med beslut om rätten till sjukpenning och/

eller behov av åtgärder.

Använder läkare det diagnosspecifika beslutsstödet?

Knappt tio procent av läkare som besvarade en nationell enkät [22], uppgav att de ansåg att det inte alls var problematiskt att skriva läkarintyg enligt det diagnosspecifika beslutsstödet. Mellan de olika landstingen redovisades emellertid en stor variation både när det gäller användningen och om man ansåg att det var problem med att använda denna del av beslutsstödet. En majoritet, 52 procent, uppgav att de inte använde det diagnosspecifika beslutsstödet. Svaren på frågan, kan enligt resultaten av den nationella rapporten [22], möjligen vara en underskattning, eftersom den eller de diagnoser, som är mera frekventa bland läkarens egna patienter gör att man inte behöver ta stöd av diagnosspecifika rekommendationer [2].

Beslutsstödet övergripande principer

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet syftar bl.a. till att öka kvaliteten i mötet mellan hälso- och sjukvården och patienterna [1]. I likhet med god vård ska sjukskrivning vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, effektiv, jämlik, patientfokuserad och ges i rimlig tid [23]. Det betyder att bedömningar som kan leda till sjukskrivningar skall grundas i medvetna ställningstaganden om en eventuell sjukskrivnings effektivitet och ändamålsenlighet. Centrala frågor är om sjukskrivning leder till bästa möjliga tillfrisknandeprocess

och minimerar riskerna för skador. Det betyder vidare att bedömningsgrunder bör vara lika över hela landet och lika för patienter i likartad situation.

Tanken var att det försäkringsmedicinska beslutsstödet ska underlätta att författningsstödet [24-27] kan tillämpas på sjukskrivning och därmed öka förutsägbarheten för patienten, dennes delaktighet liksom att patienten ska kunna, så långt möjligt, behålla kontakten med sin arbetsplats, exempelvis genom arbete på deltid. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet [1], sid 10-14, handlade i detta perspektiv mera om övergripande områden som ska användas som vägledning för de frågor som läkare, Försäkringskassan och andra aktörer stöter på i samband med sjukskrivningar.

Har deltidssjukskrivningarna ökat efter att beslutsstödet infördes?

I beslutsstödet övergripande principer [1] ges viss vägledning som rör relationen till arbetsplatsens betydelse t.ex. att så långt som möjligt behålla kontakten med arbetsplatsen genom arbete på deltid. Ett av syftena med deltidssjukskrivningen är att göra sjukskrivningen mera flexibel och möjliggöra upptrappning av arbetstiden. En deltidssjukskrivning ska dock ha som mål att avslutas enligt samma kriterier som heltidssjukskrivningar. Resultaten av en jämförelse mellan år 2007 och 2009 visade att andelen partiella sjukskrivningar minskade mellan de jämförda åren, från 31 procent till 24 procent [19]. Mönstret från tidigare studier

bekräftas genom att en högre andel kvinnor än män var sjukskrivna på deltid. För åldersgruppen > 54 år var minskningen hela 14 procentenheter, från 33 procent till 19 procent. Skälen till att deltidssjukskrivningar minskar i åldrar > 54 år kan bero på att andelen patienter som har sjukdomar med hög allvarlighetsgrad ökat bland äldre alternativt att arbete sker på heltid för att behålla sin position på arbetsplatsen. Ytterligare en förklaring kan vara att en striktare bedömning, enligt de specifika rekommendationerna för sjukskrivningslängder, gör att sjukskrivning på deltid inte föreslås i läkarintyget. Frågan om hur man kommer fram till vad som är lämpligt när det gäller en partiell sjukskrivning behöver belysas ytterligare inte bara ur patient- och läkarperspektiv utan också ur ett sysselsättningsperspektiv, som sätts i relation till rehabiliteringsinsatser, sjukpenning, arbetsplats respektive arbetslöshet.

Rekommenderas arbetslivsinriktad rehabilitering i ökad omfattning efter att beslutsstödet införts?

Med arbetslivsinriktad rehabilitering menas t.ex. arbetsträning, anpassning av arbetsplatsen, ändrade arbetsuppgifter eller utbildning. Uppgifter om att arbetslivsinriktad rehabilitering är aktuell behövs för att klargöra vilket stöd patienten behöver för att behålla och/eller utveckla sin förmåga trots sjukdom. Efter att beslutsstödet införts var arbetslivsinriktad rehabilitering aktuell för endast sex procent, med en signifikant skillnad mellan könen (för män, 8 % och för kvinnor, 5 %). Ställnings-

taganden om arbetslivsinriktad rehabilitering, som en åtgärd för att främja arbetsförmåga, har därmed minskat mellan de jämförda åren. Den sjukskrivande enhet, företagshälsovården, som antas ha god kunskap om arbetsplatsen betydelse i samband med en sjukskrivning använde sig i mindre utsträckning av denna möjlighet att förmedla information till mottagaren än andra sjukskrivande enheter [19]. Försäkringskassan har även utfärdat råd/anvisningar [28] för vilken information, som man önskar få i ett läkarintyg. Anvisningarna om hur information ska utfärdas när det gäller behov av arbetslivsinriktad rehabilitering är mycket kortfattad i jämförelse med anvisningar för all annan önskad information i ett läkarintyg [28]. Att frågan om arbetslivsinriktad rehabilitering intar en alltmer undanskymd, i den information som lämnas om en patient, torde öka behovet av ett aktivt samordningsarbete från Försäkringskassans sida (AFL 22:5) om kravet på sjukskrivning som en aktiv åtgärd ska kunna uppfyllas [1].

Ordinationer till sjukskrivna

En viktig utgångspunkt är att en väl avvägd belastning ofta leder till optimal läkning. För många åkommor kan fullständig inaktivitet eller passiv vila innebära att läkning förhindras eller försenas.

I tabell 1 redovisas att den vanligaste föreskriften var att ”följa given ordination”. De därefter vanligast förekommande ordinationerna var *medicinsk behandling, sjukgymnastik, egen träning,*

vila eller samtalsterapi. För Försäkringskassans del har dessa ordinationer betydelse då de ger information om vad man kan förvänta sig för utveckling och aktivitet under sjukskrivningen. Patienter som väntar på en åtgärd inom sjukvården har minskat något mellan de jämförda perioderna, samtidigt som de patienter som väntar på annan åtgärd har ökat något. Det innebär att andelen patienter som väntar på någon typ av åtgärd är oförändrad, 24 procent. Den föreskrift, som uppmanar patienten till ”besök på arbetsplatsen” användes i ett fåtal av läkarintygen, två respektive en procent [19].

Använder läkare de övergripande principerna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet?

Enligt resultaten av en nationell enkätstudie [22], uppgav nästan hälften,

47 procent av läkarna, att de inte hade använt de övergripande principerna för sjukskrivning. Av resultaten framgick en betydande variationen mellan läkare i olika landsting, endast fyra procent uppgav dock att det var förenat med svårigheter att följa de övergripande principerna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet [2].

Kommunikationen mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan

I svensk hälso- och sjukvård har sjukskrivning som åtgärd en dubbel funktion: sjukskrivning är dels ett redskap vid vård och behandling och dels ett ansvar inom ramen för hälso- och sjukvårdens myndighetsutövning. Detta kan leda till en paradox genom att t.ex. åtgärder inom vård- och behandling enligt hälso- och sjukvårdslagen utformas och genomförs i samråd med patient-

Tabell 1. Föreskrift – behandling eller åtgärd som är nödvändig för att förmågan ska kunna återställas.

| Föreskrift | År | Antal | Andel (%) |
|----------------------------------|------|-------|-----------|
| Följa given ordination | 2007 | 848 | 70 |
| | 2009 | 1048 | 77 |
| Fortsatt poliklinisk kontakt | 2007 | 383 | 32 |
| | 2009 | 480 | 35 |
| Undvika viss belastning | 2007 | 113 | 9 |
| | 2009 | 126 | 9 |
| Besöka arbetsplatsen | 2007 | 22 | 2 |
| | 2009 | 17 | 1 |
| Väntar på åtgärd inom sjukvården | 2007 | 235 | 20 |
| | 2009 | 228 | 17 |
| Väntar annan åtgärd | 2007 | 49 | 4 |
| | 2009 | 91 | 7 |
| Övrigt | 2007 | 67 | 6 |
| | 2009 | 112 | 8 |

ten, medan det för sjukskrivning som myndighetsutövning mer handlar om att göra korrekta bedömningar på objektiva grunder [27]. Den dubbla funktionen har sin organisatoriska motsvarighet i sjukskrivningsprocessens två parter, landsting och försäkringskassa, som ingår som dominerande och av varandra beroende parter i det system som sjukförsäkringen utgör [29].

I en nationell undersökning av attityder till sjukskrivning och till varandra konstateras ett stort informations- och förtroendegap mellan de två systemen [30]. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet antas bidra till att gapet mellan de två systemen ska minska och kan accepteras av båda parter (landsting och försäkringskassa) trots olika utbildning, tradition och kultur i respektive system [15]. Huruvida dessa antaganden bekräftats i utvärderingar är inte känt [31].

Det finns behov av fortlöpande kommunikation och kontakt mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan i handläggning av sjukskrivningsärenden [32]. Emellertid har läkares behov av kontakt med Försäkringskassan minskat över tid. Efter att beslutsstödet införts, år 2009, ansåg sig endast fyra procent behöva ha kontakt med Försäkringskassan i samband med att de utfärdade ett läkarintyg [19] jämfört med år 2002 då tio procent att läkarna uppgav att de önskade kontakt kring en patient som de sjukskrivit [20]. I svenska studier [33-35], som undersökt problem som läkare upplever i sin samverkan kring sjukskrivningsärenden, redovisades problem på olika struktu-

relle nivåer.

Åren 2008 - 2010, då utvärderingar av "Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – en vägledning för sjukskrivning" [1] varit aktuella, har lagändringar och tidsgränser införts i sjukförsäkringen. Under samma tidsperiod förverkligades beslutet om att förstatliga Försäkringskassan [36]. Sådana omständigheter kan självfallet ha inverkat på handläggningen av sjukskrivningsärenden. I den kunskapsöversikt [15] som togs fram av Socialstyrelsen inför det försäkringsmedicinska beslutsstödet poängterades ambitionen att beslutsstödet [1] i samma utsträckning ska vända sig både till läkaren och till tjänstemannen på Försäkringskassan. En avgörande poäng antogs vara att båda parter har exakt samma information. Frågeställningar på en annan strukturell nivå såsom vilken tolkningsram och vilka perspektiv som präglar respektive verksamhet, hos landsting och Försäkringskassa, analyserades däremot inte [15].

Behov av fortsatt forskning

I den forskning [10, 16] som undersökt praxis inom sjukskrivningsprocessen är det ofta läkares perspektiv på problemen, som studeras och ligger till grund för analys och slutsatser. Med tanke på sjukförsäkringens betydelse i sjukskrivningsprocessen är både administrationen av denna samt hur professionernas kompetens påverkar samarbetet med hälso- och sjukvården, både vad som görs och vad som inte görs, än mera utforskad [10, 36-37]. Områdets komplexitet gör att det behöver studeras med olika perspektiv och ut-

gångspunkter. Forskning som inkluderar såväl det medicinska systemet som försäkringssystemet torde ha väsentlig betydelse för kunskapen om sjukskrivningsprocessens utsträckning över tid t.ex. ur patientens perspektiv.

Slutsatser

En generell slutsats är att de ”diagnos-specifika rekommendationerna” medfört att sjukskrivningstiderna har blivit kortare och att spridningen i längder har minskat.

Tanken bakom de ”övergripande principerna i beslutstödet” var att åstadkomma en aktivare sjukskrivningsprocess där åtgärder för arbetsgång på arbetsplats eller via arbetsförmedling kommer in tidigare i sjukskrivningen. Slutsatser som kan dras är att uppgifter som rör individens funktionsnedsättning, kvarstående arbetsförmåga och arbetsplats förekom lika sparsamt före respektive efter att beslutstödet införts.

I samband med implementering av vägledningar, som ska utgöra en interorganisatorisk struktur kan det vara angeläget att beakta de olika perspektiv och tolkningsramar som tillämpas i respektive organisation samt att strategier för implementering tar hänsyn till dessa skillnader.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutstöd - vägledning för sjukskrivning. 2007: Stockholm.
2. Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutstöd, diagnosspecifikt från: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>.
3. SKL. Vidtagna åtgärder för att implementera det Försäkringsmedicinska beslutstödet, perioden 2007-2008, Sveriges Kommuner och Landsting: Stockholm.
4. SOU. Bättre samverkan Några frågor kring samspelet mellan sjukvård och socialförsäkring. 2009, Socialdepartementet: Stockholm.
5. Socialstyrelsen. Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. SOSFS 2005:12. 2005: Stockholm.
6. Socialdepartementet. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Slutbetänkande. Del I och II. SOU 2002:5: Stockholm.
7. Socialstyrelsen. Tillsyn av sjukskrivningsprocessen 2003-2005 – sammanfattande slutsatser. 2006: Stockholm.
8. Svensk Författningssamling. Lag (1962:381) om Allmän Försäkring. 1962, Sveriges Riksdag: Stockholm.
9. Järvalho, B. and C. Olofsson. Försäkringsmedicin 2006, Lund: Studentlitteratur.
10. SOU. Läkares sjukskrivningspraxis - en systematisk litteraturoversikt. 2010:107, Socialdepartementet: Stockholm.
11. Englund, L., G. Tibblin, and K. Svärsudd. Effects on physicians' sick-listing practice of an administrative reform narrowing sick-listing benefits. *Scand J Prim Health Care* 2000(18 4): p. 215-9.
12. Söderberg E and K. Alexanderson. Sickness certificates as a basis for decisions regarding entitlement to sickness insurance benefits. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2005(33): p. 314-320.

13. Fleten, N., R. Johnsen, and B.S. Ostrem. Reliability of sickness certificates in detecting potential sick leave reduction by modifying working conditions: a clinical epidemiology study. *BMC Public Health*, 2004(4): p. 8.
14. Kersnik, J. Management of sickness absence: a quality improvement study from Slovenia. *Quality in Health Care*, 1999(8): p. 262-265.
15. Socialstyrelsen. Beslutsstöd i form av försäkringsmedicinska riktlinjer - En del av en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess in Kunskapsöversikt. 2006: Stockholm.
16. SBU. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser, praxis. En systematisk litteraturoversikt. Vol. 167. 2003, Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
17. Försäkringskassan. Beslutsstödet. Sjukskrivningsmönster före och efter införandet av de specifika försäkringsmedicinska rekommendationerna för psykiska sjukdomar. 2010:7: Stockholm.
18. Försäkringskassan. Beslutsstödet - Sjukskrivningsmönster för och efter införandet av försäkringsmedicinska rekommendationer för fysiska sjukdomar. 2009:5, Försäkringskassan: Stockholm.
19. Söderberg E, Smeds M, and Festin K. Sjukskrivningsperioder och kvalitet i information i läkarintyg före respektive efter införandet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. 2010, Avdelning för Samhällsmedicin, Institutionen för Medicin och Hälsa, Linköpings Universitet: Linköping.
20. Söderberg, E. m.fl. I gränssnittet mellan medicin och försäkring - en studie av läkarintygs kvalitet. 2003, Försäkringsmedicinskt Centrum och Linköpings Universitet: Linköping.
21. Söderberg, E. och S.-U. Marnetoft, Utfärdade läkarintyg i två län - en jämförande studie ur ett sjukförsäkringsperspektiv. 2004, Försäkringskassan Östergötland, Linköpings Universitet, Försäkringskassan Jämtland, Mithögskolan Östersund: Linköping och Östersund.
22. Alexanderson, K. m.fl. Läkares arbete med sjukskrivning - enkät till alla läkare i Sverige 2008 - utveckling sedan 2004 i Östergötland och Stockholm. 2009, Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet. : Stockholm
23. Socialstyrelsen. God Vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. 2006: Stockholm.
24. Socialdepartementet. Patientjournalagen (PjL) 1985:562.
25. Socialdepartementet. Lagen om Allmän Försäkring (AFL) 1962:381.
26. Socialdepartementet. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 1982:763.
27. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:29) om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården mm 2005: Stockholm.
28. Försäkringskassan. Vad ska ett medicinskt underlag innehålla (FK7263)? 2010: Stockholm.
29. Lindqvist, R. Att sätta gränser. Organisationer och reformer i arbetsrehabilitering 2000, Umeå: Boréa Bokförlag.
30. Palmer, E. SKA projektet. Sjukförsäkring, Kultur och Attityder. 2006, Försäkringskassan och Hälso- och sjukvården: Stockholm.
31. Socialstyrelsen. Uppdrag att fullfölja arbetet med de försäkringsmedicinska riktlinjerna. 2007.
32. Alexanderson, K., m.fl., Läkares arbete med sjukskrivning - en enkätstudie. 2005, Stockholms läns landsting, Landstinget i Östergötland, Försäkringskassan, Länskontoren i Stockholm och Östergötland: Stockholm.
33. von Knorring, M., m.fl., Problems in sickness certification of patients: a qualitative study on views of 26 physicians in Sweden. *Scand J Prim Health Care*, 2008. 26(1): p. 22-8.
34. Larsson, C., m.fl., Obstetricians' attitudes and opinions on sickness absence and benefits during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2006(85:2): p. 165-70.

tema

35. Löfgren, A., m.fl., Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: a cross sectional questionnaire study of 5455 physicians. *Scand J Prim Health Care*, 2007(25:3): p. 178-85.
36. SOU Socialförsäkringsutredningen. 2006, Socialdepartementet: Stockholm.
37. Söderberg, E. och K. Alexanderson. Gate-keepers in sickness insurance - a systematic review of the literature on practices of social insurance officers. *Health and Social Care in the Community*, 2005(13:3): p. 211-223.