

Ett litet steg för läkarkåren – ett stort steg för sjukskrivningsprocessen

Jan Larsson

Utredare. Ansvarig för försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Socialstyrelsen, Rålambsvägen 3, 106 30 Stockholm. E-post; Jan.larsson@socialstyrelsen.se

Svenska läkares arbete med sjukskrivning har under senare år utvecklats positivt. Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd tycks ha bidragit till mer enhetliga sjukskrivningar, samtidigt som kontakten med patienterna blivit bättre. Fortfarande finns mycket att göra. Kvaliteten i de medicinska underlagen har fortfarande brister. Läkarnas bedömningar och beskrivningar av funktionstillstånd och aktivitetsnivå kan bli betydligt bättre än de är i dag. I artikeln beskrivs det internationella klassifikationssystemet International Classification of Functioning (ICF). Systemets fokus på aktivitetsförmåga respektive aktivitetsbegränsning hos individer framhålls som inspirationskälla och förebild för utvecklad kompetens på området. Det viktiga är att etablera ett systematiskt tänkande i termer av vad patienter kan respektive inte kan göra givet ett visst medicinskt tillstånd. Detta är fullt tillräckligt för de tusentals arbetsförmågebedömningar tidigt i sjukfall som landets läkare dagligen genomför.

The Swedish Medical profession has in recent years become more competent in handling sick listing. The Sick leave Guidelines, published in 2007 by the Swedish Board of Health and Welfare seems to have contributed. Sick leave periods have become more uniform across the country and communication with patients concerning sick leave are reported to have benefited. Still, a lot of improvement is to be done. The information in the sick leave certificates issued by physicians is one example. Descriptions of function and disability as a result of sickness or injury are often poor. The article tries to promote progress toward a new way of thinking in the Medical profession – a thinking that, with inspiration from International Classification of Functioning (ICF), focuses on the individual's capacity for activity.

Få saker har debatterats så mycket senare år som den svenska sjukfrånvaron och dess orsaker. Inte minst har läkarkåren och dess betydelse för sjukskrivningspraxis diskuterats (1). Med, ibland väl schablonmässigt tonfall, har hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningar beskrivits som närmast oengagerat och slarvigt. Socialstyrelsen har i en rad rapporter pekat på brister i handläggningen i såväl primärvården som i företagshälsovård, privatvård och den öppna psykiatrin (2,3,4). Riksrevisionsverket har konstaterat att bara närmare en fjärdedel av alla medicinska underlag som Försäkringskassan tar emot är korrekt ifyllda (14). Läkarna själva uppger att arbetet är krävande, svårt och otacksamt. Det har till och med presenterats som ett arbetsmiljöproblem (5). Den detalj som anges som svårast är att göra en korrekt bedömning av en patientens arbetsförmåga (6): man känner inte till patientens arbetsuppgifter, man känner inte förutsättningarna att anpassa arbetet, och det är svårt att väga in vad patientens motivation betyder i varje enskilt fall.

Allt detta är naturligtvis sant. Man behöver inte vara läkare för att inse att uppgiften att genomföra en rimlig arbetsförmågebedömning i en situation präglad av tids- och informationsbrist, i kombination med en strävan att slå vakt om en bra relation till patienten, är allt annat än enkel.

Det faktum att symtombaserade diagnoser ökar (22) gör naturligtvis inte det hela lättare. Diskussioner inom den medicinska professionen rörande

olika tillstånd visar ofta på oenighet. Debatten kring s.k. kroniskt trötthetsyndrom kan tjäna som ett exempel. (16). Gränsen mellan livsproblem och sjukdom riskerar att suddas ut. Ohälsan blir allt mer subjektiv (17). Mäniskors samsjuklighet skapar cirkelfenomen som kan uppfattas som svåra, eller rent av onödiga, att reda ut. Men hur illa är det egentligen? Vad döljer sig bakom tidningsrubrikerna och hur kan det bli bättre?

Försäkringsmedicinskt beslutsstöd

Socialstyrelsen publicerade i oktober 2007 (13) en första, inte helt fullständig, version av Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. I maj året därpå kompletterades stödet med ett antal rekommendationer för psykiska tillstånd. Omfattande utbildnings- och implementeringsinsatser har gjorts både av landstingen och av nationella aktörer som Socialstyrelsen, SKL och Försäkringskassan. Det har nu bara gått ett drygt år sedan det mer kompletta stödet publicerades och redan kan en rad positiva signaler uppfattas. En stor majoritet av läkarkåren har kommit i kontakt med beslutsstödet och de flesta förefaller att anse att stödets rekommenderade referenstider ligger rimligt väl. Många, framförallt bland allmänläkarna och läkare under utbildning, använder stödet regelbundet (15). Och då ska vi veta att begreppet ”använda” ofta blir missvisande. Den som vet vad stödets rekommendationer säger om hans eller hennes vanligaste patienter har naturligtvis ingen anledning att i onödan titta efter en

gång till. Som en parentes kan dock nämnas att beslutsstödet på vanliga vardagar (måndag till torsdag) har mellan 13 000 och 18 000 unika besökare. Det talar starkt för att ”användandet” är långt ifrån obetydligt.

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet syftar bl.a. till att öka kvaliteten i mötet mellan hälso- och sjukvården och patienterna. Kvaliteten i den dialog mötet möjliggör, är en central komponent i en bra sjukskrivningsprocess. KI:s stora undersökning (15) av läkares arbete med sjukskrivning hösten 2008 ger tydliga besked om att arbetet med sjukskrivning går framåt och att beslutsstödet har haft en positiv effekt i den riktningen. Av dem som använt stödet uppger exempelvis 58 procent att det underlättar kommunikationen med patienterna. Fler än tidigare anser det vara oproblematiskt att diskutera nackdelar med sjukskrivning.

Förändrat sjukskrivningsmönster

Och det verkar som att kvalitetshöjningen av processen även kan avläsas (21) i förändringar i sjukskrivningsmönstret efter det att försäkringsmedicinskt beslutsstöd införts. Sjukskrivningstiderna har blivit kortare (medianlängden har minskat från 46 till 43 dagar) och minskningarna gäller i första hand för tillstånd som täcks väl av beslutsstödet (bl.a. sjukdomar i rörelseorganen och psykiska sjukdomar), diagnoser som står för en mycket stor del av de långa sjukskrivningarna och där praxis delvis varit

ifrågasatt. För andra diagnosgrupper – bl.a. cancersjukdom, skador och förgiftningar, infektionssjukdomar och graviditetskomplikationer – är förändringarna små. En analys av resultatet talar för att rekommendationernas tidsgränser ligger på en rimlig nivå.

Viktigare än att sjukskrivningstiderna sjunkit är att beslutsstödet förefaller ha bidragit till ökad enhetlighet i bedömningarna. Spridningen i sjukskrivningstider mätt som standardavvikelsen och kvartalsavvikelsen har sjunkit. Kvartilavståndet i hela materialet har minskat från 89 till 73 dagar. Enhetligheten har ökat mer för de diagnoser som ingår i stödets tidiga version jämfört med de diagnoser som senare tillkommit och avsevärt mer än för de diagnoser som inte ingår i stödet. Skillnaderna mellan landsting/regioner har minskat. Resultaten talar starkt för att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har haft en *normerande* effekt.

Trots en ökad enhetlighet är skillnaderna på hur människors sjukskrivningsbehov bedöms fortfarande mycket hög. Detta gäller även tillstånd där praxis förefaller relativt utvecklat i termer av rehabilitering och betydelsen av återgång i arbete. Ett bra exempel är *ischemisk kranskärlssjukdom*. Medianvärderna låg innan stödets införande en bit över, och efter stödets införande, mycket nära, beslutsstödet rekommenderade tidsintervall. Spridningen kring medianvärdet har minskat betydligt, men kan med stor sannolikhet minska ytterligare. Enligt Socialstyrelsens uppföljning av hjärt-

sjukvården i Sverige (19) har andelen heltidssjukskrivna 6-10 veckor efter hjärtinfarkt minskat från 47 procent till 43 procent mellan 2006 och 2007. I analysen sägs att andelen borde kunna minskas ytterligare till ca 25 – 30 procent och att skillnaderna mellan landsting är för stora (20).

De dåliga intygen då?

I braskande tidningsrubriker har vi kunnat läsa att hela 75 procent av intygen saknar de uppgifter som krävs? Hur rimmar detta med tendensen att kvaliteten i läkares sjukskrivningspraxis tycks öka? Varför gäller inte det även intygens kvalitet?

Problemen tycks vara av två slag. Ett problem, som RRV pekat på (14), är att obligatoriska standarduppgifter i vissa fall saknas. Att uppgift om aktuell diagnos, klinik/mottagning och läkares namn inte fyllts i är naturligtvis anmärkningsvärt och oacceptabelt, men förhoppningsvis står detta för rent slarv som kan åtgärdas med tydligare ledning och bättre kvalitetsuppföljning på vårdgivarnivå. Kanske kan intygen dessutom förenklas ytterligare.

Att komma tillrätta med att man i intygen ofta anger patientens yrke i stället för de faktiska arbetsuppgifterna, och att det ofta inte framgår hur angiven sjukdom begränsar patientens aktivitetsförmåga, är förmodligen också delvis en fråga om att tydliggöra den professionella kravnivån. Tydligare nationella normer för ledningssystem för sjukskrivningsprocessen och för kvaliteten i de medicinska underlagen

är att vänta.

Det är bra att betydelsen av att göra ett bra och professionellt arbete med sjukskrivningar på detta sätt uppmärksammas. För många läkare handlar det dock kanske inte i första hand om slarv eller att man inte tar uppgiften på allvar – för många förefaller det handla om svårigheter att lämna ett traditionellt fokus på diagnos och symptom till förmån för ett försäkringsmedicinskt riktigt fokus på funktion och aktivitet.

Användandet av Försäkringsmedicinskt beslutsstöd bygger på att läkaren kan göra avsteg från rekommenderade tider när så är befogat. Detta skall i så fall motiveras på det medicinska underlaget. Försäkringskassan har i en aktstudie (21) kunnat konstatera att i ärenden där motivering till avvikelse borde ha funnits så fanns det i 44 procent av fallen. En majoritet av dessa hade inkommit utan uppmaning från Försäkringskassan. Med tanke på att detta är en relativt ny reform och att formerna för acceptabla motiveringar ännu inte etablerats, är resultatet långt ifrån dåligt. Om Försäkringskassan skulle lägga mer energi på att begära in motiveringar skulle resultatet antagligen snabbt bli bättre.

En analys av motivens innehåll visade dock att patienternas symtom intar en central plats och att beskrivningarna inte mynnar ut i slutsatser om funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning eller i slutsatser som klargör hur beskrivna besvär avviker ifrån de normalfall det försäkringsmedicinska be-

slutsstödet utgår ifrån. Genomgående saknas en klar *koppling* mellan patientens symtom eller sjukdomsbild och aktuell *funktions-* och *aktivitetsbegränsning*.

Funktion, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning.

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet diagnostspecifika rekommendationer innehåller ett moment om förväntade konsekvenser för funktionstillstånd. Detta som vägledning om vad som kan vara rimliga (och därmed indirekt också, vad som kan vara mindre rimliga) konsekvenser av ett visst tillstånd. På den här punkten har de experter som hjälpt Socialstyrelsen att ta fram rekommendationerna ofta haft svårigheter. Vanligast var att man stannade vid beskrivningar av symtom som ”smärta” eller ”trötthet”. Beskrivningar av vanliga funktionsnedsättningar som ”klarar ofta inte av att böja benet” eller aktivitetsbegränsningar som ”kan inte gå” kom först efter påpekanden och omskrivningar. Tänkandet i funktion och aktivitet var och är inte självklart.

I det medicinska underlaget (fält 5) skall individens *aktivitetsbegränsning* anges. Läkaren förväntas att på ett enkelt och begripligt sätt beskriva hur sjukdom begränsar patientens förmåga till aktivitet på individnivå. Läkarens uppgift blir i de fall detta är aktuellt att försöka precisera vad patienten *inte* klarar av att *göra*. Att patienten har ont, eller är trött, eller något annat är i detta sammanhang mindre intressant,

det verkligt intressanta är vad symtomen konkret *betyder* för patientens *aktivitetsförmåga*.

I detta ingår en rad olika moment: som att göra en objektiv undersökning och att klargöra hur patienten upplever sitt tillstånd. Detta kan vi nog förutsätta att svenska läkare är bra på. Det som ofta brister är när iakttaget tillstånd skall uttryckas i aktivitetstermer, när kliniska iakttagelser skall värderas i termer av mäsklig aktivitet.

I figur 1 har information avseende det medicinska tillståndet och bedömning av funktionsförmåga för 476 studerade intyg kategoriserats utifrån informationens kvalitet. Fält 2 och 4 i figuren visar att 20 procent av de studerade intygen saknar acceptabel information om hur angiven sjukdom begränsar den sjukskrivnes förutsättningar till aktivitet (8). I de flesta fall sammanfaller detta med att det medicinska tillståndet är oklart angivet. Detta är naturligtvis en för stor andel. Studier som ligger bara några år tillbaka i tiden (7) visar dock att mer än hälften av intygen då inte på något tillfredsställande sätt beskrev den sjukskrivnes funktionstillstånd.

Utvecklingen tycks alltså gå klart framåt även om det fortfarande förefaller vara en bit kvar innan läkarkåren känner sig helt hemma i den här delen av sjukskrivningsarbetet (9,10). Att man inte är helt hemma betyder inte att man är helt borta. De steg som behöver tas för att få till medicinska underlag som uttrycker det som Arbetsförmågeutredningen (22)

Bedömning av funktionsförmåga

		Säker	Osäker
Medicinskt tillstånd	Säker	1 Innehåller tillräcklig information 67 %	2 Behöver kompletteras med beskrivning funktionsförmåga 5 %
	Osäker	3 Behöver kompletteras med medicinskt tillstånd 13 %	4 Behöver kompletteras med beskrivning av funktionsförmåga och medicinskt tillstånd 15 %

Figur 1. Andel medicinska underlag som har respektive saknar adekvata beskrivningar av medicinskt tillstånd och funktionstillstånd (8)

betecknar som ”DFA-kedjan” (Diagnos – Funktionsnedsättning – Aktivitetsnedsättning) är kanske inte så krävande som de ibland framställs. Men om man tillräckligt länge, och tillräckligt högljutt, upprepar budskapet att ”detta är oerhört komplicerat och svårt!”, ”detta är något som vi läkare inte klarar av utan nya avancerade instrument!”, så blir det till en sanning som riskerar att dölja det som är den här artikelns budskap: att läkarkåren är på väg emot en bättre hantering av funktionsbegreppet – att det som saknas är ett något mer konsekvent, ett något mer fokuserat och medvetet sätt att tänka i, och formulera sig utifrån, aktivitetstermer.

International classification of functioning (ICF)

Som en möjlig väg till ökad kvalitet i läkares funktionsbedömning framhålls ibland *International Classification of Functioning* (ICF) - ett internationellt klassifikationssystem för att beskriva funktionstillstånd och funktionshinder i relation till hälsa (11). Systemet arbetar med komponenter som kroppsfunction, kroppsstruktur, aktivitet, delaktighet och kontextuella faktorer. Komponenterna beskrivs i såväl positiva som negativa termer. Syftet med ICF är det samma som för ICD: att fastslå en internationellt gemensam vetenskaplig grund som möjliggör jämförelser mellan länder och system, att tillhandahålla ett gemensamt språk som kan fungera som

statistiskt, kliniskt eller forskningsrelaterat verktyg.

Två grundstenar i ICF är fokus på aktivitet och idén att mycket av det som avgör individens aktivitetsförmåga finns i individens omgivning. Relationen mellan individens förutsättningar och kontextuella faktorer leder till förmåga eller oförmåga till viss aktivitet. Observera att detta inte handlar om arbetsförmåga utan om generell funktion uttryckt i aktivitetstermer, bedömning av arbetsförmåga är nästa steg i processen.

Att, som föreslagits, introducera ICF som en slags obligatorisk nomenklatur för ifyllande av medicinska underlag avseende funktion är förmodligen vare sig realistiskt eller meningsfullt. Vi talar trots allt om ett system som dagligen omsätter tusentals sjukintyg. De krav som ställs på läkarkåren kan antas redan ligga på gränsen av vad som är möjligt att åstadkomma. Ytterligare administrativa pålagor torde inte vara vare sig möjliga att genomföra eller speciellt välkomna. Att etablera det ”tänkande” som ligger som en bas för ICF ligger däremot helt inom det rimligas gräns och skulle i all enkelhet faktiskt medföra en mindre revolution vad avser kvaliteten i sjukskrivningspraxis ur hälso- och sjukvårdens perspektiv.

Arbetsförmågebedömning

För någon månad sedan presenterade Anna Hedborg Arbetsförmågeutredningens betänkande (22). I utredningen föreslås att en speciell bedömning av ”medicinska förutsättningar för ar-

bete” görs när det gått 180 dagar i ett sjukfall. Bedömningen skall genomföras av särskilda team och ske med hjälp av ett särskilt instrument som ska tas fram.

Det råder ingen tvekan om att den typ av bedömning som sker när sjukfall blivit, eller håller på att bli, mycket långa, måste ske med en metodik, och med resurser, som ligger bortom de som den vanliga primärvårdsläkaren har till buds. Det är inte den situationen den här artikeln handlar om. Den verkligt stora volymen arbetsförmågebedömningar, de som sker initialt, i tusentals sjukfall varje dag, torde dock inte någon annan än behandlande läkare kunna göra. Och kompetensen och viljan att göra det så bra man kan begära tycks hela tiden ökar.

Bedömning av arbetsförmåga upplevs som problematiskt och gemensamma verktyg för detta efterfrågas (15). Uppgifter om patienternas arbete har tidigare rapporterats saknas i ca 40 procent av alla intyg (18). Senare studier antyder viss förbättring i det avseendet (8). Fortfarande är dock slutsatsen att information om vad patienten faktiskt gör på sitt arbete – om han eller hon sitter stilla eller inte, om han eller hon lyfter mycket tungt under arbetsdagen, om arbetet kräver hög grad av koncentration eller inte – ofta är okänt för doktorn. Detta är ytterligare ett exempel på en okänd faktor i ekvationen som jag tror det skulle vara förödande att söka teknifierade ”instrumentlösningar” på. Den uppenbara lösningen ligger naturligtvis i att fråga patienten *vad han*

eller hon faktiskt gör på sitt arbete. ”Vad består arbetsdagen av”? Det är klart att det är omöjligt att fullt ut verifiera validiteten i patientens utsagor om detta eller om vilka förutsättningar som det finns att förändra arbetsuppgifterna. Den information som läkaren får torde hur som helst i de flesta fall vara fullt adekvata för den initiala och enkla arbetsförmågebedömning det handlar om.

”ICF light”

Som en väg emot bättre funktions- och därmed, bättre arbetsförmågebedömningar tidigt i sjukfall, kan det ”tänkande” som ligger bakom ICF framhållas. Att helt enkelt mer uttalat börja tänka i termer av ”kan” och ”kan inte”. Att försöka introducera nya teknifierade instrument i ett redan fullastat möte mellan patient och hälso- och sjukvården tidigt i sjukfall förefaller dock utsiktslöst. Dels finns det varken tid eller energi till detta, men viktigare är att fokus flyttas från den enkla men helt centrala frågan: ”Vad är det patienten framför mig rimligen klarar, respektive rimligen inte klarar att göra”? Den verkliga utmaningen ligger i att inte krångla till det i onödan.

Bra och valida funktionsbeskrivningar bygger i allt väsentligt på tre delar: undersökning av funktion, en analys av vad identifierad funktion och funktionsbegränsning kan innebära för patientens förmåga till aktivitet, samt att uttrycka detta med effektiv semantik. Den första delen är en viktig del av läkares professionella kompetens. Den fysiska undersökningen tillsammans

med tagande av anamnes är basen i allt patientnära läkararbete. Analysen av vilka aktivitetsbegränsningar en viss funktionsnedsättning medför gör de flesta läkare på ett intuitivt plan förmodligen redan. Det som antagligen i första hand saknas är vana och träning att verbalisera det intuitiva på ett sätt som är begripligt och tydligt för andra. Den som använt det försäkringsmedicinska beslutsstödet vet att de specifika rekommendationerna innehåller angivelser om normal funktionspåverkan för olika tillstånd. Den som studerat skrivningarna närmare inser att de i flera fall är långt ifrån optimala. En orsak till det är den ovana att uttrycka funktion i aktivitetstermer som finns.

Det borde vara relativt enkelt att utveckla ett effektivt och praktiskt ”språk” genom att kombinera *typ* av aktivitet (t.ex. koncentration, kroppsrörelser, social interaktion etc.), med *intensitet* (t.ex. tunga, frekventa, etc), och *tidsutdräkt* (konstant, korta stunder, längre sammanhängande tid etc.) Vad Försäkringskassan vill ha, och vad patientens rehabilitering skulle vinna på, är enkla och tydliga konstateranden av typen: ”tillståndet bedöms begränsa patientens förmåga till koncentrerad social interaktion under en längre sammanhängande tid (mer än fyra timmar åt gången)”. I all sin enkelhet ger en sådan mening (förutsatt att den är välgrundad) tillräcklig information för att bedöma om de aktuella arbetsuppgifterna tillåter, respektive inte tillåter, angiven nedsättning. Meningen ger också tydlig fingervisning om var små förändring-

ar i arbetssituationen skulle medföra att nedsättningen inte behöver innebära arbetsoförmåga. Sjukskrivningsbedömningar är en viktig del av den vård och behandling som hälso- och sjukvården tillhandahåller. Varje enskilt sjukintyg påverkar individens framtid. Sammantagna bestämmer de ca 1,3 miljoner sjukintyg som årligen utfärdas kvaliteten på vår sjukskrivningspraxis och i förlängningen vår kulturs definition av sjukdom, funktion och arbetsförmåga. I all sin obetydlighet spelar sjukintyget en oerhört stor roll i vårt samhälle. Med lite extra ansträngning från läkarnas sida kan kvaliteten på de medicinska underlagens funktionsbeskrivningar ta det extra steg mot bättre kvalitet som krävs. Ett litet steg för läkarkåren – ett stort steg för sjukskrivningsprocessen.

Sammanfattning

Kvaliteten i läkares arbete med sjukskrivningar har ökat under senare år. Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd tycks ha bidragit till ökat engagemang och ökad kompetens. Förändringspotentialen är dock fortfarande stor. Bedömningar och beskrivningar av funktionstillstånd och aktivitetsnivå kan bli bättre. Vägen dit handlar inte i första hand om introduktion av nya och sofistikerade instrument. Den handlar om att läkare i större utsträckning måste tänka i termer av vad en patient i en given situation kan, respektive inte kan, utföra. Att tänka i aktivitet snarare än i symtom.

Referenser

- (1) Alexandersson mfl, 2005, Problem inom Hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning, KI, Stockholm
- (2) Socialstyrelsen 2004, Sjukskrivningsprocessen i primärvården – återföring av tillsynsbesök 2004
- (3) Socialstyrelsen 2005, Sjukskrivningsprocessen i företagshälsovården – återföring av tillsynsbesök 2005
- (4) Socialstyrelsen 2005, Sjukskrivningsprocessen hos privatläkare inom specialiteterna allmänmedicin, ortopedi och psykiatri – återföring av tillsynsbesök 2005
- (5) Sveriges Läkarförbund, 2005, Sjukvårdens roll i sjukskrivningsprocessen – ett policyprogram från Sveriges läkarförbund.
- (6) Gerner U, 2005, Läkarens roll i samband med sjukskrivning – synpunkter från läkare i en enkätundersökning.
- (7) Söderberg E, 2005, Sickness Benefits and measures Promoting Return to Work – perspectives of Different Actors, Linköpings Universitet.
- (8) Söderberg E. Utvärdering av kvalitet i medicinska underlag. Delrapport 2008 09 25. Institutionen för Medicin och Hälsa, Linköpings Universitet. 2008. Linköping.
- (9) Söderberg E, Alexandersson K, 2005, Sickness certificates as a basis for decisions regarding entitlement to sickness insurance benefits. Scandinavian Journal of Public Health. 2005;33:314-20
- (10) Fleten N, Johnsen R, Ostrem BS, 2004, Reliability of sickness certificates in detecting potential sick leave reduction by modifying working conditions: a clinical epidemiology studie. BMC Public Health, 2004, Mar 25;4:8.
- (11) Grimby G, mfl 2005, ICF-klassifikation av funktionshinder vid vanliga sjukdomstillstånd. Läkartidningen nr 37, volym 102

tema

- (12) Socialstyrelsen 2006, Beslutsstöd i form av form av försäkringsmedicinska riktlinjer – en del av en mer enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess.
- (13) Socialstyrelsen, 2007, Försäkringsmedicinskt beslutsstöd, www.socialstyrelsen.se/sjukskrivning
- (14) Riksrevisionsverket, 2009, Beslut om sjukskrivning – har Försäkringskassan tillräckligt underlag?
- (15) Alexandersson K, mfl, 2009, Läkares arbete med sjukskrivning. Sektionen för försäkringsmedicin, KI, Rapport 2009
- (16) Lundin A, 2009, Kroniskt trötthetssyndrom – en användbar diagnos? Forstenius L, Helmfrid S, 2009, Kroniskt trötthetssyndrom –mer än bara kronisk trötthet Gottfrie CG, mfl, 2009, Immunstörningar kan förklara kroniskt trötthetssyndrom
- (17) Lundin Kultursjukdomarna – den subjektiva ohälsans olika ansikten
- (18) Söderberg E, mfl, 2003, I gränssnittet mellan medicin och försäkring – en studie av läkarintygs kvalitet, Linköpings Universitet
- (19) Socialstyrelsen, 2009, Öppna jämförelser och utvärdering 2009 – Hjärtsjukvård
- (20) Skillnaden mellan det landsting med lägst andel heltidssjukskrivna och det landsting med högst andel heltidssjukskrivna 6-10 veckor efter hjärtinfarkt är 34 procentenheter – från 22 till 56 procent
- (21) Försäkringskassan, 2009, Beslutsstödet – sjukskrivningsmönster före och efter införandet av riktlinjerna för fysiska sjukdomar
- (22) Arbetsförmågeutredningen, 2009, Gränslandet mellan sjukdom och arbete. SOU 2009:89