

**Försäkringsmedicinskt beslutsstöd**  
**Nya rekommendationer 2009.06.17**

## Skadligt bruk av alkohol F10.1, Alkoholberoende F10.2

<p><b>Symtom, prognos och behandling</b></p>	<p><i>Berusning eller akut alkoholintoxikation</i> betraktas vid frivilligt intag inte som sjukdom. <i>Skadligt bruk</i> är när intaget av alkohol eller droger får psykiska, kroppsliga eller sociala konsekvenser, men beroendekriterierna inte uppfylls. Diagnosen <i>alkoholberoende</i> baseras på kriterier som toleransökning, abstinenssymtom, kontrollförlust och fortsatt användning trots skador. Vanliga symtom på alkoholabstinens är blodtrycksförhöjning, svettningar, skakningar, ångest och sömnstörning. Prognosen är god med rätt behandling och vid behandlingsföljksamhet. Tillstånden behandlas med läkemedel och psykosocial behandling. Sjukskrivning kan vara en del av behandlingen förutsatt att den är kopplad till kontroll av patientens alkoholfrihet, samt deltagande i medicinska och beteendemässiga behandlingar. Sjukskrivning utan aktiv behandling är skadligt och försämrar förloppet.</p>
<p><b>Förväntad konsekvens för funktionstillstånd</b></p>	<p>Funktionen sätts vanligen inte ned annat än i samband med drickande, som kan ge sömnsvårigheter, ångest och nedstämdhet samt nedsatt kognitiv kapacitet. Långsiktiga komplikationer är kroppsliga skador och kroniskt nedsatt kognitiv förmåga. Vid kroniskt, långvarigt alkoholberoende tillkommer neurologiska symtom och organskador.</p>
<p><b>Bedömd tid för återvunnen funktion och normal läkning</b></p>	<p>Nykterhet är en förutsättning för att patienten ska återhämta sig. Akuta abstinenssymtom efter en alkoholperiod kan sätta ned funktionen i upp till 1 vecka. Intagets storlek och tidslängd påverkar tiden för återhämtning. Kognitiv funktionsnedsättning, nedstämdhet och sömnstörning efter långvarigt högt alkoholintag kan kvarstå i flera veckor och upp till 3 månader efter etablerad nykterhet.</p>
<p><b>Rekommendationer gällande bedömning av arbetsförmåga</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Skadligt bruk medför i sig inte nedsatt arbetsförmåga.</i> Arbetsförmågan bedöms utifrån uppkomna skador.</li> <li>• <i>Vid alkoholberoende med abstinenssymtom</i> efter en alkoholperiod kan <i>arbetsförmågan vara nedsatt i upp till 4 veckor</i>, beroende på periodens längd och konsumtionsnivå.</li> <li>• Vid utdragen abstinens och/eller kroniska alkoholskador ska arbetsförmågan bedömas utifrån hur dessa tillstånd påverkar funktionen.</li> <li>• Läkarutlåtande för förebyggande behandling utfärdas om behandlingen i sig hindrar närvaro på arbetsplatsen, exempelvis behandlingshem eller intensiv öppenvårdsbehandling.</li> </ul>
<p><b>Behov av tidiga insatser. Särskilda överväganden och åtgärder</b></p>	<p>Okontrollerat alkoholintag får ofta sociala konsekvenser och psykiska besvär. Det är viktigt att inte sjukförklara dessa. Vid beroende ska patienten endast sjukskrivas vid samtidig behandling. Läkarintyg kan administreras i efterhand då patienten följt överenskommen behandlingsplan. Skälet till att sjukskrivningen administreras retroaktivt bör tydligt framgå i det medicinska underlaget. Där ska även framgå att behandling pågår. Föreskrifter om att undvika alkohol som belastande faktor och om behandlingsinnehåll ökar tydligheten. Vid samsjuklighet ska behandling ske parallellt men funktionen bedömas utifrån respektive tillstånd. Sjukskrivning ska endast ske på vårdcentral eller annan vårdenhet som uppfyller relevanta krav på uppföljning av alkohol- och drogfrihet samt</p>

	övrig rehabilitering.
<b>Åtgärder vid sjukfall som inte avslutats inom ramen för rekommendation</b>	Om funktionen inte har återställts efter 6 månader bör behandlingsansvaret övergå till specialiserad beroendevård. Det är inte ovanligt att patienter med långvarigt aktivt alkoholberoende är sjukskrivna för somatiska diagnoser och att neurokognitiv nedsättning inte har uppmärksammats.

Referenser:

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)
- Boman, U, Leifman, H, Norström, T, Romelsjö, a. Alkohol och sjukskrivning - analyser på individ- och befolkningsnivå. Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T, (red). Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar Stockholm: Arbetslivsinstitutet.; 2005.
- Hornquist, JO, Elton, M. A prospective longitudinal study of abusers of alcohol granted disability pension. Scand J Soc Med. 1983; 11(3):91-6.
- Kristenson, H, Ohrn, J, Hood, B. Convictions for drunkenness or drunken driving, sick absenteeism, and morbidity in middle-aged males with different levels of serum gamma-glutamyltransferase. Prev Med. 1982; 11(4):403-16.
- Kristensson, H. Studies on alcohol-related disabilities in a medical intervention programme in middle-aged males. Malmö: University of Lund; 1982.
- Medhus, A. Men with disability pension. Scand J Soc Med. 1976; 4(3):159-62.
- SBU. Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. 2001:2.
- Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. - Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem. 2007
- Uppmark, M. Alcohol, sickness absence and disability pension: a study in the field of disease, ill health, psychosocial factors, and medicalisation. Stockholm: Karolinska Institutet; 1999.

## Psykotiska syndrom F20-F29

<p><b>Symtom, prognos och behandling</b></p>	<p><i>Psykotiska syndrom</i> medför bl.a. förändrad verklighetsuppfattning och nedsatt funktion - t.ex. nedsatt förmåga till social samvaro. Tillståndet delas grovt in i <i>schizofreni</i> och <i>övriga psykoser</i>. Prognosen är normalt sämre vid schizofreni. Standardbehandling är antipsykotisk medicinering, effektivt mot positiva symtom (tex. hallucinationer) men mindre effektivt mot negativa (tex. apati, ambivalens) och kognitiva symtom (tex. perceptions-, och minnessvårigheter). Forskning ger stöd för en indelning i faser som skiljer sig vad gäller förlopp, risker och vårdbehov. Den <i>akuta fasen</i> (ca 1-3 månader) kräver ofta slutenvård, <i>stabiliseringsfasen</i> (ofta ett år eller mera) karakteriseras av svårigheter som kan yttra sig på många sätt, t.ex. känslighet för sinnesintryck och krav. I akutfasen är den främsta målsättningen att minimera risker som suicid- och våldshandlingar, att utreda tillståndet och att behandla symtom. I stabiliseringsfasen är målet att stabilisera och normalisera tillvaron. I den <i>stabila remissionsfasen</i> bör rehabilitering och återgång till ett, så långt möjligt, normalt liv i samhället vara styrande. I många fall har sjukdomen ett förlopp med återkommande skov.</p>
<p><b>Förväntad konsekvens för funktionstillstånd</b></p>	<p>Patienter med psykossjukdom får, som följd av sjukdomen, vanligtvis nedsatt psykologisk, kognitiv och social funktion. En stor andel av patienterna har betydande svårigheter att klara ett normalt liv.</p>
<p><b>Bedömd tid för återvunnen funktion samt normal läkning</b></p>	<p>Varaktighet och grad av nedsättning av funktionen varierar mycket mellan individer, även med optimal behandling. I många fall kan en sammanlagd tid på upp till flera år behövas för behandling och arbetslivsinriktad rehabilitering. I en betydande andel av fallen blir funktionen helt eller delvis permanent nedsatt.</p>
<p><b>Rekommendationer gällande bedömning av arbetsförmåga</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det finns <i>stora individuella skillnader</i> i förmågan att återgå till en daglig sysselsättning främst beroende på grad av kognitiv funktionsnedsättning efter akut fas. Bedömningen av sjukskrivningens längd bör ske i team och ska vara förankrad i en rehabiliteringsplan som del av en övergripande vårdplan. Bedömningen bör utgå ifrån symtomskattning, neurokognitiva test, arbetsterapeutisk funktionsbedömning samt patientens upplevelse av stress och svårigheter.</li> <li>• Vid förstagångsinsjuknande, speciellt i schizofreni, är det ofta nödvändigt med en <i>längre tids sjukskrivning, ofta ett år eller längre</i>, beroende på risken för återfall, depression eller suicidförsök. Vid <i>återinsjuknande kan sjukskrivningens längd behöva ökas ytterligare</i>. En stabil situation med sysselsättning och boende innebär normalt kortare väg tillbaka.</li> <li>• Under den <i>stabila remissionsfasen</i> är det ofta aktuellt med arbetslivsinriktad rehabilitering med ersättning från sjukförsäkringssystemet.</li> </ul>
<p><b>Särskilda</b></p>	<p>”Supported employment” har det starkaste evidensstödet för att minska risken för återfall och öka förmågan till självständigt liv. ”Supported</p>

<b>överbäganden och åtgärder</b>	employment” innebär att patienten arbetar på en vanlig arbetsplats men har en anpassad och flexibel arbetstid och kravnivå. Patienten har dessutom tillgång till någon form av stöd i arbetssituationen. Arbetsförberedande träning genom kommunen, arbetsförmedling, ideella eller privata aktörer kan också komma ifråga.
----------------------------------	---

Referenser:

Crowther, R, Marshall, M, Bond, G, Huxley, P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev. 2001; (2):CD003080.

Rinaldi, M, Perkins, R. Implementing evidence-based supported employment. Psychiatr Bull. 2007; 31(7):244-9.

Socialstyrelsen. Vård och stöd till patienter med schizofreni - en kunskapsöversikt. 2003.

## Bipolär sjukdom F30, F30.0- F30.9, F31, F31.0 - F31.9

<b>Symtom, prognos och behandling</b>	<p><i>Bipolär sjukdom</i> är ett livslångt tillstånd med hög ärftlighet. Tillståndet förlöper i maniska, hypomana, och depressiva skov. Vid ett maniskt skov är patienten ofta i behov av heldygnsvård, inte sällan med psykotiska symtom. Hypomani är en lindrigare form av mani. Depressionerna kan vara mycket svåra med stor självmordsrisk och mer atypiska med trötthet, energilöshet, koncentrationsbesvär och abnormt ökat sömnbehov. Prognosen är vitt skiftande, från symtomfrihet under decennier till kronisk funktionsnedsättning. Risken för återinsjuknande ökar med antalet episoder. Grundbehandlingen är stämningsstabiliserande läkemedel på lång sikt och profylaktiskt. Akuta skov kräver specifik behandling. Överdödligheten är hög både som konsekvens av kroppsliga sjukdomar och självmord. Behandling av bipolär sjukdom ska skötas inom psykiatrin. Patient/närståendeutbildning är ett värdefullt komplement till annan behandling.</p>
<b>Förväntad konsekvens för funktionstillstånd</b>	<p>Under akuta skov kan funktionsnivån vara mycket låg och patienten oförmögen att sörja för sin egen person och sköta normala dagliga aktiviteter. Under stabila faser varierar funktionsnivån från helt återställd till delvis återställd med bestående kognitiv funktionsnedsättning av olika grad. Dessa funktionsnedsättningar tenderar att förvärras med antal skov.</p>
<b>Bedömd tid för återvunnen funktion samt normal läkning</b>	<p>Obehandlat maniskt skov varar mellan 3-9 månader. Med behandling avklingar symtomen på 1-2 månader medan funktionsstörning i form av kognitiva symtom kvarstår i upp till 12 månader. Obehandlat depressivt skov klingar normalt också av efter 3-9 månader (kortare tid med behandling) men kan ibland bli mer långvarigt med depressiva restsymtom. Efter upprepade depressiva skov kan tillståndet bli mer kroniskt och svårbehandlat. Även efter att depressionen läkt ut kan kognitiva funktionsbortfall kvarstå.</p>
<b>Rekommendationer gällande bedömning av arbetsförmåga</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Under och efter akuta skov är arbetsförmågan ofta helt nedsatt i upp till 6 månader. Gradvis upptrappning av arbetstid är lämpligt.</li><li>• Arbetsförmågan mellan skoven är ofta korrelerad till kognitiv funktionsnedsättning och depressiva restsymtom. Det är inte ovanligt med partiell sjukskrivning under 1-2 år som övergår i full arbetsförmåga.</li><li>• Vissa individer återfår aldrig arbetsförmågan. Risken för kroniskt sänkt arbetsförmåga ökar vid tidig debut och vid flera återkommande skov.</li></ul>
<b>Särskilda överväganden och åtgärder</b>	<p>Det är olämpligt med arbeten som medför oregelbunden livsföring och som stör normal dygnsrytm. Var observant på alkoholanvändning/överkonsumtion. Risken för självmord är kraftigt ökad. Överdödligheten är hög också i kroppsliga sjukdomar.</p>
<b>Åtgärder vid sjukfall som inte avslutats inom ramen för rekommendation</b>	<p>Om patientens funktion inte återställs enligt förväntan rekommenderas basal neuropsykologisk testning och arbetsfunktionsbedömning.</p>

Referenser:

- Kennedy, N, Foy, K, Sherazi, R, McDonough, M, McKeon, P. Long-term social functioning after depression treated by psychiatrists: a review. *Bipolar Disord.* 2007; 9(1-2):25-37.
- Martino, DJ, Marengo, E, Igoa, A, Scapola, M, Ais, ED, Perinot, L, et al. Neurocognitive and symptomatic predictors of functional outcome in bipolar disorders: A prospective 1 year follow-up study. *J Affect Disord.* 2009; 116(1-2):37-42.
- Mur, M, Portella, MJ, Martinez-Aran, A, Pifarre, J, Vieta, E. Influence of clinical and neuropsychological variables on the psychosocial and occupational outcome of remitted bipolar patients. *Psychopathology.* 2009; 42(3):148-56.

## ADHD F90.0, F98.8

<b>Symtom, prognos och behandling</b>	<p>ADHD (<i>Attention Deficit Hyperactivity Disorder</i>) kommer till uttryck tidigt i livet, med påtaglig påverkan på beteende och funktionsförmåga. ADHD i vuxen ålder innebär nedsatt koncentrationsförmåga och uthållighet, svårigheter att påbörja och avsluta aktiviteter, samt påtagliga brister när det gäller att planera och organisera vardagsaktiviteter. Bristande impulskontroll leder till ogenomtänkta beslut samt en ökad risk för konflikter och relationsproblem. Vanliga symtom är ökad stresskänslighet, sömnsvårigheter, ätstörningar, pendlande energitillgång och humörsvängningar. Samsjuklighet med annan psykisk sjukdom/ohälsa (ex. ångest) är vanlig. Begränsningarna påverkar individernas anpassningsförmåga i olika miljöer (på fritiden, i hemmet, på arbetsplatsen, studier) vilket kan ge ett livslångt behov av återkommande stöd i vardagsliv och arbete. För många kan behandling med läkemedel lindra symtomen. En utveckling av olika psykoterapeutiska och psykopedagogiska behandlingsmetoder pågår.</p>
<b>Förväntad konsekvens för funktionstillstånd</b>	<p>I vuxen ålder leder symtomen till begränsningar att hantera stress, planera, passa tider, ta till sig information, arbeta uthålligt och målmedvetet. Symtomen leder bl.a. till nedsatt förmåga att tillägna sig och fullfölja teoretiska studier. Många vuxna med ADHD har ytterligare ett eller flera psykiatriska tillstånd, som leder till förhöjd risk för utveckling av missbruk av såväl alkohol som andra droger, samt bidrar till ett socialt utanförskap. Vid neuropsykiatrisk utredning poängteras noggrann kartläggning av symtom och funktionsbegränsningar för fastställande av diagnosen ADHD och eventuella tilläggsdiagnoser, samt behov av rehabiliteringsinsatser.</p>
<b>Bedömd tid för återvunnen funktion och normal läkning</b>	<p>ADHD anses i de allra flesta fall vara ärftligt betingad och diagnosen kan ofta ställas i barndomen. Hos ca 50 procent av ADHD patienterna förbättras tillståndet i vuxen ålder, även om många har en kvarstående funktionsnedsättning. Ett antal personer får inte diagnos förrän i vuxen ålder. De med kvarstående begränsningar kan betraktas ha ett långsiktigt eller livslångt funktionshinder med mycket varierande konsekvenser vad gäller funktion, beroende på symtomens svårighetsgrad, svar på behandling, kompenserande individuella resurser, levnadsomständigheter och samhällsstruktur.</p>
<b>Rekommendationer gällande bedömning av arbetsförmåga</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Utifrån <i>enbart</i> diagnosen ADHD bör heltidssjukskrivning undvikas.</li><li>• Hos vissa innebär funktionsnedsättningen att belastningen under perioder i livet kan bli så stor att en tids deltidssjukskrivning kan behövas, tills man har utrett vad som orsakar belastningen och vilken eventuell behandling och vilka stödåtgärder som behövs.</li><li>• Vid grav ADHD-problematik kan funktionsnedsättningen innebära permanent nedsatt arbetsförmåga.</li><li>• Samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd kan påverka arbetsförmågan. Här rekommenderas att arbetsförmågan inte bedöms enbart utifrån ADHD, utan även utifrån rekommendation för aktuellt tillstånd.</li></ul>
<b>Behov av tidiga</b>	<p>Genom tidig identifiering av ADHD-problem, information, tidiga</p>

<b>insatser. Särskilda överväganden och åtgärder</b>	anpassade stöd- och behandlingsinsatser från barndomen upp i vuxen ålder kan försämring, socialt utanförskap och kanske ytterligare psykisk ohälsa, förebyggas. Samtidiga problem som t ex. låg begåvning, inlärningssvårigheter, psykiatriska tillstånd, personlighetsstörningar bör beaktas. I takt med stigande ålder kan funktionsnedsättningen fluktuera beroende på förmåga till kompensation, yttre förändringar och ökande krav från omgivningen. Det är därför av vikt att överväganden för anpassningsåtgärder och medicinska bedömningar sker fortlöpande.
--	---

Referenser:

Barkley, RA, Murphy, KR, Fisher, M. ADHD in Adults. What the science says: Guilford Publications; 2008.

Socialstyrelsen. ADHD hos barn och vuxna. 2002.

## E66.0 – E66.9 Obesitaskirurgi. Op.kod JDF00-JDF98

<b>Symtom, prognos och behandling</b>	Rekommendationen avser tillstånd <i>efter kirurgiskt ingrepp</i> i syfte att minska magsäcken - i första hand <i>gastric bypass-operation</i> . Operationen görs öppet eller laparoskopiskt (vanligast). Antalet ingrepp ökar stadigt och ligger idag på ca 3000. Patienterna har ett BMI på över 35 och är i arbetsför ålder. Prognosen är normalt mycket god med minskad vikt, förbättrad hälsa och livskvalitet, men ingreppet innebär på kort sikt en rad funktionsnedsättande konsekvenser, så som illamående, kraftlöshet, trötthet. Fetmans följsjukdomar – exempelvis diabetes, artroser, psykiska besvär – kvarstår under varierande tid.
<b>Förväntad konsekvens för funktionstillstånd</b>	Själva operationen påverkar sällan funktionen då den görs lapraskopiskt. Det är ett radikalt förändrat näringsintag, en hastig viktnedgång och symtom i samband med ätande som nedsätter funktionen. Nedsättningen handlar dels om symtom som kraftlöshet, trötthet, värk, illamående, diarré, yrsel, hjärtklappning, knäsvaghet (sk. <i>dumpingsymtom</i> ), dels om behov av en inställnings-/anpassningsperiod där patienten gradvis anpassar sig till nya förutsättningar (strikt regelbundna mattider, ätandet tar längre tid, gradvis upptrappning från flytande till fast föda).
<b>Bedömd tid för återvunnen funktion samt normal läkning</b>	Den mest påtagliga funktionsnedsättningen avtar efter 2-8 veckor. Efter en månad kan normalt lättare fysisk aktivitet utföras. Normaliserad funktion kan ta upp till 4 månader.
<b>Rekommendationer gällande bedömning av arbetsförmåga</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbetsförmågan efter operation är normalt helt nedsatt i upp till 2 veckor i lättare arbeten och upp till 4 veckor i tyngre arbeten</li> <li>• Vid öppen kirurgi kan arbetsförmågan vara helt nedsatt i upp till 5 veckor.</li> <li>• För vissa patienter med svårare katabola symtom (trötthet, yrsel, muskelsvaghet till följd av kraftigt nedsatt födointag) kan arbetsförmågan vara helt nedsatt i ytterligare 2 veckor.</li> <li>• För vissa patienter kan sjukskrivning på deltid i 2-4 veckor vara en bra övergång från sjukskrivning till heltidsarbete.</li> </ul>
<b>Särskilda överväganden och åtgärder</b>	Kontakt med arbetsgivare bör etableras för adekvat anpassning av patientens arbetssituation, bl.a. i form av krav på regelbundna matraster. Fysisk aktivitet på recept är ofta ett värdefullt inslag i en effektiv rehabilitering.
<b>Åtgärder vid sjukfall som inte avslutats inom ramen för rekommendation</b>	Överviktpatienter har ofta en komplex problematik. Vid kvarvarande besvär (tex. artros, depression, hjärt-kärlproblem) ska dessa hanteras inom ramen för berörd medicinsk specialitet. Kirurgiska komplikationer – t.ex. sårkomplikationer, läckage, bukabscess kan leda till längre tids funktionsnedsättning. Det samma gäller vid extrema dumpingsymtom (bl.a. illamående, diarré, yrsel, cirkulationspåverkan).

Referenser:

- Adams, TD, Gress, RE, Smith, SC, Halverson, RC, Simper, SC, Rosamond, WD, et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. *N Engl J Med.* 2007; 357(8):753-61.
- Decker, GA, Swain, JM, Crowell, MD, Scolapio, JS. Gastrointestinal and nutritional complications after bariatric surgery. *Am J Gastroenterol.* 2007; 102(11):2571-80; quiz 81.
- Marsk, R, Freedman, J, Tynelius, P, Rasmussen, F, Naslund, E. Antiobesity surgery in Sweden from 1980 to 2005: a population-based study with a focus on mortality. *Ann Surg.* 2008; 248(5):777-81.
- Sjostrom, L, Lindroos, AK, Peltonen, M, Torgerson, J, Bouchard, C, Carlsson, B, et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med.* 2004; 351(26):2683-93.
- Sjostrom, L, Narbro, K, Sjostrom, CD, Karason, K, Larsson, B, Wedel, H, et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med.* 2007; 357(8):741-52.

## K21 Gastroesofagal reflux, Esofagit, GERD (Gastro-Esofagal-Reflux-Disease)

<b>Symtom, prognos och behandling</b>	<i>Gastroesofagal reflux</i> är besvär orsakade av att maginnehåll läcker upp till matstrupen, pga. bristfällig slutning av övre magmunnen (ofta pga. mellangärdesbräck). Symtomen är halsbränna, sura uppstötningar och bröstsmärta. Kronisk hosta och astmaliknande symtom är vanliga. Diagnosen ställs genom klinisk bild samt med gastroskopi. Behandlingen är läkemedel för att lindra besvären, kombinerat med livsstilförändringar som viktminskning och förändrade matvanor. Större mellangärdesbräck kan behöva opereras.
<b>Förväntad konsekvens för funktionstillstånd</b>	Smärta och illamående kan i varierande grad sätta ned funktionen, bl.a. i form av trötthet och minskad uthållighet. Vissa kroppsställningar kan medföra mer intensiv och ihållande smärta.
<b>Bedömd tid för återvunnen funktion och normal läkning</b>	Läkemedelsbehandling påverkar tillståndet snabbt, men måste kombineras med åtgärder mot utlösande orsak för att få bestående effekt. Gastroesofagal reflux är ofta långvariga tillstånd (månader till år) men med varierande intensitet över tid.
<b>Rekommendationer gällande bedömning av arbetsförmåga</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I <i>normalfallet</i> krävs <i>ingen sjukskrivning</i></li> <li>• Vid svårare smärta och illamående kan sjukskrivning vara motiverad. Under dessa perioder kan <i>arbetsförmågan vara nedsatt i upp till 10 dagar</i>.</li> <li>• I arbeten med <i>tunga lyft</i> kan <i>arbetsförmågan vara nedsatt i upp till 14 dagar</i>.</li> </ul>
<b>Behov av tidiga insatser. Särskilda överväganden och Åtgärder</b>	Besvären ökar ofta vid lutning framåt och vid tyngre fysisk belastning, varför arbetsuppgifter som innehåller sådana moment kan behöva anpassas.
<b>Åtgärder vid sjukfall som inte avslutats inom ramen för rekommendation</b>	Gastroesofagal reflux ger bröstsmärtor vilka kan förväxlas med hjärtutlösta besvär och som måste utredas och behandlas. Hög alkoholkonsumtion ger inte sällan refluxproblem, speciellt om patienten samtidigt är överviktig.

### Referenser:

Allgood, PC, Bachmann, M. Medical or surgical treatment for chronic gastroesophageal reflux? A systematic review of published evidence of effectiveness. *Eur J Surg.* 2000; 166(9):713-21.

Chiba, N, De Gara, CJ, Wilkinson, JM, Hunt, RH. Speed of healing and symptom relief in grade II to IV gastroesophageal reflux disease: a meta-analysis. *Gastroenterology.* 1997; 112(6):1798-810.

Walther, B. Gastroesofagal. Jeppsson B, Naredi P, Peterson H-I, Risberg B, (red). *Kirurgi Lund: Studentlitteratur; 2005.*

## Körtelfeber B27

<b>Symtom, prognos och behandling</b>	Den kliniska bilden är starkt korrelerad till ålder. Tonåringar och unga vuxna får oftast hög feber, uttalad trötthet, halsont med kraftigt svullna och belagda tonsiller samt förstörade lymfkörtlar. Efter tonåren är feber och lymfkörtelsvullnad utan andra halssymtom, den s.k. septiska formen, inte ovanligt. Prognosen vid körtelfeber är god och infektionen läker nästan alltid utan men. Det finns ingen specifik behandling, men NSAID kan prövas symtomatiskt. Steroider kan prövas vid sällsynta allvarliga komplikationer.
<b>Förväntad konsekvens för funktionstillstånd</b>	Körtelfeber nedsätter som regel allmäntillståndet i form av feber och uttalad trötthet. Ibland svullnar tonsillerna så kraftigt att det blir svårt att få i sig tillräckligt med vätska, vilket kan medföra några dagars sjukhusvård för dropp.
<b>Bedömd tid för återvunnen funktion och normal läkning</b>	Tiden till återvunnen funktion varierar med den insjuknades ålder. Generellt tar det längre tid att återfå normal funktion ju äldre man är. Feber och eventuella halssymtom vid körtelfeber försvinner som regel inom två veckor, men därefter är det vanligt med en uttalad trötthet som påverkar allmäntillståndet i ytterligare en till två veckor.
<b>Rekommendationer gällande bedömning av arbetsförmåga</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Allmäntillståndet och hur länge arbetsförmågan är nedsatt varierar, men körtelfeber i arbetsför ålder innebär som regel att <i>heltidssjukskrivning kan behövas i två till tre veckor</i>. Om feber kvarstår i mer än två veckor kan <i>tröttheten i efterförloppet medföra att upp till fyra veckors heltidssjukskrivning är motiverat</i>. Partiell sjukskrivning ytterligare någon vecka kan därefter vara lämpligt.</li><li>• Komplikationer är sällsynta, men hematologiska och neurologiska följdillstånd kan förekomma. Ibland kan mjälten vara förstörad i samband med körtelfeber och då kan <i>heltidssjukskrivning vara motiverat i fyra veckor vid fysiskt krävande arbete</i> om tillfällig omplacering inte är möjlig.</li></ul>
<b>Behov av tidiga insatser. Särskilda överväganden och Åtgärder</b>	Inga speciella tidiga insatser behövs.
<b>Åtgärder vid sjukfall som inte avslutats inom ramen för rekommendation</b>	Diagnosen bör säkerställas med adekvat provtagning. Även vid klinisk misstanke kan provtagning behöva upprepas, men diagnosen bör kunna vara verifierad inom två veckor. Vid heltidssjukskrivning mer än tre-fyra veckor bör en komplikation till körtelfeber övervägas. Detta är ovanligt och om sådan föreligger bör specialist inkopplas.

### Referenser:

Kaczynski, J. [Abdominal pain, fever and pathological liver status. Mononucleosis should be suspected even in adults]. Lakartidningen. 1997; 94(12):1088, 91.

Linderholm, M, Boman, J, Juto, P, Linde, A. [Evaluation of 9 rapid tests in mononucleosis. Low sensitivity of rapid tests]. *Lakartidningen*. 1995; 92(12):1246.

Schooley, RT. Epstein-Barr Virus (Infectious Mononucleosis) I: Mandell, Douglas and Bennets Principle and Practice of Infectious Deceases, femte utgåvan. Churchill Livingstone, Philadelphia, Pennsylvania; 2000.

Aronsson, MD. Infectious mononucleosis in adults and adolescents:  
<http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=~Dobz65Whe7Rlhb>.  
2009.

## Katarakt H25-28

<b>Symtom, prognos och behandling</b>	<p><i>Åldersrelaterad katarakt</i> är en grumling i ögats lins med långsamt tilltagande synnedsättning och ofta även andra typer av nedsatt synkvalitet (nedsatt kontrastseende, bländning, monokulärt dubbelseende). Behandlingen är kirurgisk. I 99% av fallen används idag facoemulsifikation med litet snitt och implantation av en vikbar intraokulär lins och rehabiliteringen är därför snabb. Prognosen är generellt mycket god. Årligen utförs c:a 73.000 kataraktoperationer i Sverige, varav c:a 6.600 på personer i yrkesverksam ålder.</p>
<b>Förväntad konsekvens för funktionstillstånd</b>	<p>Uttalad katarakt leder till kraftigt nedsatt syn vilket begränsar aktiviteter som kräver fullgod syn. Vid operationstillfället ser c:a 20% &lt;0,5 på sitt bästa öga, och efter operationen uppnår 95% en synskärpa på <math>\geq 0,5</math>.</p>
<b>Bedömd tid för återvunnen funktion samt normal läkning</b>	<p>Efter komplikationsfri operation är patienten i stort sett besvärsfri redan efter någon dag. Behandling med kortisondroppar fortgår 2-3 veckor, men i övrigt instrueras patienten att "leva som vanligt". Träffsäkerheten beträffande ögats brytning efter operationen är idag mycket god, och optiskt är ögats brytning oftast stabiliserad inom en vecka.</p>
<b>Rekommendationer gällande bedömning av arbetsförmåga</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Katarakt kan i sig medföra <i>nedsatt arbetsförmåga i yrken med höga synkrav</i>. Sådana fall skall idag enligt de nationella indikationerna för kataraktextraktion (NIKE) opereras med högsta prioritet, vilket innebär <i>operation snarast, i de flesta fall inom en månad</i>.</li> <li>• I de flesta arbeten med normala synkrav är arbetsförmågan inte nedsatt efter en kataraktoperation, och <i>patienten kan återgå i fullt arbete dagen efter ingreppet</i>.</li> <li>• Då glasögonkorrektur behövs efter operationen bör utprovning göras tidigast efter 1-2 veckor. Okorrigerade brytningsfel kan då medföra <i>nedsatt arbetsförmåga i 2-3 veckor efter operationen i yrken med höga synkrav</i>, exempelvis där bilkörning ingår.</li> <li>• I vissa yrken (främst arbete i smutsiga miljöer och där risk för ögontrauma kan föreligga) kan <i>arbetsförmågan vara nedsatt i upp till 2 veckor</i> av dessa orsaker.</li> </ul>
<b>Behov av tidiga insatser. Särskilda överväganden och åtgärder</b>	<p>Då glasögonkorrektur krävs efter en operation kan detta påskyndas genom t.ex. samråd med aktuell optiker. I vissa fall kan hjälp med transport till och från arbetsplatsen underlätta tidig återgång i arbete. Viss anpassning av arbetsuppgifter kan underlätta i det tidiga skedet efter en kataraktoperation.</p>
<b>Åtgärder vid sjukfall som inte avslutats inom ramen för rekommendation</b>	<p>En förlängning av sjukskrivningen upp till totalt 6-8 veckor eller mer kan bli aktuell i sällsynta fall med höga synskärpekrav om glasögonkorrektur blir fördröjd, eller av medicinska skäl, t ex då komplikationer tillstöter. Långsiktig arbetsplatsanpassning, omskolning eller omplacering skall normalt inte behövas p.g.a. katarakt eller -kirurgi.</p>

Referenser:

Hayashi, K, Hayashi, H. Comparison of the stability of 1-piece and 3-piece acrylic intraocular lenses in the lens capsule. J Cataract Refract Surg. 2005; 31(2):337-42.

Kugelberg, M, Lundstrom, M. Factors related to the degree of success in achieving target refraction in cataract surgery: Swedish National Cataract Register study. J Cataract Refract Surg. 2008; 34(11):1935-9.

Kvalitetsregister. Swedish National Cataract Register.

[http://wwwcataractregcom/Cataract\\_Sve/forstasidahtm](http://wwwcataractregcom/Cataract_Sve/forstasidahtm).

Lundstrom, M, Stenevi, U, Thorburn, W. Quality of life after first- and second-eye cataract surgery: five-year data collected by the Swedish National Cataract Register. J Cataract Refract Surg. 2001; 27(10):1553-9.

Lundstrom, M, Stenevi, U, Thorburn, W. The Swedish National Cataract Register: A 9-year review. Acta Ophthalmol Scand. 2002; 80(3):248-57.

## H20 – H30,9 Inflammation i regnbågshinna, åderhinna och näthinna

<b>Symtom, prognos och behandling</b>	<p>Vanliga symtom är ljuskänslighet, synnedsättning och värk. Tillståndet kan blossa upp akut och vara en kortare period, men recidiverar ibland och kan utvecklas till ett mer långdraget, kroniskt förlopp. Ibland ses tillståndet som sekundärt till systemsjukdom exempelvis i rörelseapparaten, vid tarmsjukdom eller vid infektion och kan då bli livslångt. Prognosen beror på bakomliggande orsak. Behandlingen (bl.a. kortison) syftar till symtomlindring. I kroniskt svåra former ges även generella steroider, antibiotika och/eller cytostatika.</p>
<b>Förväntad konsekvens för funktionstillstånd</b>	<p>Lindrig sjukdom ger begränsad påverkan på funktion. Oftast dämpas symtomen med medicinsk behandling. Vissa patienter lider trots medicinering av värk, ljuskänslighet och synnedsättning, ibland i kombination med ledbesvär som stelhet i nacke och ländrygg och svårigheter att klara långvarigt stillasittande samt fysiska aktiviteter .</p> <p>Beroende på fokus av den inflammatoriska härden påverkas synskärpan. Om härden sätter sig direkt i gula fläcken förlorar patienten detaljsynskärpa och blir kraftigt synhandikappad. Utveckling av högt intraokulärt tryck och sekundärglaukom förekommer också.</p>
<b>Bedömd tid för återvunnen funktion samt normal läkning</b>	<p>Sjukdomen kan vara av akut art och klinga av inom ett par veckor, men är vanligen återkommande och kan bli kronisk med i varierande grad kvarstående och symtom. Effekten av symtomlindrande mediciner kommer tämligen omgående (inom en eller ett par dagar), medan effekten av sjukdomsmodifierande mediciner, som används i svårare fall, kan dröja månader.</p>
<b>Rekommendationer gällande bedömning av arbetsförmåga</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensidig synnedsättning till följd av inflammation i regnbågshinnan, åderhinnan och/eller näthinna kräver inte alltid sjukskrivning. Om arbetet tillåter kan patienten ofta återgå innan tillståndet har läkt ut. Arbetsförmågan kan vara nedsatt i upp till 2 veckor.</li> <li>• Vid djupare inflammation i åderhinna eller näthinna kan arbetsförmåga vara nedsatt i upp till 6 veckor.</li> <li>• Patienter som utövar yrkesmässig fordonstrafik (kranskötare etc.) med krav på fullgod syn i båda ögonen bör tillfälligt omplaceras eller sjukskrivas. Blir tillståndet kroniskt bör omskolning eller andra arbetsåtgärder insättas.</li> <li>• I det akuta skedet bör patienten gå på regelbundna kontroller med ett par veckors mellanrum. Vid varje besök bör diskussion om sjukskrivning och eventuell förlängning diskuteras och ifrågasättas.</li> </ul>
<b>Särskilda överväganden och åtgärder</b>	<p>Företagshälsovården och/eller arbetsgivaren och Försäkringskassan bör kopplas in om tillståndet får en kronisk karaktär. Det kan bli aktuellt med ergonomiska förbättringsåtgärder, anpassade arbetsuppgifter eller</p>

	omplacering. Ett lagom rörligt arbete med möjlighet att ofta ändra arbetsställning är idealt. Syncentral kan tillgodose belysnings och ev. bildkraven (kontrast, förstoringshjälpmedel) på arbetsplatsen samt anpassa arbetsplatsen efter synbehovet.
<b>Åtgärder vid sjukfall som inte avslutats inom ramen för rekommendation</b>	Patienter med inflammation i regnbågshinnan, åderhinnan och näthinnan kontrolleras regelbundet och behandlingen utvärderas. Vid otillräcklig effekt eller biverkningar av mediciner eller ögondroppar kan patienten behöva sjukskrivning i väntan på effekten av den förändrade behandlingen och medicineringen.

Referenser:

- Biswas, J, Mittal, S, Ganesh, SK, Shetty, NS, Gopal, L. Posterior scleritis: clinical profile and imaging characteristics. *Indian J Ophthalmol.* 1998; 46(4):195-202.
- Bosch-Driessen, LE, Berendschot, TT, Ongkosuwito, JV, Rothova, A. Ocular toxoplasmosis: clinical features and prognosis of 154 patients. *Ophthalmology.* 2002; 109(5):869-78.
- de Boer, J, Wulffraat, N, Rothova, A. Visual loss in uveitis of childhood. *Br J Ophthalmol.* 2003; 87(7):879-84.
- Farooqui, SZ. Uveitis, Classification: <http://emedicine.medscape.com/article/1208936-overview>. 2008.
- Gilbert, RE, See, SE, Jones, LV, Stanford, MS. Antibiotics versus control for toxoplasma retinochoroiditis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002; (1):CD002218.
- Herbert, HM, Viswanathan, A, Jackson, H, Lightman, SL. Risk factors for elevated intraocular pressure in uveitis. *J Glaucoma.* 2004; 13(2):96-9.
- Scott, O. Läkarinformation Chorioretinal Inflammation: <http://www.patient.co.uk/showdoc/40000001>. 2008 [cited; Available from: <http://www.patient.co.uk/showdoc/40000001>
- Vianna, RN, Ozdal, PC, Filho, JP, Ventura, MP, Saraiva, VS, Deschenes, J. Longterm follow-up of patients with multifocal choroiditis and panuveitis. *Acta Ophthalmol Scand.* 2004; 82(6):748-53.

