



Svensk Försäkring

# MEDICINSK INVALIDITET

## - sjukdomar 2023

Gradering av medicinsk invaliditet till följd av sjukdom

---

# INLEDNING

---

Det medicinska tabellverket för sjukdomar, som har tagits fram av Svensk Försäkring, utgör underlag för att kunna bedöma permanent funktionsnedsättning efter sjukdom.

Invaliditetstabellerna är gemensamma för den svenska försäkringsbranschen och har omarbetats vid flera tillfällen. Den medicinska vetenskapen är under ständig utveckling och metoder, behandling och sjukdomsförlopp förändras över tid.

Tabellverket utgör rekommendationer för bedömning av permanent funktionsnedsättning och riktar sig i första hand till de medicinska rådgivarna.

Svensk Försäkrings styrelse beslutade den 24 november 2023 att anta tabellverket med ikraftträdande den 1 januari 2024. Alla nya bedömningar från och med den 1 januari 2024 görs enligt 2023 års tabellverk.

## Den medicinska rådgivarens roll

Den medicinska rådgivaren har till uppgift att göra en oberoende bedömning baserad på det medicinska underlaget. Rådgivaren har förutom sin specialistkompetens även en försäkringsmedicinsk utbildning. Rådgivaren är dessutom oberoende av personliga relationer till den försäkrade. När den medicinska rådgivaren misstänker jäv ska rådgivaren avsäga sig bedömningen.

Den medicinska rådgivaren behöver för sin bedömning uppgifter om

- uppkommen anatomisk/fysiologisk skada genom anamnes och statusfynd
- funktionsnedsättning/-bortfall i olika situationer
- praktiska konsekvenser av uppkommen funktionsnedsättning.

Vid gradering av den medicinska invaliditeten är det funktionsnedsättningen i sig som är avgörande, men de övriga uppgifterna är också nödvändiga för att kunna kontrollera att bedömningen blir riktig. I tabellverket är funktionsnedsättningen inte alltid beskriven i detalj, inte heller finns alla sjukdomar angivna i tabellverket. I de fall en specifik sjukdom saknas i tabellverket utgår bedömningen från liknande funktionsnedsättning som beskrivs i tabellverken.

## Medicinsk invaliditet

*Medicinsk invaliditet definieras som fysisk och/eller psykisk funktionsnedsättning oberoende av orsak och utan hänsyn till den sjukas yrke, fritidsintressen eller andra speciella förhållanden.*

Vid bedömning utgår man från att total medicinsk invaliditet (100 %) föreligger när ingen funktion finns kvar. I konsekvens härmed är den högsta mätbara invaliditetsgraden 99 % vid en och samma sjukdom. Gradering av medicinsk invaliditet är ett sätt att inbördes värdera olika funktionsnedsättningar oberoende av orsak. Eventuellt lyte ska därför inte vägas in i den medicinska invaliditetsgraden.

---

Utgångspunkten är att en kronisk sjukdom som medför begränsningar i allmän dagliga livsfunktioner (ADL) bör likställas med bestående funktionsnedsättning, till exempel celiaki där den försäkrade dagligen måste undvika gluten för att inte drabbas av stora besvär och följsjukdomar.

### Överväganden vid sjukdom

- Definitiv medicinsk invaliditet för sjukdomar som debuterar i barndomen bedöms i normalfall först då barnet nått vuxen ålder (18 år). För kroniska sjukdomar, där sjukdomsförloppet är stationärt och bedöms förutsägbart, kan definitiv medicinsk invaliditet bedömas tidigare om inte annat anges i tabellverket.
- För att bedömning av medicinsk invaliditet ska vara möjlig måste sjukdomen vara stationär under i vart fall något eller några år. Allvarliga sjukdomar med snabbt förlopp kan därför inte åsättas medicinsk invaliditetsgrad.
- Risk för försämringar av sjukdomen har, där de är mycket sannolika, vägts in i invaliditetsgraden.
- Sjukdomar har ofta ett varierande förlopp, till exempel psoriasis och reumatoid artrit, vilket har vägts in i bedömningen. Ramvärdesprincipen möjliggör individuell bedömning inom ett skikt där sjukdomens genomsnittliga svårighetsgrad är avgörande.
- Sjukdom som kräver livsvarig regelbunden medicinering, där läkemedelsbehandlingen är okomplicerad och inte ger några betydande besvär, medför ingen graderbar funktionsnedsättning. Sjukdom där läkemedelsbehandlingen ger symptom eller komplikationer kan däremot medföra en funktionsnedsättning. Vid livsvarig medicinering som medför både en funktionsnedsättning och följer av läkemedelsbehandlingen ska såväl funktionsnedsättningen som följderna av medicineringen inkluderas. Den eventuella funktionsnedsättningen bedöms enligt det kapitel och avsnitt som beskriver besvären.

### Medicinskt samband och samsjuklighet

Medicinskt samband är en försäkringsmedicinsk term som vanligen inte används inom sjukvården. Inom försäkringsmedicin är det däremot en vanligt förekommande term där syftet är att avgöra om en person drabbats av en eller flera sjukdomar.

*Medicinskt samband* – om sjukdom eller symptom är en följd av grundsjukdomen, eller har gemensam uppkomst och utveckling, föreligger ett medicinskt samband. Medicinskt samband föreligger också om det finns en kraftigt ökad risk att drabbas av en annan sjukdom.

*Samsjuklighet* – samtidigt förekommande oberoende sjukdomar oavsett medicinskt samband.

### Ramvärde

I det medicinska tabellverket för sjukdomar finns en genomgående struktur som innebär att en stor del av sjukdomarna graderas i nivåer från noll procent och uppåt. Ett ramvärde (takvärde eller maximalvärde) har angetts där det har varit möjligt, men för sjukdomar där det har ansetts mindre lämpligt har nivån angetts med ”individuell bedömning”.

De ramvärden som anges i tabellen är de högsta för varje angiven nivå. Om komplikationer finns kan högre invaliditetsgrad bli aktuell. I sådana fall sker tillkommande invaliditetsbedömning och kumulativ sammanvägning kan bli aktuell.

---

Om funktionsbortfallet inte är totalt ska invaliditetsgraden utgöra en andel av ramvärdet. I ramvärdena är inräknat de, vid aktuell funktionsnedsättning, vanligen förekommande psykiska effekterna, de sekundära autonoma reaktionerna samt värk och smärta.

### **Kumulering (sammanvägning)**

När flera olika funktionsförluster föreligger samtidigt kan man inte vid beräkning av den totala invaliditeten använda en enkel addition av procentsiffrorna för var och en av de ingående komponenterna. Detta skulle snabbt kunna leda till att totalinvaliditeten når högre än högsta möjliga siffra, 100.

Vid sammanvägning av flera samtidiga invaliditeter ska normalt kumulativ procentuell sammanvägning tillämpas. Kumulativ sammanvägning används vid sjukdomar som bedömts ha ett medicinskt samband, exempelvis diabetes som leder till ögon- eller njurbesvär.

Principen innebär att man vid två eller flera samtidiga invaliditetstillstånd väljer det största som bas, oavsett sjukdom eller vilken specialitet som bedömt ärendet. Man fortsätter sedan med den näst högsta och så vidare. Tillkommande funktionsförluster beräknas på resterande funktionsförmåga enligt formeln:

$$A \% + B (100 - A) \% = \text{det kombinerade värdet av } A \% \text{ och } B \%$$

där A = den största invaliditeten och sålunda  $(100 - A)$  = resterande funktionsförmåga samt B = invaliditetsgraden för den tillkommande funktionsförlusten.

Denna princip, som ska användas vid beräkning av totalinvaliditeten i det enskilda fallet, har använts vid uppbyggnaden av tabellverkets siffror för stora, komplexa invaliditeter.

Till hjälp vid beräkning av medicinsk invaliditet finns ett kumuleringsverktyg på Svensk Försäkrings hemsida.

### **Revideringar i denna upplaga**

Kapitel; 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 och 10.3. Nya kapitel 12, 13 och 15.

---

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

---

1	Infektionssjukdomar och parasitära sjukdomar	10
2	Endokrina och metabola sjukdomar	11
2.1	Binjurebarkens sjukdomar	11
2.1.1	Addisons sjukdom	11
2.1.2	Cushings sjukdom	11
2.2	Diabetes	11
2.3	Sköldkörteln och bisköldkörtlarnas sjukdomar	12
2.3.1	Hyperthyreos	12
2.3.2	Hypothyreos	13
2.3.3	Hyperparathyroidism	13
2.4	Hypofysens sjukdomar	13
2.4.1	Prolaktinom	13
2.4.2	Akromegali	14
2.4.3	Hypofysär underfunktion	14
2.5	Metabola sjukdomar	15
2.5.1	Gikt	15
3	Blodbildande organens och blodets sjukdomar	16
3.1	Rubbningar hos den röda blodkroppen	16
3.1.1	Bristsjukdomar	16
3.1.2	Sicklecellanemi	16
3.1.3	Thalassemi	16
3.1.4	Hereditär sfärocytos	17
3.1.5	Enzymatiska rubbningar	17
3.2	Rubbningar hos den vita blodkroppen	18
3.2.1	Medfödd eller förvärvad neutropeni	18
3.2.2	Medfödd rubbning i lymfocyterna (primär immunbrist)	18
3.3	Rubbningar hos blodplätten (trombocyten)	19
3.3.1	Nedsatt antal trombocyter eller nedsatt trombocytfunktion	19

3.4	Rubbningar i koagulationssystemet	19
3.4.1	Blödarsjuka (hemofili)	19
3.4.2	Ökad koagulationstendens (koagulopati)	20
3.5	Splenektomi	20
3.6	Maligna blodsjukdomar	20
3.6.1	Maligna sjukdomstillstånd i de blodbildande organen	20
3.6.1.1	Stamcellstransplantation	20
3.6.2	Essentiell trombocytos och polycytemia vera	21
4	Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar ICD-kod F00-F99	22
4.1	Principer för bedömning av medicinsk invaliditet	22
4.1.1	Definitioner av funktioner och besvär	22
4.1.1.1	Allmänna dagliga livsfunktioner (ADL)	22
4.1.1.2	Psykiska elementarfunktioner	23
4.1.1.3	Sociala aktiviteter	23
4.1.1.4	Besvär	24
4.1.2	Graderingen av medicinsk invaliditet	24
5	Nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar	25
5.1	Neurologiska sjukdomar	25
5.1.1	Epilepsi	25
5.1.2	Huvudvärk	26
5.1.2	Multipel skleros (MS)	26
5.1.4	Neurodegenerativa sjukdomar samt polyneuropati och muskelsjukdomar	26
5.1.5	Förvärvad hydrocephalus	27
5.1.6	Narkolepsi	27
6	Cirkulationsorganens sjukdomar	29
6.1	Hjärtsjukdomar	29
6.1.1	Medfödda hjärtfel	29
6.1.1.1	Coarctatio aortae	29
6.1.1.2	Förmaksseptumdefekt	29

---

6.1.1.3	Kammarseptumdefekt	30
6.1.1.4	Aortastenos	30
6.1.1.5	Pulmonell hypertension	30
6.1.2	Förvärvade hjärklaffsjukdomar	31
6.1.2.1	Aortainsufficiens	31
6.1.2.2	Aortastenos	31
6.1.2.3	Mitralisinsufficiens	32
6.1.2.4	Mitralisstenos	32
6.1.3	Retlednings- och hjärtrytmrubbningar	33
6.1.3.1	AV-block	33
6.1.3.2	Förmaksflimmer och förmaksfladder	33
6.1.3.3	WPW-syndrom	34
6.1.3.4	Lång QT-tid syndrom (LQTS)	34
6.1.4	Ischemisk hjärtsjukdom	35
6.1.4.1	Hjärtinfarkt	35
6.1.4.2	Angina pectoris	35
6.1.5	Hjärtmuskelsjukdomar	36
6.1.5.1	Kardiomyopati	36
6.1.5.2	Myokardit	36
6.1.6	Hjärtsvikt	37
6.2	Kärlsjukdomar	37
6.2.1	Sjukdomar i perifera kärl	37
6.2.1.1	Obliterativa kärlsjukdom i benen	37
6.2.1.2	Arteriell spasm (Raynauds fenomen)	38
6.2.1.3	Inflammatorisk kärlsjukdom (vaskulit)	38
6.2.1.4	Ventromboser	38
6.2.2	Sjukdomar i hjärnans kärl	39
6.2.2.1	Manifest hjärnskada (stroke)	39
6.2.2.2	Subarackmoidalblödning	40
6.3	Hypertoni	40

---

---

7	Andningsorganens sjukdomar	41
7.1	Astma	41
7.2	Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL)	42
7.3	Cystisk fibros	43
7.4	Lungtransplantation	43
8	Matsmältningsorganens sjukdomar	44
8.1	Födoämnesöverkänslighet	44
8.1.1	Födoämnesallergi	44
8.1.2	Celiaki	44
8.2	Leversjukdomar	45
8.2.1	Hepatit A virusinfektion	45
8.2.2	Hepatit B virusinfektion	45
8.2.3	Hepatit C virusinfektion	45
8.2.4	Autoimmun hepatit	46
8.2.5	Levercirros	46
8.2.6	Primär skleroserande cholangit	47
8.2.7	Hemokromatos	47
8.3	Mag-/tarmsjukdomar	48
8.3.1	Colon irritabile	48
8.3.2	Ulcerös kolit	48
8.3.3	Morbus Crohn	49
8.3.4	Status post tarmresektioner	49
9	Njur- och urinvägssjukdomar	51
9.1	Medfödd anläggningsrubbing i njure och urinvägar	51
9.2	Polycystisk njursjukdom	51
9.3	Förvärvad njursjukdom	51
9.4	Nedsatt njurfunktion	51
9.5	Njurtransplantation	52
9.6	Urininkontinens	52
9.6.1	Strukturella sjukdomar i urinvägar med flödeshinder	53

---



---

10	Hudsjukdomar	54
10.1	Psoriasis	54
10.2	Diskoid lupus erythematoses (DL)	54
10.3	Systemisk skleros	55
10.4	Eksem	55
10.4.1	Allergiskt kontakteksem	56
10.4.2	Icke-allergiskt kontakteksem	56
10.4.3	Atopiskt eksem	56
10.4.4	Seborroiskt eksem	56
10.5	Acne	57
11	Reumatiska sjukdomar	58
11.1	Inflammatoriska ledsjukdomar hos barn och tonåringar	58
11.1.1	Oligoartrit	58
11.1.2	Systematisk juvenil ideopatisk artrit	58
11.1.3	Polyartrit	59
11.2	Reumatoid artrit hos vuxna	59
11.3	Spondylartriter	60
11.3.1	Ankyloserande spondylit	61
11.3.2	Psoriasisartrit	61
11.4	Inflammatoriska systemsjukdomar hos barn och tonåringar	62
11.5	Inflammatoriska systemsjukdomar hos vuxna	63
12	Synskador	64
13	Hörselskador	66
14	Infertilitet	68
15	Cancer och tumörsjukdomar	69

---

## 1. Infektionssjukdomar och parasitära sjukdomar

Infektionssjukdomar och parasitära sjukdomar orsakas av olika smittämnen. Infektionssjukdomar delas upp i tre olika grupper: akuta, subakuta och kroniska infektioner. Sjukdomsförloppet varierar men de flesta medför en lindrig sjukdom. Vid svåra och allvarliga tillstånd kan ett eller flera organ påverkas och medföra en funktionsnedsättning.

Vid bedömning förutsätts att all utredning är utförd och att en optimal behandling och medicinering getts. Om en infektionssjukdom medför en bestående funktionsnedsättning hänvisas bedömningen till det tabellverk och kapitel som beskriver besvären. Om en infektionssjukdom inte medfört en funktionsnedsättning men kräver livsvarig läkemedelsbehandling bedöms invaliditetsgraden utifrån läkemedelsbehandlingens påverkan.

Livsvarig regelbunden läkemedelsbehandling bedöms enligt nedanstående tabell.

Sjukdomar som kräver livsvarig regelbunden medicinering där läkemedelsbehandlingen är okomplicerad och inte förväntas ge några betydande besvär.	0 %
Sjukdomar som kräver livsvarig regelbunden medicinering där läkemedelsbehandlingen ger måttliga symptom och innebär risk för komplikationer eller kräver frekventa kontroller.	3 %
Sjukdomar som kräver livsvarig regelbunden medicinering där läkemedelsbehandlingen ger betydande symptom och innebär stor risk för komplikationer.	5%

## 2. Endokrina och metabola sjukdomar

### 2.1 Binjurebarkens sjukdomar

#### 2.1.1 Addisons sjukdom

**Definition:** Addisons sjukdom är en autoimmun sjukdom med påverkan på binjurar som ger en nedsatt insöndring av binjurebarkhormonet kortisol.

**Besvär:** Addisons sjukdom orsakar obehandlad symtom av kortisolbrist med bland annat trötthet, blodtrycksfall, saltbalansrubbingar och symtom från mag-/tarmkanalen. Sjukdomen kräver livslång behandling med kortison i tablettform men injektioner med kortison kan behöva ges vid akuta sjukdomstillstånd. Risk föreligger för snabbt utvecklade allvarliga vätskerubbingar, cirkulationspåverkan och dödsfall vid utebliven behandling.

Addisons sjukdom med behov av okomplicerad kortisonbehandling	5 %
Komplikationer till följd av sjukdomen	Individuell bedömning

#### 2.1.2 Cushings sjukdom

**Definition:** Cushings sjukdom orsakas av för hög insöndring av kortisol från till exempel tumör i binjure eller i hypofys.

**Besvär:** Cushings sjukdom ger symtom av överproduktion av kortisol med till exempel viktuppgång, förändrad fettdistribution, skör hud, blodtrycksförhöjning samt ökad risk för flera andra sjukdomar som diabetes, osteoporos och psykiska besvär. Behandlingen är i första hand kirurgisk med operation för att ta bort den hormonproducerande tumören. Efter operation behövs ofta långvarig kortisonsubstitution.

Okomplicerad Cushings sjukdom som botats genom behandling och där patienten inte har några kvarstående betydande besvär eller behov av fortsatt läkemedelsbehandling	0 %
Behov av långvarig eller livslång kortisonbehandling efter initial behandling	5 %
Vid komplikationer som till exempel osteoporos med frakturer eller hjärt- och kärlsjukdom	Individuell bedömning

### 2.2 Diabetes

**Definition:** Diabetes är en kronisk sjukdom med förhöjda nivåer av glukos i blodet vilket beror på total eller relativ brist på insulin. Vid typ 1-diabetes saknas insulin helt eller nästan helt och individen är beroende av livslång insulinbehandling. Vid typ 2-diabetes är insulinbristen relativ med normala eller höga nivåer av insulin på grund av insulinresistens. Blandformer mellan diabetes typ 1 och typ 2 förekommer.

**Besvär:** Diabetes ger symtom vid höga eller låga blodsockernivåer som uppkommer av sjukdomen och behandling. Diabetes medför risk för olika komplicerande sjukdomar med påverkan på bland annat ögon, njurar, nervsystem samt blodkärl. Kärlskador leder till ökad risk för till exempel hjärtinfarkt och perifer cirkulationsrubbing i ben och fötter samt svårläkta sår. Diabetes ger även besvär till följd av den behandling som krävs för sjukdomen med anpassad kost, per orala läkemedel och/eller injektioner av insulin eller andra läkemedel. Vid typ 1-diabetes krävs alltid injektionsbehandling med insulin flera gånger per dag eller behandling med insulinpump. Blodsockernivåer behöver mätas frekvent för att undvika hypo- eller hyperglukemi. Vid typ 2-diabetes kan ofta behandling inledas med kost och/eller behandling med per orala läkemedel men på längre sikt kan injektioner av insulin eller andra läkemedel behövas. För invaliditet av diabetes krävs att sjukdomen förväntas vara livslång och inte är tillfälligt orsakad av sjukdom eller behandling (till exempel läkemedelsutlöst diabetes eller graviditetsdiabetes).

Diabetes som behandlas endast med kostbehandling	5 %
Diabetes som behandlas med per orala läkemedel	8 %
Diabetes som behandlas med injektioner av läkemedel, men inte med insulin (med eller utan samtidig behandling med per orala läkemedel)	10 %
Diabetes som behandlas med injektioner av insulin enbart eller i kombination med andra läkemedel	15 %
Komplikationer till diabetes	Individuell bedömning

## 2.3 Sköldkörteln och bisköldkörtlarnas sjukdomar

### 2.3.1 Hypertyreos

**Definition:** Hypertyreos (tyreotoxikos/giftstruma) orsakas av förhöjd insöndring av sköldkörtelhormon.

**Besvär:** Hypertyreos ger symtom av ökad ämnesomsättning och stresspåslag med bland annat viktminskning, hjärtklappning, skakighet, sömnstörning och psykiska besvär. Hypertyreos kan uppkomma av flera olika orsaker. Sjukdomen kan läka ut spontant utan behandling eller kräva behandling med läkemedel, operation av sköldkörteln eller behandling med radioaktiv jod. Efter behandling av hypertyreos kan hypotyreos uppstå och kräva livslång behandling med tillskott av sköldkörtelhormon. Vid vissa former av hypertyreos påverkas ögonen med uppkomst av exoftalmus och endokrin oftalmopati.

Hypertyreos som efter behandling med läkemedel, operation eller radioaktiv jod kräver fortsatt okomplicerad behandling med sköldkörtelhormon eller ingen fortsatt behandling	0 %
Komplicerad sjukdom till exempel med ögonförändringar och synnedsättning	Individuell bedömning

### 2.3.2 Hypotyreos

**Definition:** Hypotyreos beror på bristande insöndring av sköldkörtelhormon. Sjukdomen uppträder spontant till exempel efter en kronisk sköldkörtelinflammation eller efter behandling av hypertyreos.

**Besvär:** Hypotyreos leder till minskad ämnesomsättning med symtom som bland annat trötthet, frusenhet, håglöshet och nedsatt kondition. Svår långvarig obehandlad hypotyreos kan leda till allvarlig sjukdom (myxödem) med medvetandesänkning, låg kroppstemperatur, ödem och lågt blodtryck. Tillståndet behandlas genom behandling med daglig dos av sköldkörtelhormon i tablettform och ger då inga bestående symtom. I ovanliga fall vid svår långvarig obehandlad hypotyreos (myxödem) kan bestående skador uppkomma.

Hypotyreos som behandlas med tillskott av sköldkörtelhormon	0 %
Komplikationer efter svår långvarig obehandlad hypotyreos (myxödem)	Individuell bedömning

### 2.3.3 Hyperparatyroidism

**Definition:** Hyperparatyroidism innebär ökad produktion av paratyroideahormon (PTH) som medför förhöjd kalciumkoncentration i blodet och påverkan på kalciummetabolism.

**Besvär:** Hyperparatyroidism ger symtom av förhöjd kalciumkoncentration i blodet med bland annat trötthet, mag- och/eller tarmbesvär, smärtor och mentala symtom samt ökad risk för bland annat njurstensbildning och skelettförändringar. Hyperparatyroidism orsakas vanligen av adenom i bisköldkörteln som behandlas med operation. Efter operation normaliseras kalciumnivån i blodet men i vissa fall krävs livslång behandling med D-vitamin för att upprätthålla normala kalciumnivåer. Lätt hyperparatyroidism kan vara asymptomatisk eller ge lindriga symtom som inte kräver någon behandling.

Hyperparatyroidism opererad utan behov av medicinering eller behov av okomplicerad läkemedelsbehandling med D-vitamin	0 %
Hyperparatyroidism opererad med behov av läkemedelsbehandling med D-vitamin som där patienten har kvarstående symtom av kalciumbalansrubbing och instabila kalciumvärden	3 %

## 2.4 Hypofysens sjukdomar

### 2.4.1 Prolaktinom

**Definition:** Prolaktinom är ett tillstånd med ökad insöndring av hormonet prolaktin från ett adenom i hypofysen.

**Besvär:** Prolaktinom med förhöjd prolaktinproduktion medför bland annat bortfall av menstruation för kvinnor och nedsatt potens för män. Sjukdomen behandlas vid små tumörer (microadenom) med läkemedel som normaliserar prolaktinproduktionen. Behandlingen är vanligen livslång. Vid större adenom kan operativa ingrepp respektive

strålbehandling behövas. Stora adenom kan medföra hypofysinsufficiens och synpåverkan på grund av tryckskador på nervbanorna till ögonen.

Okomplicerad pravidelbehandling vid prolaktinom	0 %
Bestående synpåverkan och/eller hypofysinsufficiens	Individuell bedömning

#### 2.4.2 Akromegali

**Definition:** Akromegali är ett tillstånd med ökad insöndring av tillväxthormon från ett adenom i hypofysen.

**Besvär:** Akromegali medför generellt ökad tillväxt av kroppens skelett och mjukdelar i bland annat ansikte, händer och fötter. Före puberteten ökar vanligen kroppslängden kraftigt (jätteväxt). Akromegali medför ökad risk för diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar och kroniska ledbesvär. Behandlingen är ofta operativ genom att adenomet tas bort. Även läkemedelsbehandling och strålbehandling kan behövas. Sjukdomen och dess behandling kan medföra synpåverkan och hypofysinsufficiens. Efter avslutad primär behandling behövs vid hypofysinsufficiens livslång daglig tillförsel av vissa hormoner i injektions- och/eller tablettform. Kvarstående besvär från skelett, inklusive leder, förekommer efter längre tids sjukdom, liksom bestående diabetes och hjärt- och kärlpåverkan.

Akromegali utan kvarstående besvär och utan behov av behandling	0 %
Akromegali utan kvarstående besvär men med behov av regelbunden behandling	5 %
Akromegali med kvarstående besvär från leder och/eller kärlsystem	10 %
Övriga komplikationer till akromegali	Individuell bedömning

#### 2.4.3 Hypofysär underfunktion

**Definition:** Bristande insöndring från hypofysen av ett eller flera hormoner som kan uppkomma av hypofystumör eller andra sjukdomar i hypofysen.

**Besvär:** Patienter med hypofyssvikt kan uppvisa många olika symtom beroende på vilka hormoner som är påverkade. Hormonbrist kan uppstå för ett eller flera av hypofyshormonerna (ACTH, TSH, FSH, LH, ADH eller tillväxthormon). Vilka symtom som är dominerande beror på vilket/vilka hypofyshormoner som det är brist på och hur uttalad bristen är.

Kontinuerlig behandling med flera hormoner i tablett-, nässpray- eller injektionsform flera gånger dagligen	10 %
Komplikationer till hypofysär underfunktion	Individuell bedömning

## 2.5 Metabola sjukdomar

### 2.5.1 Gikt

**Definition:** Gikt orsakas av utfällningar av urinsyra (urat) i vävnaderna framför allt i och omkring leder med inflammation som följd.

**Besvär:** Gikt karaktäriseras av anfall av ledinflammation som orsakas av utfällningar av urinsyra i vävnaderna framför allt i och omkring leder. De flesta individer med gikt har förhöjda nivåer av urinsyra i blodet. Förutom ledbesvär kan gikt orsaka njurskada. Det akuta giktanfallet behandlas med antiinflammatoriska läkemedel. Vid upprepade frekventa giktanfallet ges profylaktisk behandling med läkemedel som sänker nivåerna av urinsyra.

Enstaka giktanfäll per år med eller utan förebyggande behandling med läkemedel för att reducerad urinsyranivåerna	0 %
Frekventa giktanfäll mer än enstaka gånger per år trots läkemedelsbehandling	3 %
Komplicerad sjukdom med organskador	Individuell bedömning

### 3. Blodbildande organens och blodets sjukdomar

#### 3.1 Rubbningar hos den röda blodkroppen

##### 3.1.1 Bristsjukdomar

**Definition:** Brist på till exempel järn och vitamin B12 som medför blodbrist (anemi) på grund av minskad nybildning av röda blodkroppar med anemi (blodbrist) som följd.

**Besvär:** Lindrig anemi orsakad av bristtillstånd ger vanligen inga symtom, men vid mer uttalad anemi uppkommer besvär med bland annat trötthet. Långvarig obehandlad B12-brist kan ge bestående neurologisk påverkan med till exempel känselnedsättning.

Bristtillstånd som åtgärdas med tillfällig, intermittent eller kronisk tillförsel av den aktuella bristfaktorn i tablett- eller injektionsform och där bristtillståndet inte gett bestående besvär

0 %

Bestående skador till följd av bristtillstånd

Individuell bedömning

##### 3.1.2 Sicklecellanemi

**Definition:** Sicklecellanemi är en medfödd rubbning i hemoglobinstrukturen med förkortad livslängd av röda blodkroppar som orsakar anemi och risk för kärlockklusioner.

**Besvär:** Den förkortade livslängden för röda blodkroppar som sicklecellanemi innebär kan orsaka anemi (blodbrist), men även ocklusion av kärlsystem i olika organ med smärtattacker och organsvikt som följd. Det föreligger risk för rubbningar i tillväxten med skelettförändringar hos barn, ökad infektionsbenägenhet och ökad risk för gallsten. Besvären varierar från milda former med få eller inga symtom till upprepade så kallade sicklecellkriser med påverkan på flera organsystem och organsvikt. Svårare former av sjukdom diagnosticeras vanligen i barndomen.

Lindriga besvär där anlag för sicklecellanemi påvisas men där sjukdomen är asymtomatisk eller ger lindriga besvär < 1 gång / år

0 %

Måttliga besvär med anemi och enstaka sicklecellkriser där sjukhusvård behövts (inklusive behandling med enstaka blodtransfusioner)

5 %

Svåra besvär med frekvent behov av blodtransfusioner och sjukhusvård i samband med kriser där besvär med tillväxtrubbning eller bestående organpåverkan kan ha uppstått

20 %

Övriga bestående skador och komplikationer till följd av sicklecellanemi

Individuell bedömning

##### 3.1.3 Thalassemi

**Definition:** Thalassemi är en medfödd rubbning i hemoglobinstrukturen som medför att röda blodkroppens livslängd är förkortad.

**Besvär:** Den förkortade livslängden för röda blodkroppar kan orsaka anemi (blod-



brist). Vid lindriga former av thalassemi (minor) saknas oftast besvär och här manifesterar sig sjukdomen endast i form av lätt blodbrist. Vid svåra former av sjukdomen (major) föreligger uttalad anemi med frekvent transfusionsbehov. Komplikationer med ökad inlagring av järn i kroppens olika organ, tillväxthämning, förstörd mjälte och lever samt förkortad livslängd vid svåra former av sjukdomen. Stamcellstransplantation kan i vissa fall vara behandlingsalternativ. Svårare former av sjukdom diagnosticerar i barndomen men lindrig sjukdom kan upptäckas i vuxen ålder.

Lindrig thalassemi (minor) utan besvär, så kallad tyst bärare	0 %
Lindrig thalassemi (minor) med betydande anemi (Hb < 100 g/l) men för övrigt utan besvär och utan behov av regelbundna blodtransfusioner	2 %
Medelsvår thalassemi (intermediär) med lågt transfusionsbehov (enstaka per år) och utan tillväxthämning eller annan betydande organpåverkan	5 %
Medelsvår thalassemi (intermediär) med regelbundet transfusionsbehov och med betydande organpåverkan	20 %
Svår thalassemi (major)	Individuell bedömning

#### 3.1.4 Hereditär sfärocytos

**Definition:** Hereditär sfärocytos beror på en medfödd rubbning i den röda blodkroppens cellmembran, vilken medför att de röda blodkropparnas livslängd förkortas med anemi som följd.

**Besvär:** Ökat sönderfall av röda blodkropparna (hemolys) orsakar blodbrist med symtom bland annat i form av trötthet. Vid svår sjukdom föreligger risk för tillväxt-rubbning med skelettförändringar hos barn och gallsten. Blodbristen kan medföra transfusionsbehov. Sjukdomen kan behandlas genom att mjälten tas bort (splenectomi), vilket ofta minskar besvär av anemi.

Lindrig sfärocytos utan besvär	0 %
Lindrig sfärocytos med betydande anemi (Hb < 100 g/l) men för övrigt utan besvär och utan behov av regelbundna blodtransfusioner	2 %
Måttlig sfärocytos med lågt transfusionsbehov (enstaka per år) men utan tillväxthämning eller annan betydande organpåverkan	5 %
Svår sfärocytos med regelbundet transfusionsbehov och med betydande organpåverkan eller tillväxtrubbning	20 %

#### 3.1.5 Enzymatiska rubbningar

**Definition:** Medfödda enzymrubbningar (till exempel brist på glukos-6-fosfat-dehydrogenas) som orsakar ökad sönderfall av röda blodkroppar vanligen utlöst av till exempel infektioner och läkemedelsbehandling.

**Besvär:** Vid skov av sjukdom utlöst av till exempel infektion eller läkemedelsbehandling sker en övergående ökad nedbrytning (hemolys) av de röda blodkropparna som orsakar blodbrist. Den uppkomna blodbristen är i regel måttlig men kan i enstaka fall kräva transfusion. Det föreligger en ökad risk för gallsten.

Lindriga besvär där sjukdomen är asymtomatisk eller ger lindriga besvär <1 gång/år	0 %
Måttliga besvär med kronisk hemolys samt enstaka allvarligare skov	5 %
Svåra besvär med täta skov eller kronisk hemolys som kräver regelbunden transfusionsbehandling	20 %

### 3.2 Rubbningar hos den vita blodkroppen

#### 3.2.1 Medfödd eller förvärvad neutropeni

**Definition:** Medfödd eller förvärvad brist av segmentkärniga vita blodkroppar (neutropeni), vilket kan orsaka ökad infektionskänslighet och risk för allvarliga infektioner.

**Besvär:** Vid svårare former av neutropeni föreligger ökad frekvens av infektioner som kräver antibiotikabehandling. Det föreligger även ökad risk för allvarliga infektioner och komplikationer till följd av dessa. Definitiv medicinsk invaliditet kan i regel bedömas vid stabilt sjukdomstillstånd och först efter 18 års ålder.

Lindrig neutropeni ( $> 1.5 \times 10^9/l$ ) eller nedsatt funktion av vita blodkroppar utan betydande ökning av infektionsbenägenhet	0 %
Måttlig neutropeni ( $< 1.5 \times 10^9/l$ ) eller måttligt nedsatt funktion av vita blodkroppar med betydande ökning av infektionsbenägenhet och allvarliga infektioner	5 %
Svår neutropeni ( $< 1.0 \times 10^9/l$ ) och uttalat nedsatt funktion av vita blodkroppar med frekventa svåra infektioner som kräver antibiotikabehandling och sjukhusvård.	30 %

#### 3.2.2 Medfödd rubbning i lymfocyterna (primär immunbrist)

**Definition:** En rubbning i lymfocyternas funktion som orsakar bristande bildning av immunglobuliner eller andra brister i immunförsvaret och som ger nedsatt försvar mot infektioner.

**Besvär:** Vid immunglobulinbrist eller defekter i den cellförmedlade immuniteten föreligger en mer eller mindre starkt ökad frekvens av infektioner som kräver antibiotikabehandling och immunglobulintillförsel. Dessa rubbningar kan även ge en ökad frekvens av såväl tumörsjukdomar som olika autoimmuna sjukdomar. Definitiv medicinsk invaliditet kan i regel bedömas vid stabilt sjukdomstillstånd och först efter 18 års ålder.

Lindrig primär immunbrist utan påvisbar ökning av infektionsbenägenhet	0 %
Primär immunbrist med ökad frekvens av infektioner och behov av regelbunden gammaglobulintillförsel	5 %
Primär immunbrist med frekventa allvarliga infektioner trots adekvat regelbunden gammaglobulintillförsel	20 %
Övriga svåra immunbristtillstånd med frekventa allvarliga infektioner, autoimmunitet, autoinflammation eller sekundär malignitet	Individuell bedömning

### 3.3 Rubbningar hos blodplätten (trombocyten)

#### 3.3.1 Nedsatt antal trombocyter eller nedsatt trombocytfunktion

**Definition:** Medfödd eller förvärvad trombocytopeni som beror antingen på nedsatt produktion eller på ökad nedbrytning av trombocyter. Nedsatt trombocytfunktion kan orsakas av medfödda sjukdomar som till exempel Glanzmanns trombastenia eller storage pool disease.

**Besvär:** Vid lågt trombocytantal eller nedsatt trombocytfunktion föreligger ökad blödningsrisk från olika organ med bland annat blödningar från hud och slemhinnor samt inre blödningar. Definitiv invaliditet bör bedömas först vid stabilt sjukdomstillstånd och minst ett år efter diagnos.

Lindrig kronisk trombocytopeni ( $> 100 \times 10^9/l$ ) eller lindrigt nedsatt trombocytfunktion utan betydande blödningsproblem	0 %
Måttlig kronisk trombocytopeni ( $25 - 100 \times 10^9/l$ ) eller måttligt nedsatt trombocytfunktion med vissa besvär av blödning	5 %
Svår kronisk trombocytopeni ( $< 25 \times 10^9/l$ ) eller svårt nedsatt trombocytfunktion trots behandling och återkommande symtom av blödning	15 %

### 3.4 Rubbningar i koagulationssystemet

#### 3.4.1 Blödarsjuka (hemofili)

**Definition:** Blödarsjuka där det vid hemofili A föreligger en medfödd brist på koagulationsfaktor 8 och vid hemofili B föreligger brist på koagulationsfaktor 9.

**Besvär:** Individer med hemofili A eller B har en ökad blödningsbenägenhet i relation till graden av brist på koagulationsfaktor. Det föreligger en risk för blödningar i olika organ, speciellt vid trauma även om traumat kan vara lindrigt. Upprepade ledblödningar kan medföra invalidiserande ledbesvär. Behandling sker genom intermitterande eller regelbunden tillförsel av den koagulationsfaktor som saknas.

Lindrig hemofili (faktor 8-resp 9-brist, 5–25 % av normala nivåer) utan behov behandling med koagulationsfaktorer och utan ledengagemang	0 %
Medelsvår hemofili (faktor 8-resp 9-brist, 1–4 % av normala nivåer) med behov av behandling med koagulationsfaktorer intermitterande till exempel i samband med operationer	10 %
Svår hemofili (faktor 8-resp 9-brist, 1 % av normala nivåer) med behov av regelbunden behandling med koagulationsfaktorer och komplikationer till följd av blödningar	Individuell bedömning

### 3.4.2 Ökad koagulationstendens (koagulopati)

**Definition:** Ett flertal medfödda defekter i koagulationssystemet (till exempel APC-resistens, protein-C-brist, protein-S-brist och antitrombin-III-brist) som medför ökad trombosrisk. Tromboser uppstår spontant eller i samband med trombosdisponerande faktorer.

**Besvär:** Koagulationsrubbningen orsakar i sig inte några besvär men ökar risk för venösa tromboser som ger besvär. Vid trombos och diagnostiserad koagulationsrubbning finns ofta behov av långtidsbehandling (”livslång behandling”) antikoagulationsbehandling.

Påvisad specifik rubbning i koagulationssystemet där livslång antikoagulationsbehandling inte är indicerad	0 %
Rubbning i koagulationssystemet som medför livslång antikoagulationsbehandling	5 %
Posttrombotiska tillstånd	Individuell bedömning (se även 6.2.1.5)

### 3.5 Splenektomi

**Definition:** Bortoperation av mjälte på grund av skada eller sjukdom.

**Besvär:** Okomplicerad splenektomi ger inga symtom. Ökad risk för vissa typer av infektioner och behov av vaccination mot bland annat pneumokocker.

Splenektomi utan komplikationer	0 %
Komplikationer till följd av splenektomi	Individuell bedömning

### 3.6 Maligna blodsjukdomar

#### 3.6.1 Maligna sjukdomstillstånd i de blodbildande organen

**Definition:** Maligna blodsjukdomar som leukemi, lymfom och myelom (till exempel akuta och kroniska leukemier, non-Hodgkin-lymfom, Hodgkin lymfom, myelomatos, myelodysplastiskt syndrom, morbus Waldenström och primär myelofibros).

**Besvär:** Det föreligger olika symtom, behandlingsbehov och prognos beroende på sjukdom. Med cytostatika- och strålbehandling samt stamcellstransplantation blir allt fler individer varaktigt botade, ibland dock med bestående medicinska invaliditetstillstånd som följd av den givna behandlingen. Bedömning av definitiv medicinsk invaliditet bör ske tidigast 5 år efter avslutad behandling och då det inte föreligger tecken till återfall av grundsjukdomen, dock tidigast vid 18 års ålder.

Maligna sjukdomstillstånd i de blodbildande organen	Individuell bedömning
---	-----------------------

#### 3.6.1.1 Stamcellstransplantation

**Definition:** Transplantation av stamceller. Vid allogen transplantation transplanteras benmärg eller stamceller från annan givare. Vid autolog transplantation återfår

patienten egen benmärg eller egna stamceller, vilka skördats och frusits ned i ett tidigare skede.

**Besvär:** Såväl allogen som autolog benmärgs- eller stamcellstransplantation sker efter cytostatikabehandling och eventuell totalkroppsbestrålning. Det kan ge bestående besvär med tillväxtrubbning och endokrina rubbningar hos barn och ungdom, sterilitet, slemhinnebesvär i munhåla, tarmkanal och urinvägar samt ökad risk för sekundära tumörsjukdomar. Vid allogen benmärgs- eller stamcellstransplantation finns också risk för immunologisk reaktion av transplantatet, så kallad graft versus host (GVH) reaktion. GVH-reaktionen kan vara från lindrig (lättare hudbesvär) till mycket svår med systemisk påverkan av organen (som till exempel tarmar, lever och lungor), vilket kräver livslång behandling med immunsupprimerande medel. Bedömning av definitiv medicinsk invaliditet bör ske tidigast 5 år efter genomförd transplantation och tidigast vid 18 års ålder. Vid bedömning av definitiv invaliditet tas hänsyn till kvarstående besvär av cytostatika- och strålbehandlingen liksom om GVH-reaktion föreligger vid allogen transplantation.

Bedömning av medicinsk invaliditet sker enligt 3.7.1.1 Cytostatika-och strålbehandling. Vid allogen benmärgstransplantation som medför GVH adderas:

Lindrig GVH-reaktion	5 %
Måttlig GVH-reaktion	10 %
Svår GVH-reaktion	Individuell bedömning

### 3.6.2 Essentiell trombocytos och polycytemia vera

**Definition:** Benmärgssjukdomar med förhöjd produktion av röda blodkroppar eller trombocyter (blodplättar).

**Besvär:** Det förekommer flera olika symtom med bland annat trötthet, sjukdomskänsla och klåda. Det föreligger en ökad risk för både tromboser och blödning samt utveckling av andra maligna benmärgssjukdomar. Det finns ofta behov av blodtappning och läkemedels- eller cellgiftsbehandling. Yngre personer kan komma i fråga för stamcellstransplantation.

Essentiell trombocytos eller polycytemia vera utan komplikationer	10 %
Essentiell trombocytos eller polycytemia vera med komplikationer	Individuell bedömning

## 4. Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar ICD-kod F00-F99

### 4.1 Principer för bedömning av medicinsk invaliditet

Psykiska sjukdomar, syndrom och beteendestörningar utgör en heterogen grupp av många olika tillstånd. Diagnostiken är i huvudsak deskriptiv, vilket innebär att det ibland är svårt att med säkerhet särskilja vissa tillstånd åt. Det är vanligt att flera psykiatriska diagnoser finns samtidigt.

Invaliditetsbedömningen kan i normalfallet göras i 25-årsåldern och efter minst fem års sjukdomsduration. Vid bedömning förutsätts att all utredning är utförd och att diagnosen är fastställd, samt att optimal behandling getts. Vid pågående av substansbruk av narkotika och alkohol eller beroende kan bedömningen behöva skjutas upp.

Invaliditeten grundas på en sammanvägning av de olika bedömningsgrunderna. I första hand beaktas objektiva besvär som påverkar ADL-funktionen, psykiska elementarfunktioner och social aktivitet. I andra hand beaktas av individen upplevda subjektiva besvär.

- ADL (allmän dagliga livsfunktioner)
- Psykiska elementarfunktioner
- Sociala aktiviteter
- Besvär – av individen upplevda symtom

Om två eller flera sjukdomsdiagnoser föreligger samtidigt talar man om samsjuklighet. För att det även ska finnas ett medicinskt samband mellan psykiska sjukdomar, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och/eller andra sjukdomar, till exempel epilepsi, krävs att det finns en klart ökad risk för samband och att man uteslutit annan orsak till tillståndet. Om det inte finns medicinskt samband mellan de olika sjukdomsdiagnoserna ska de betraktas som separata sjukdomar.

#### 4.1.1 Definitioner av funktioner och besvär

##### 4.1.1.1 Allmänna dagliga livsfunktioner (ADL)

Förmågan att utföra ADL, det vill säga förmågan att utföra de basala funktionerna såsom att inta vätska och fast föda, klä på och klä av sig, tömma tarm och blåsa samt sköta elementär personlig hygien och nattsömn, kan vid psykiska störningar vara nedsatt som en följd av exempelvis depression, oro, ångest, tvångstankar, psykosomatiska besvär och nedsatta psykiska elementarfunktioner. Den nedsatta förmågan är således inte i första hand en fysisk oförmåga utan en följd av psykisk oförmåga, man kan inte förmå sig och/eller inser inte behovet. Påverkan på ADL-funktionen är knuten till nedsättning av psykiatriska elementarfunktioner, sociala aktiviteter och upplevda besvär.

#### 4.1.1.2 Psykiska elementarfunktioner

Med psykiska elementarfunktioner avses funktioner som gör det möjligt att leva ett socialt liv. Hit räknas medvetande (klarhet och vakenhet), intellektuella funktioner såsom minne, koncentrationsförmåga, tempo, simultankapacitet och omdöme samt personlighetsfunktioner i vidare mening. Dimensioner av personligheten som särskilt bör beaktas är kognitioner, det vill säga sätt att uppfatta sig själv, andra människor och händelser, affektivitet, det vill säga grundstämning och repertoar, intensitet och rörlighet av känslor i olika situationer, sätt att relatera till andra människor, initiativförmåga och uthållighet samt impuls kontroll.

De psykiska elementarfunktionerna graderas enligt nedanstående. Bedömningen baseras på uppgifter från utomstående och närstående.

- *Ingen eller obetydlig nedsättning:* Varken av utomstående eller närstående säkert märkbar nedsättning.
- *Lätt nedsättning:* Endast eller huvudsakligen av närstående märkbar nedsättning av en eller flera psykiska elementarfunktioner.
- *Måttlig nedsättning:* Av utomstående eller närstående märkbar nedsättning av en eller flera psykiska elementarfunktioner.
- *Betydande nedsättning:* Av utomstående och närstående märkbar störning av en eller flera psykiska elementarfunktioner.

#### 4.1.1.3 Sociala aktiviteter

Bedömning av den sociala funktionsförmågan baseras på bland annat familjeförhållanden, sexuell gemenskap, studier, fritidsaktiviteter, förhållande till arbetskamrater och andra sociala och interpersonella förhållanden. De sociala aktiviteterna graderas enligt nedanstående. Liksom vid bedömning av övriga funktioner förutsätts att optimal behandling har getts. Bedömningen baseras på uppgifter av utomstående och närstående.

- *Ingen eller obetydlig nedsättning:* Varken av utomstående eller närstående någon säkert märkbar störning av sociala funktioner i något sammanhang. Vardagliga problem eller bekymmer och lättare konflikter med anhöriga.
- *Lätt nedsättning:* Endast eller huvudsakligen av närstående märkbar störning av en eller flera sociala funktioner. Tämmligen lindriga svårigheter som visar sig i tillfälliga situationer. Har några etablerade betydelsefulla relationer.
- *Måttlig nedsättning:* Av utomstående eller närstående märkbar störning av en eller flera sociala funktioner.
- *Betydande nedsättning:* Av utomstående och närstående märkbar störning av en eller flera sociala funktioner.

#### 4.1.1.4 Besvär

Besvären tar sig framför allt uttryck i smärta, oro – såsom ängslighet och ångest, trötthet, tvångstankar och tvångshandlingar, hypokondri och psykosomatiska besvär. Besvären graderas enligt nedanstående. Bedömningen baseras på uppgifter av den berörda individen.

- *Inga eller obetydliga besvär*: Inte besvär i någon situation.
- *Lindriga besvär*: Besvär endast i stressade situationer, oberoende av om de leder till någon åtgärd eller inte.
- *Måttliga besvär*: Besvär under större delen av dagen och så gott som dagligen. Besvär som inte är kliniskt signifikanta eller som svarar på behandling så att de inte längre är kliniskt signifikanta.
- *Svåra besvär*: Besvär under större delen av dagen och så gott som dagligen. Kliniskt påvisbara besvär som inte svarar på behandling (medicinering, psykoterapi).

#### 4.1.2 Graderingen av medicinsk invaliditet

Invaliditeten grundas på en sammanvägning av de olika bedömningsgrunderna. I första hand beaktas objektiva besvär som påverkar ADL-funktionen, psykiska elementarfunktioner och social aktivitet. I andra hand beaktas av individen upplevda subjektiva besvär.

Ingen eller obetydlig nedsättning av psykiska elementarfunktioner eller social funktionsförmåga, måttliga besvär utan kontinuerlig läkemedelsbehandling	0 %
Ingen eller obetydlig nedsättning av psykiska elementarfunktioner eller social funktionsförmåga, måttliga besvär med kontinuerlig läkemedelsbehandling	3 %
Obetydlig nedsättning av psykiska elementarfunktioner eller social funktionsförmåga men med svåra besvär	10 %
Lätt nedsättning av psykiska elementarfunktioner måttlig nedsättning av social funktionsförmåga måttliga till svåra besvär	20 %
Måttlig nedsättning av psykiska elementarfunktioner, betydlig nedsättning av social funktionsförmåga och svåra besvär	30 %
Klarar hjälpligt ADL-funktioner utan vård eller tillsyn men har betydlig nedsättning av psykiska elementarfunktioner och social funktionsförmåga och svåra besvär	50 %
På grund av nedsatta ADL-funktioner behov av institutionell vård eller motsvarande tillsyn	70 %
Total demens	99 %



## 5. Nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar

### 5.1 Neurologiska sjukdomar

Neurologiska sjukdomar utgör en heterogen grupp av många olika tillstånd. Neurologiska sjukdomar och sjukdomstillstånd hos barn beror i de allra flesta fall på medfödda sjukdomar. Förmågan till biologisk läkning och kompensation av uppkomna neurologiska skador till följd av sjukdom inom det centrala och perifera nervsystemet är stor. Därför rekommenderas bedömning av definitiv medicinsk invaliditet först efter fem års duration och 18 års ålder.

#### 5.1.1 Epilepsi

**Definition:** Störning i hjärnans aktivitet som ger upphov till anfall med eller utan medvetandepåverkan. Primär generaliserad epilepsi kan ta sig olika uttryck, till exempel toniskt-kloniskt anfall, frånvaroattacker/absenser och myoklonier. Fokal epilepsi har sitt ursprung i någon av hjärnans lober och kan ge skiftande visuella, sensoriska, motoriska och mentala symtom. Fokal inledning på epilepsianfall kan övergå till sekundär generaliserad epilepsi.

Orsak till epilepsi kan vara okänd (inte visualiserbar) eller till följd av missbildningar, trauma, stroke, tumörer, infektioner med mera. Om epilepsin uppträder som ett av flera symtom på hjärnskada (till exempel samtidig förlamning) ska alla symtom bedömas var för sig.

**Besvär:** Risk för tillkomst av hjärnskada vid upprepade anfall, risk för status epilepticus och sällsynt risk för dödsfall. Ständig oro och osäkerhet att drabbas av anfall. Krav på regelbundenhet i livsföringen med inskränkningar i socialt liv. Långvarig medicineringsmed potentiella biverkningar.

#### **Epilepsi utan andra neurologiska symtom:**

##### Anfall utan medvetandeförlust

behandling given, minst ett års anfallsfrihet	2 %
trots behandling, enstaka anfall per år	5 %
trots behandling, enstaka anfall per månad	15 %
trots behandling, frekventa anfall	35 %

##### Anfall med medvetandeförlust

behandling given, minst ett års anfallsfrihet	5 %
trots behandling, enstaka anfall per år	15 %
trots behandling, enstaka anfall per månad	35 %
trots behandling, frekventa anfall	60 %

### 5.1.2 Huvudvärk

**Definition:** Huvudvärk i attacker eller av ihållande karaktär.

**Besvär:** Huvudvärk som hindrar medverkan i normala aktiviteter.

Lindrig eller måttlig huvudvärk med glesa anfall som lätt kan kuperas med behovsbehandling	0 %
Flera anfall per månad som kräver såväl anfallskuperande som förebyggande behandling	5 %
Svår huvudvärk med frekventa anfall som påtagligt inverkar på socialt liv	10 %

### 5.1.3 Multipel skleros (MS)

**Definition:** Vid multipel skleros (MS) föreligger inflammation och degeneration i det centrala nervsystemet, det vill säga hjärnan och ryggmärgen. Orsaken till MS är inte känd. Sjukdomen har en mycket varierande symtomatologi (exempelvis känselstörning, kraftnedsättning, synpåverkan, trötthet, kognitiv påverkan, blåsstörning, balansstörning) och kan variera från enstaka lätta attacker (skov) med flera års mellanrum till progredierande svår sjukdomsbild med snabbt förlopp.

**Besvär:** Hos de flesta debuterar sjukdomen med skov med neurologiska symtom under dagar till veckor. Dessa initiala skov kan gå helt eller delvis i retur. Efter flera års sjukdom kan besvärsbilden bli mer progredierande, ofta med tilltagande gångsvårigheter. Bedömning av medicinsk invaliditet bör ske först efter 5–10 års sjukdomsduration.

Ett skov som läkt utan restsymtom	0 %
Enstaka skov med långa mellanrum utan restsymtom eller med kvarvarande lätta störningar	5 %
Permanent neurologiska störningar av mild eller måttlig grad utan påtaglig progress under flera år	15 %
Permanent störningar i syn, tal, balans med mera	50 %
Svåra invaliditetstillstånd	Individuell bedömning

### 5.1.4 Neurodegenerativa sjukdomar samt polyneuropati och muskelsjukdomar

**Definition:** Parkinsons sjukdom och andra neurodegenerativa sjukdomar samt polyneuropati och sjukdomar som primärt drabbar muskelfunktionen.

**Besvär:** Detta är sjukdomstillstånd där funktionsnedsättningen kan öka successivt. Bedömning av medicinsk invaliditet bör tidigast ske efter 5 års sjukdom. Vid neurodegenerativa sjukdomar, där funktionsnedsättningen domineras av påverkan på

kognition och personlighet som vid demenssjukdom, används gradering under 4.1.2.

Neurologiska funktionsnedsättning av lätt grad	5 %
Neurologiska funktionsnedsättningar av medelsvår grad	15 %
Neurologiska funktionsnedsättningar av svår grad	50 %
Neurologiska funktionsnedsättningar med behov av institutionell vård eller motsvarande tillsyn	Individuell bedömning

### 5.1.5 Förvärvad Hydrocephalus

**Definition:** Liquorcirkulationsstörning som kräver neurokirurgisk intervention. Orsakerna kan vara följd tillstånd till genomgången infektion eller intrakraniell blödning. Tumörer i regionen nära aqueducten kan ge hydrocephalus, exempelvis neurofibromatos som någon gång manifesteras på detta sätt. Behandling sker genom inläggande av ventrikuloperitineal shunt eller genom att en intern ventriculocisternostomi skapas i hjärnan.

**Besvär:** Komplikationer till shuntoperationer är infektioner och stopp i shuntsystemet med akut tryckökning i hjärnan som följd.

Komplikationsfritt fall med två års observationstid	5 %
Vid komplikationer	Individuell bedömning

### 5.1.6 Narkolepsi

**Definition:** Narkolepsi är en sjukdom som orsakas av störningar i regleringen av vakenhet och sömn. Även sekundär narkolepsi förekommer och är då en följd av något annat sjukdomstillstånd, t ex tumörer, vaskulära eller inflammatoriska tillstånd.

Narkolepsi delas in i typ 1 (med kataplexi) respektive typ 2 (utan kataplexi). För båda typerna krävs att ett obetvingligt sömnbegär har funnits i mer än tre månader.

**Besvär:** Det främsta symtomet är uttalad sömnhet dagtid och sömnattacker som inte går att förhindra. Det förekommer även attacker med plötslig kraftlöshet i muskler framför allt vid emotionella stimuli (kataplexi), samt förlamning (sömnparalys) och hallucinationer i samband med insomning och uppvaknande. En mindre del av de drabbade har samtliga symtom.

Det finns en stor variation avseende besvärsbilden allt ifrån glesa attacker med sömnhet i en ostimulerande miljö till en mer fulminant sjukdomsbild med dagliga sömn- och kataplexiattacker, störd nattsömn och sekundärt härtill koncentrations – och uppmärksamhetsproblem ledande till psykisk ohälsa och social problematik. Även ändrat ätbeteende och viktuppgång förekommer.

Definitiv medicinsk invaliditet kan i regel bedömas tidigast 5 år efter fastställd diagnos och med optimerad behandling under tillräcklig observationstid, samt i regel inte före 18 års ålder.

Fastställd behandlingskrävande narkolepsidiagnos	5 %
Narkolepsi med frekventa sömnattacker trots behandling	10 %
Narkolepsi med frekventa sömnattacker och kataplexi trots behandling	20 %
Narkolepsi med frekventa sömn- och kataplexiattacker trots behandling, samt svår påverkan på dagligt liv på grund av behandlingssvikt och/eller svåra associerade symtom	Individuell bedömning

## 6. Cirkulationsorganens sjukdomar

### 6.1 Hjärtsjukdomar

Vid bedömning av funktionsnedsättning på grund av hjärtsjukdom bör den begränsande faktorn identifieras och graden av funktionsnedsättning baseras så långt det är möjligt på objektiva fynd. Vid bedömning av hjärtsvikt och ischemisk hjärtsjukdom används den internationella klassificeringen NYHA (New York Heart Association) som grund för bedömning av funktionsnedsättning.

#### 6.1.1 Medfödda hjärtfel

Medfödda hjärtfel förekommer i ett stort antal former och kombinationer. Svåra hjärtfel åtgärdas med operation oftast i tidig barndom. Vissa medfödda hjärtfel upptäcks senare och ibland först i vuxen ålder.

##### 6.1.1.1 Coarctatio aortae

**Definition:** Medfödd lokal förträngning av stora kroppspulsådern (aorta).

**Besvär:** På grund av förträngningen i kroppspulsådern stiger blodtrycket i kärlen innan förträngningen med hypertoni som följd. Det kan ge livshotande symtom i nyföddhetsperioden. Operation är ofta nödvändig vid symtom eller vid stor trycks-killnad över förträngningen. Definitiv medicinsk invaliditet bedöms i regel först 1–2 år efter operation.

Förträngning av aorta utan cirkulatorisk betydelse och då operation inte bedömts indicerad	0 %
Genomgången operation utan kvarstående symtom och med normalt blodtryck	0 %
Kvarstående förträngning av aorta med symtom eller behandlingskrävande hypertoni där operation eller reoperation inte bedöms aktuellt	5 %
Övriga fall med uttalade symtom eller komplikationer	Individuell bedömning

##### 6.1.1.2 Förmaksseptumdefekt

**Definition:** Medfödd hjärtsjukdom med hål i skiljeväggen mellan höger och vänster förmak.

**Besvär:** Ett av de vanligaste medfödda hjärtfelen är ofta asymtomatiskt. Mindre förmaksseptumdefekter ger inga symtom och kan sluta sig spontant utan behandling. Större förmaksseptumdefekter leder till en överbelastning av lungcirkulationen, vilket med tiden kan orsaka hjärtsvikt samt förmaksarytmier. Behandling med kateterbaserat ingrepp eller öppen operation görs om förmaksseptumdefekten är så stor att den påverkar cirkulationen i hjärta och lungor. Definitiv medicinsk invaliditet kan i regel bedömas först 1–2 år efter operation.

Förmaksseptumdefekt utan cirkulatorisk betydelse och där operation inte bedömts aktuell	0 %
Förmaksseptumdefekt som opererats med gott hemodynamiskt resultat utan tecken till hjärtsvikt eller andra komplikationer av sjukdomen	0 %
Förmaksseptumdefekt som opererats med gott hemodynamiskt resultat (funktionsklass NYHA I) men med förmaksarytmi som kräver långvarig läkemedelsbehandling	5 %
Förmaksseptumdefekt med eller utan operation som orsakat hjärtsvikt	Bedömning enligt kapitel Hjärtsvikt 6.1.6

### 6.1.1.3 Kammarseptumdefekt

**Besvär:** Ett av de vanligaste medfödda hjärtfelen och är ofta asymtomatiskt. Små kammarseptumdefekter ger vanligen inga symtom och kan sluta sig spontant utan behandling. Större kammarseptumdefekter kan leda till en överbelastning av lungcirkulationen och orsaka hjärtsvikt. Behandling med operation eller kateterbaserat ingrepp görs om kammarseptumdefekter är så stor att den påverkar eller kan påverka cirkulationen i hjärtat eller lungor. Vid bestående skador på hjärta och lungkärl kan behandling med hjärt- och lungtransplantation behövas. Definitiv medicinsk invaliditet kan i regel bedömas först 1–2 år efter operation.

Kammarseptumdefekt utan cirkulatorisk betydelse och där operation inte bedömts aktuell	0 %
Kammarseptumdefekt som opererats med gott hemodynamiskt resultat och normalt tryck i lungartären	0 %
Kammarseptumdefekt med eller utan operation som orsakat hjärtsvikt	Bedömning enligt kapitel Hjärtsvikt 6.1.6
Kammarseptumdefekt som krävt hjärt- och/eller lungtransplantation eller som orsakat andra komplikationer	Individuell bedömning

### 6.1.1.4 Aortastenos

**Definition:** Sammanväxning eller förtjockning av klaffarna mellan vänster kammare och aorta som medför ett flödeshinder.

**Besvär:** Se kapitel förvärvad aortastenos kapitel 6.1.2.2

### 6.1.1.5 Pulmonell hypertension

**Definition:** Högt blodtryck i lungartären orsakat av hjärtsjukdom, lungsjukdom eller som isolerad sjukdom i lungartärerna (primär pulmonell hypertension).

**Besvär:** Det förekommer symtom likt de vid hjärtsvikt med bland annat nedsatt

kondition och andningsbesvär. Läkemedelsbehandling behandling har vanligen begränsad effekt. Prognos är beroende på orsak samt om underliggande sjukdom kan behandlas. Vid svår sjukdom kan hjärt- och lungtransplantation behövas. Vid hjärt- och lungtransplantation bör definitiv invaliditetsbedömning ske tidigast 2 år efter transplantation.

Pulmonell hypertension som orsakar symtom av hjärtsvikt	Bedömning enligt kapitel Hjärtsvikt 6.1.6
Pulmonell hypertension som krävt hjärt- och/eller lungtransplantation eller orsakat andra komplikationer	Individuell bedömning

## 6.1.2 Förvärvade hjärklaffsjukdomar

### 6.1.2.1 Aortainsufficiens

**Definition:** Läckage i aortaklaffen mellan vänster kammare och aorta. Det kan uppkomma av flera orsaker, som bland annat medfödd missbildning av klaffen, endokardit (infektion i klaffen) eller vidgning av hjärtat eller aorta.

**Besvär:** Lindrig aortainsufficiens är vanligen asymtomatisk och kräver inte alltid behandling. Vid mer uttalad aortainsufficiens uppkommer symtom av hjärtsvikt, och operation med klaffprotes krävs ofta. Vid behandling med mekanisk klaffprotes krävs livslång antikoagulationsbehandling. Definitiv medicinsk invaliditet kan i regel bedömas först 1–2 år efter operation.

Aortainsufficiens utan signifikant hemodynamisk betydelse och där operation inte bedömts vara aktuell	0 %
Aortainsufficiens opererad med biologisk/mechanisk klaffprotes eller där operation inte har bedömts indicerad – funktionsklass NYHA I	5 %
Aortainsufficiens opererad med biologisk/mechanisk klaffprotes eller där operation inte har bedömts indicerad – funktionsklass NYHA II	15 %
Hjärtsvikt funktionsklass NYHA III – IV med eller utan operation	Individuell bedömning

### 6.1.2.2 Aortastenosis

**Definition:** Förträngning i aortaklaffen som sitter mellan vänster kammare och aorta. Det kan uppkomma av flera orsaker, såsom medfödd missbildning av klaffen eller förkalkning av klaffen.

**Besvär:** Lindrig aortastenosis är vanligen asymtomatisk och kräver inte alltid behandling. Vid mer uttalad aortainsufficiens uppkommer symtom av hjärtsvikt, och episoder med svimning kan förekomma. Operation med klaffprotes krävs ofta vid symtom. Vid behandling med mekanisk klaffprotes krävs livslång antikoagulationsbehandling. Definitiv medicinsk invaliditet kan i regel bedömas först 1–2 år efter operation.

Aortastenos utan signifikant hemodynamisk betydelse och där operation inte bedömts vara aktuell	0 %
Aortastenos opererad med biologisk/mechanisk klaffprotes – funktionsklass NYHA I	5 %
Aortastenos opererad med biologisk/mechanisk klaffprotes eller där operation inte bedömts indicerad – funktionsklass NYHA II	15 %
Aortastenos som orsakat hjärtsvikt med funktionsklass NYHA III – IV (med eller utan genomgången operation)	Individuell bedömning

#### 6.1.2.3 Mitralisinsufficiens

**Definition:** Läckage i mitralisklaffen mellan vänster förmak och kammare. Det kan uppkomma av flera orsaker, som bland annat medfödd missbildning av klaffen, endokardit (infektion i klaffen), hjärtmuskelsjukdom eller degenerativa förändringar i klaffen.

**Besvär:** Lindrig mitralisinsufficiens är vanligen asymtomatisk och kräver inte alltid behandling. Vid mer uttalad mitralisinsufficiens uppkommer symtom av hjärtsvikt, och operation med klaffprotes eller klaffplastik krävs oftast. Vid behandling med mekanisk klaffprotes krävs livslång antikoagulationsbehandling. Definitiv medicinsk invaliditet kan i regel bedömas först 1–2 år efter operation.

Mitralisinsufficiens utan hemodynamisk betydelse och där operation inte bedömts vara aktuell	0 %
Mitralisinsufficiens opererad med klaffprotes/klaffplastik – funktionsklass NYHA I	5 %
Mitralisinsufficiens opererad med klaffprotes/klaffplastik eller där operation inte har bedömts indicerad – funktionsklass NYHA II	15 %
Mitralisinsufficiens som orsakat hjärtsvikt med funktionsklass NYHA III – IV (med eller utan operation)	Individuell bedömning

#### 6.1.2.4 Mitralisstenos

**Definition:** Förträngning i mitralisklaffen mellan vänster förmak och kammare. Det kan uppkomma av flera orsaker, såsom medfödd missbildning av klaffen eller reumatisk hjärtklaffsjukdom.

**Besvär:** Lindrig mitralisstenos är vanligen asymtomatisk och kräver inte alltid behandling. Vid mer uttalad mitralisstenos uppkommer symtom av hjärtsvikt, och operation med klaffprotes eller klaffplastik krävs ofta. Vid behandling med mekanisk klaffprotes krävs livslång antikoagulationsbehandling. Definitiv medicinsk invaliditet kan i regel bedömas först 1–2 år efter operation.



Mitralisstenos utan hemodynamisk betydelse och där operation inte bedömts vara aktuell	0 %
Mitralisstenos opererad med klaffprotes/klaffplastik eller där operation inte har bedömts indicerad – funktionsklass NYHA I	5 %
Mitralisstenos opererad med klaffprotes/klaffplastik eller där operation inte har bedömts indicerad – funktionsklass NYHA II	15 %
Mitralisinsufficiens som orsakat hjärtsvikt – funktionsklass NYHA III – IV (med eller utan operation)	Individuell bedömning

### 6.1.3 Retlednings- och hjärtrytmrubbningar

Hjärtrytmrubbning (arytmi) finns av många olika typer. Hjärtrytmrubbningar kan vara medfödda, uppkomma isolerat eller vara sekundär till andra underliggande sjukdom. En bedömning av hjärtarytmi bör därför göras med beaktande av eventuell underliggande hjärtsjukdomen. Många arytmier ger ingen funktionsnedsättning.

#### 6.1.3.1 AV-block

**Definition:** Fördröjd eller hindrad överföring av elektriska signaler för hjärtats förmak till kammare, vilket påverkar hjärtrytmen.

- AV-block I innebär en förlängd överledningstid mellan förmak och kammare.
- AV-block II innebär att endast en del impulser överförs mellan förmak och kammare.
- AV-block III innebär totalt avbrott i retledningsbanan mellan förmak och kammare.

**Besvär:** AV-block I och II är ofta asymtomatiska men kan i vissa fall övergå till symptomgivande AV-block III. AV-block III orsakar långsam hjärtrytm med symtom av bland annat hjärtsvikt och risk för svimning. AV-block I kräver vanligen ingen behandling. AV-block III (och i vissa fall AV-block II) behandlas med pacemaker.

AV-block I eller II utan betydande symtom eller behov av pacemakerbehandling	0 %
AV-block II eller III med pacemakerbehandling utan komplikationer	5 %

Vid pacemakerbehandling vid annan hjärtsjukdom adderas 5 % invaliditet för pacemakerbehandlingen.

#### 6.1.3.2 Förmaksflimmer och förmaksfladder

**Definition:** Störning i förmakets elektriska aktivitet som orsakar oregelbunden hjärtrytm, med ökad risk för uppkomst av blodproppar i förmaket.

**Besvär:** Symtom består av oregelbunden puls och episoder med hög eller låg puls-

frekvens. Symtom av hjärtsvikt kan uppkomma speciellt vid långvariga besvär. Förmaksflimmer kan komma i perioder (paroxysmalt förmaksflimmer) eller finns hela tiden (kroniskt förmaksflimmer). Förmaksflimmer behandlas med läkemedel, elkonvertering och/eller ablation. På grund av ökad risk för uppkomst av blodproppar i förmaket vid förmaksflimmer behövs ofta förebyggande behandling med blodförtunnande läkemedel.

Enstaka episoder av paroxysmalt förmaksflimmer eller förmaksfladder utan behov av regelbunden läkemedelsbehandling	0 %
Förmaksflimmer eller förmaksfladder som behandlats framgångsrikt med ablation där patienten efter ablation inte har behov av regelbunden läkemedelsbehandling	0 %
Återkommande frekventa episoder av paroxysmalt förmaksflimmer eller kroniskt förmaksflimmer med behov av regelbunden läkemedelsbehandling inkl. blodförtunnande läkemedel	5 %
Vid förmaksflimmer eller förmaksfladder i kombination med annan hjärtsjukdom adderas 5 % invaliditet för rytmrubbningen och dess behandling till invaliditet för underliggande hjärtsjukdom	

#### 6.1.3.3 WPW-syndrom

**Definition:** Episoder med snabb hjärtrytm (supraventrikulär takykardi) orsakad av en medfödd extra retledningsbana mellan förmak och kammare.

**Besvär:** Förekomst av extra retledningsbana i hjärtat är vanligt förekommande och behöver inte ge några symtom. Risk finns för arytmi med episoder av snabb hjärtrytm. Tillståndet behandlas akut med läkemedel eller elkonvertering. Tillståndet kan även behandlas med ablation av den extra retledningsbanan, vilket i de flera fall botar sjukdomen. Definitiv medicinsk invaliditet kan i regel bedömas först 1–2 år efter operation.

Enstaka episoder med hjärtrytmrubbning (max 1 gång per år) som inte motiverat behandling med ablation	0 %
Genomgången behandling med ablation utan recidiv av hjärtrytmrubbningen	0 %
Övriga tillstånd och komplikationer	Individuell bedömning

#### 6.1.3.4 Lång QT-tid syndrom (LQTS)

**Definition:** Ett tillstånd med förlängd repolarisation av hjärtats elektriska aktivering, vilket ger upphov till en lång QT-tid på EKG. Vanligen är det ett medfött tillstånd.

**Besvär:** Tillståndet innebär risk för svimningar och livshotande arytmier som utlöses av bland annat ansträngning och emotionell stress. Läkemedelsbehandling och pacemakerbehandling kan förebygga attackerna.

Inga symtom eller behov av behandling	0 %
Pacemakerbehandling och/eller ICD-behandling utan komplikationer	5 %
Övriga tillstånd och komplikationer	Individuell bedömning

#### 6.1.4 Ischemisk hjärtsjukdom

Ischemisk hjärtsjukdom är ett samlingsbegrepp för angina pectoris (kärlkramp) och hjärtinfarkt. Sjukdomarna orsakas av åderförkalkning i hjärtats kranskärl, vilket leder till förträngning av kärlen med nedsatt cirkulation till hjärtmuskeln. Blodproppsbildning är den vanligaste orsaken till akut hjärtinfarkt. Skador på hjärtmuskeln kan leda till hjärtsvikt, och ärrbildning i muskeln kan leda till elektrisk instabilitet med risk för arytm.

##### 6.1.4.1 Hjärtinfarkt

**Definition:** Akut syrebrist i avgränsat område av hjärtmuskeln vanligen orsakat av blodpropp i kranskärl.

**Besvär:** Efter den akuta hjärtinfarkten avgörs följderna huvudsakligen av hur stor del av hjärtmuskel som har skadats av hjärtinfarkten och om patienten har drabbats av hjärtsvikt till följd av hjärtmuskelskadorna. Hjärtinfarkt kan även ge upphov till olika hjärtrytmrubbningar. Hjärtinfarkt behandlas med läkemedel och med att åtgärda förträngningar i kranskärl, antingen genom perkutan coronar intervention (PCI) med vidgning av kranskärl eller genom bypass operation. Definitiv medicinsk invaliditet kan i regel bedömas först 1–2 år efter infarkten och efter optimal behandling, både med läkemedel och behandling av kranskärlsförträngningarna.

Genomgången hjärtinfarkt utan kvarstående symtom eller med lindriga besvär av angina pectoris eller hjärtsvikt – funktionsklass NYHA I	5 %
Genomgången hjärtinfarkt med kvarstående angina pectoris eller hjärtsvikt – funktionsklass NYHA II	15 %
Genomgången hjärtinfarkt med kvarstående angina pectoris eller hjärtsvikt – funktionsklass NYHA III	30 %
Genomgången hjärtinfarkt med kvarstående angina pectoris eller hjärtsvikt – funktionsklass NYHA IV eller komplikationer	Individuell bedömning

##### 6.1.4.2 Angina pectoris

**Definition:** Bröstmärta på grund av syrebrist i hjärtmuskeln, vanligen orsakad av kranskärlssjukdom.

**Besvär:** Den vanligaste formen av angina pectoris är ansträngningsutlösta besvär med bland annat bröstsmärtor och andningsbesvär vid ansträngning. Angina pectoris behandlas i första hand med läkemedel. Vissa patienter är även aktuella för försök att åtgärda förträngningar i kranskärl med perkutan coronar intervention (PCI) för vidg-

ning av kranskärl eller genom bypass operation. Definitiv medicinsk invaliditet kan i regel bedömas först 1–2 år efter diagnos samt efter behandling med läkemedel och eventuell behandling av kranskärlsförträngningarna.

Angina pectoris motsvarande funktionsklass NYHA I	5 %
Angina pectoris med symtom motsvarande funktionsklass NYHA II trots behandling	15 %
Angina pectoris med symtom motsvarande funktionsklass NYHA III trots behandling	30 %
Angina pectoris med symtom motsvarande funktionsklass NYHA IV trots behandling.	Individuell bedömning

### 6.1.5 Hjärtmuskelsjukdomar

#### 6.1.5.1 Kardiomyopati

**Definition:** Grupp av hjärtmuskelsjukdomar som kan uppkomma av flera olika orsaker, även om orsaken till sjukdomen ofta är okänd. Vanligaste formerna är hypertrof kardiomyopati, som innebär en förtjockning av hjärtmuskeln, och dilaterad kardiomyopati, som innebär vidgning av vänster kammare.

**Besvär:** Kardiomyopati kan initialt vara asymtomatisk. Vid sjukdomsprogress uppkommer symtom av hjärtsvikt, men bröstsmärtor som vid angina pectoris kan också uppkomma. Kardiomyopati innebär också en ökad risk för hjärtrytmrubbningar. Kardiomyopati behandlas vanligtvis med läkemedel, men vissa former kan behandlas med pacemaker eller operation för att förbättra hjärtats pumpförmåga. Vid svårbehandlad kardiomyopati kan hjärttransplantation vara aktuell för vissa patienter. Definitiv medicinsk invaliditet kan i regel bedömas först 1–2 år efter diagnos.

Kardiomyopati med funktionsklass NYHA I	5 %
Kardiomyopati med funktionsklass NYHA II	15 %
Kardiomyopati med funktionsklass NYHA III	30 %
Genomgången hjärttransplantation	Individuell bedömning

#### 6.1.5.2 Myokardit

**Definition:** Inflammation i hjärtmuskeln orsakad av till exempel virusinfektion, autoimmun sjukdom, läkemedel eller okänd orsak.

**Besvär:** Myokardit läker i de flesta fall ut utan några bestående besvär eller skador på hjärtmuskeln. Vid svår myokardit kan hjärtsvikt som kan bli bestående uppkomma. Definitiv medicinsk invaliditet efter myokardit kan – vid tecken till hjärtsvikt – i regel bedömas först 1–2 år efter diagnos.

Utläkt myokardit utan bestående nedsättning av hjärtfunktionen	0 %
Myokardit med bestående nedsättning av hjärtfunktionen eller hjärtsvikt	Bedömning enligt kapitel Hjärtsvikt 6.1.6

### 6.1.6 Hjärtsvikt

**Definition:** Hjärtsvikt är ett kliniskt syndrom orsakat av nedsatt hjärtfunktion, där hjärtat inte kan pumpa normal mängd blod eller endast göra det vid förhöjda tryck. Hjärtsvikt kan uppkomma av flera olika orsaker, som bland annat hjärtinfarkt, långvarig hypertoni, hjärklaffsjukdom, medfödda hjärtfel, myokardit och flera andra sjukdomar. Hjärtsvikt diagnostiseras vanligen baserat på kliniska symtom och ultraljudsundersökning av hjärtat (ekokardiografi)

**Besvär:** Hjärtsvikt ger vanligen symtom med bland annat trötthet, andfåddhet, nedsatt kondition och vätskeretention med ödem. Hjärtsvikt påverkar flera organ i kroppen, bland annat njurar. I tidigt skede kan hjärtsvikt vara asymtomatiskt eller endast ge lindriga symtom. Vid mer uttalad nedsättning av hjärtats pumpförmåga uppkommer tilltagande symtom. Svår hjärtsvikt innebär en hög risk för komplikationer och dödsfall. Läkemedelsbehandling förekommer, samt om möjligt behandling av underliggande orsak till hjärtsvikten, som till exempel kranskärslsjukdom, hjärklaffssjukdom och hypertoni. Vid svårbehandlad hjärtsvikt kan hjärttransplantation vara aktuell för vissa patienter. Bedömning av invaliditet bör göras tidigast 1–2 år efter diagnos och med pågående läkemedelsbehandling. Vid hjärttransplantation bör definitiv invaliditetsbedömning ske tidigast 2 år efter transplantation.

Hjärtsvikt utan symtom eller lindriga symtom motsvarande funktionsklass NYHA I	5 %
Hjärtsvikt med symtom motsvarande funktionsklass NYHA II	15 %
Hjärtsvikt med symtom motsvarande funktionsklass NYHA III	30 %
Hjärtsvikt med symtom motsvarande funktionsklass NYHA IV	Individuell bedömning
Genomgången hjärttransplantation med god transplantatfunktion	15 %
Genomgången hjärttransplantation med bestående hjärtsvikt eller andra komplikationer	Individuell bedömning

## 6.2 Kärlsjukdomar

### 6.2.1 Sjukdomar i perifera kärl

Sjukdomar i perifera kärl kan indelas i organiska förträngningar (obliterativa), arteriell spasm, inflammatoriska tillstånd i artärväggen samt sjukdomar i venerna.

#### 6.2.1.1 Obliterativa kärlsjukdom i benen

**Definition:** Förträngning av en artär som vanligen orsakas av ateroskleros men som även kan uppkomma av andra orsaker.

**Besvär:** Claudicatio intermittens kallas ofta “fönstertittarsjukan” och ger besvär med smärtor i ben vid ansträngning. I ett senare skede kommer smärtorna även i vila. Sår och kallbrand (nekros) i fot eller ben kan utvecklas med risk för amputation. Med fysisk träning, läkemedelsbehandling och kärlkirurgi kan blodtillförseln förbättras

och sjukdomsprogressen hämmas. Funktionsnedsättningen bedöms efter grad av smärta och rörelsehinder.

Kärlförträngning utan funktionsnedsättning	0 %
Lätt till måttlig funktionsnedsättning	10 %
Svår kärlsjukdom med besvär i vila	Individuell bedömning

#### 6.2.1.2 Arteriell spasm (Raynauds fenomen)

**Definition:** Arteriell spasm ses i samband med ett flera sjukdomar och kan vara en följd av förfrysning och arbete med vibrerande verktyg.

**Besvär:** Arteriell spasm karaktäriseras av anfall av smärtsam kärlkramp i händernas och fötternas artärer. Som delfenomen till annan underliggande sjukdom bedöms Reynauds fenomen i samband med denna sjukdom.

För arteriell spasm utan association till annan sjukdom:

Milda till måttliga besvär	0 %
Besvär som påtagligt påverkar gångförmågan	10 %

#### 6.2.1.3 Inflammatorisk kärlsjukdom (vaskulit)

**Definition:** Inflammation i artär som kan orsakas av olika sjukdomar och som drabbar olika kärlområden. Flertalet av sjukdomarna antas bero på immunologiska reaktioner. De skador som kärlförändringarna ger upphov till är beroende på vilka organ som drabbas. Antiinflammatorisk behandling kan minska besvären. Kawasaki sjukdom är en speciell akut inflammatorisk kärlsjukdom som drabbar barn, och karaktäriseras av en generell vaskulit med aneurysm i bland annat hjärtats kranskärl.

**Besvär:** Varierande besvär beroende på vilka organ som drabbas av sjukdomen och vilka komplikationer som inträffar. Definitiv medicinsk invaliditet kan bedömas först efter 18 års ålder och minst 5 års sjukdomsduration.

Utläkt sjukdom utan komplikationer	0 %
Kvarstående besvär	Individuell bedömning

#### 6.2.1.4 Ventromboser

**Definition:** Venös trombos uppkommer oftast i benens vener men kan uppkomma i vener i armar eller andra organ. Venösa tromboser kan lossna från perifera vener och orsaka lungemboli.

**Besvär:** Venösa tromboser i ben eller arm kan uppkomma utan symtom men orsakar vanligtvis svullnad och smärtor. Behandling sker med blodförtunnande läkemedel, men vid utbredd trombos kan blodproppslösande behandling (trombolys) även vara

aktuellt. Venösa tromboser läker ofta utan betydande kvarstående besvär, men kan ge skador på vener som orsakar kvarstående svullnad och i vissa fall posttrombotiskt syndrom med uttalade symtom och bensår. Lungemboli kan uppkomma utan symtom men orsakar ofta bröstsmärtor och andningsbesvär. Vid stor lungembolisering kan andnings- och cirkulationssvikt uppkomma, vilket kan orsaka dödsfall. Efter behandling för de flesta som drabbas av lungemboli kvarstår inga bestående skador, men nedsatt lungfunktion och högt blodtryck i lungcirkulationen (pulmonell hypertension) kan förekomma. Vid enstaka episod av venös trombos utan underliggande koagulationsrubbning ges behandling med blodförtunnande läkemedel, vanligen 3–12 månader. Vid återkommande episoder av venösa tromboser eller koagulationsrubbning ges blodförtunnande behandling tills vidare ("livslång behandling") för att minska risk för nya tromboser. Definitiv medicinsk invaliditet kan i regel bedömas först efter 1–2 år.

Lätt kvarstående bensvullnad	0 %
Kvarstående uttalad bensvullnad och behov av kompressionsstrumpa	2 %
Recidiverande ventromboser som medför livslång antikoagulationsbehandling	5 %
Posttrombotiskt syndrom med bensår	10 %
Lungemboli utan bestående nedsatt lungfunktion eller pulmonell hypertension	0 %
Tillstånd efter lungemboli med bestående nedsatt lungfunktion eller pulmonell hypertension	Individuell bedömning

### 6.2.2 Sjukdomar i hjärnans kärl

Skador i hjärnans blodkärl kan orsaka hjärninfarkt eller blödning. Vid påvisbar skada i hjärnan efter röntgenundersökning används begreppet stroke. Vid symtom som talar för övergående syrebrist i hjärnan, med symptomregress inom 24 timmar och utan påvisbar skada vid röntgenundersökning används begreppet "transitorisk ischemisk attack" (TIA).

#### 6.2.2.1 Manifest hjärnskada (stroke)

**Definition:** Neurologiska symtom orsakade av hjärninfarkt eller blödning.

**Besvär:** Symtombilden är mycket varierande, från mycket lätta neurologiska besvär till totalt bortfall av olika nervfunktioner samt spasticitet. Definitiv medicinsk invaliditet kan bedömas först efter 1–2 års rehabiliteringsbehandling.

Ringa restsymtom	5 %
Lättare störningar inkl. lätt talsvårighet	15 %
Expressiv afasi (oförmåga att tala) och lätt hemiplegi	50 %
(halvsidig förlamning)	50 %
Hemiplegi, spasticitet och svåra invaliditetstillstånd	Individuell bedömning

### 6.2.2.2 Subarachnoidalblödning

**Definition:** Bristning av kärl med blödning i subarachnoidalrummet.

**Besvär:** Vanligen uppkommer en akut debut av intensiv huvudvärk. Vid större blödning förekommer neurologiska bortfall och sänkt medvetandegrad. Åtgärdas kirurgiskt om blödningskällan kan lokaliseras. Definitiv medicinsk invaliditet kan bedömas tidigast 1–2 år efter blödningen.

Inga kvarstående besvär och röntgen har inte visat något aneurysm eller ett aneurysm som har framgångsrikt ligerats eller blockerats	0 %
Inga kvarstående besvär och ett eller flera röntgenpåvisade aneurysm har inte kunnat åtgärdas	5 %
Kvarstående besvär med trötthet, koncentrationssvårigheter eller neurologiska bortfallssymtom	Individuell bedömning

### 6.3 Hypertoni

**Definition:** Förhöjt blodtryck i systemkretsloppet.

**Besvär:** Hypertoni ger sällan symtom, men ökar risken för skador på blodkärl och organ, vilket innebär en ökad risk för bland annat stroke, hjärtsvikt och njursjukdom. Grad av invaliditet bedöms baserat på de organskador som eventuellt uppkommit till följd av hypertoni.

Hypertoni med behov av läkemedelsbehandling	0 %
Organskador till följd av hypertoni	Individuell bedömning



## 7. Andningsorganens sjukdomar

### 7.1 Astma

**Definition:** Astma är en kronisk inflammatorisk sjukdom i luftvägarna som orsakar varierande grad av obstruktion av luftvägarna med andningsbesvär som följd.

**Besvär:** Besvären varierar mycket mellan olika individer och under olika tidsperioder. Astma orsakar andningsbesvär, nedsatt fysisk prestationsförmåga samt andra symtom från luftvägarna. Barn har ofta en gynnsam utveckling, med allt mindre besvär ju äldre barnet blir. Läkemedelsbehandling med ett eller flera läkemedel kan ges vid symtom eller som förebyggande behandling beroende på grad av astma. Klassificering av astmans svårighetsgrad och invaliditet baseras på en kombination av de symtom som individen har, graden av lungfunktionspåverkan och den farmakologiska behandling som krävs för behandling av sjukdomen.

#### Gradering av symtom:

- *Lindrig astma:* Symtom någon enstaka gång per vecka (förutom astma utlöst av ansträngning). Korta och lindriga försämringsperioder, till exempel vid luftvägsinfektioner. Enstaka gånger per månad nattliga astmabesvär.
- *Måttlig astma:* Symtom flera gånger per vecka, men inte dagligen (förutom astma utlöst av ansträngning). Försämringsperioder som regelmässigt (var till varannan månad) under begränsad tid påverkar normal daglig aktivitet och kräver ökning av medicinering.
- *Medelsvår astma:* Nästan dagliga symtom som inte är svåra. Nattliga symtom varje vecka. Långdragna och täta försämringsperioder som påverkar normal daglig aktivitet och sömn, där försämringsperioderna kräver kraftig ökning av medicinering (till exempel kurer med perorala steroider).
- *Svår astma:* Dagliga uttalade symtom. Täta försämringsperioder. Ofta nattlig astma. Stor påverkan av vardaglig fysisk aktivitet.

#### Nivåer av behandling enligt nationella riktlinjer:

- Nivå 1a: Endast inhalation av beta-2-agonist vid behov
- Nivå 1b: Korta behandlingsperioder med inhalationssteroider och/eller leukotrienantagonist vid till exempel luftvägsinfektion, pollenperiod och beta-2-agonist vid behov
- Nivå 2: Kontinuerlig behandling med inhalationssteroid i låg/måttlig grunddos med eventuellt kortvarigt tillägg av leukotrienantagonist
- Nivå 3: Kontinuerlig behandling med inhalationssteroid i måttlig grunddos med tillägg med leukotrienantagonist och/eller långverkande beta-2-agonist
- Nivå 4: Kontinuerlig behandling med inhalationssteroid i hög grunddos med tillägg av leukotrienantagonist och/eller långverkande beta-2-agonist
- Nivå 5: Frekvent behandling med perorala steroider och/eller kontinuerlig behandling med monoklonala antikroppar

Bedömning av medicinsk invaliditet bör göras vid stationär sjukdom efter minst 5 års sjukdom och tidigast vid 18 års ålder. Astman ska vid bedömning vara utredd och behandlad i enlighet med gällande nationella riktlinjer.

Lindriga symtom av astma och behandling nivå 1a och b	0 %
Lindriga till måttliga symtom av astma med behandling nivå 2 och 3	3 %
Måttliga symtom av astma med behandling nivå 4 *	5 %
Medelsvåra symtom av astma med behandling nivå 3 och 4*	10 %
Svåra symtom av astma med behandling nivå 4 och 5	Individuell bedömning

\* Undantag: Långvarig (minst 3 månader) säsongutlöst astma med måttliga till medelsvåra/svåra symtom och som varje år kräver kontinuerlig behandling (minst behandlingsnivå 3), men utan behov av regelbunden behandling under större delen av resten av året motsvarar 2 % invaliditet.

## 7.2 Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)

**Definition:** KOL är en progressiv kronisk luftvägssjukdom som orsakar inflammation och strukturella förändringar i de små lufttrören och lungvävnaden, med nedsatt lungfunktion och andningsbesvär som följd. Diagnos ställs baserat på anamnes (symtom och exponering för lungskadliga ämnen) och dynamisk spirometri.

**Besvär:** KOL ger successivt tilltagande andningsbesvär och nedsatt fysisk prestationsförmåga samt vanligen episoder med försämring, till exempel i samband med luftvägsinfektioner (KOL-exacerbationer). Vid svår KOL kan med tiden kronisk andningssvikt och pulmonell hypertension med symtom av högersidig hjärtsvikt utvecklas.

### Gradering av symtom och lungfunktionsnedsättning:

- Lindrig KOL: Lindriga andningsbesvär vid dagliga aktiviteter eller andningsbesvär vid kraftig ansträngning. Lungfunktionsmätning med spirometri vanligen motsvarande GOLD stadium I (FEV1% > 80 %).
- Måttlig KOL: Andningsbesvär vid vissa normala dagliga aktiviteter eller andningsbesvär vid normal ansträngning. Lungfunktionsmätning med spirometri vanligen motsvarande GOLD stadium II-III (FEV1% 30–79 %).
- Svår KOL: Andningsbesvär vid lätt ansträngning och begränsning att utföra vanliga dagliga aktiviteter. Lungfunktionsmätning med spirometri vanligen motsvarande GOLD stadium III-IV (FEV1% <50 %).

KOL utan betydande symtom eller funktionsnedsättning	0 %
Lindrig KOL	5 %
Måttlig KOL	15 %
Svår KOL	30 %
Kronisk respiratorisk insufficiens (andningssvikt)	Individuell bedömning

### 7.3 Cystisk fibros

**Definition:** Cystisk fibros (CF) är en ärftlig medfödd sjukdom som gör att slemproducerande körtlarna i kroppen inte fungerar normalt. Körtlarna utsöndrar vid sjukdomen ett alltför segt slem som framför allt påverkar lungfunktion och mag-tarmkanalen.

**Besvär:** CF orsakar ofta besvär från lungorna med upprepade luftvägsinfektioner, från mag-tarmkanalen, med bland annat bukspottskörtelinflammationer, leverpåverkan, malabsorption och ileus, samt manlig infertilitet. Det föreligger stor variation i svårighetsgrad och symtom. Diagnos ställs oftast under barndomen, men vid lindrigare symtom ställs diagnosen ibland först i vuxen ålder. Ofta progressiv sjukdom med successivt tilltagande symptom och ökande invaliditet under sjukdomsförloppet. Symtom från luftvägar medför risk för svår kronisk lungsjukdom, där lungtransplantation kan bli aktuell. Definitiv bedömning av medicinsk invaliditet bör göras vid minst 5 års sjukdomsduration och tidigast vid 18 års ålder.

Cystisk fibros med kroniska gastrointestinala symtom utan symtom på kronisk luftvägssjukdom	5 %
Cystisk fibros med symtom på kronisk luftvägssjukdom utan kroniska gastrointestinala symtom	10 %
Cystisk fibros med symtom på kronisk luftvägssjukdom och kroniska gastrointestinala symtom	15 %
Lungfunktionsnedsättning	Individuell bedömning baserat på symtomgradering som vid KOL (7.2)
Komplikationer som till exempel diabetes, säkerställd infertilitet och lungtransplantation	Individuell bedömning baserad på invaliditet för respektive komplikation

### 7.4 Lungtransplantation

**Definition:** Genomgången transplantation av lungor.

**Besvär:** Genomgången lungtransplantation med behov av livslång immunosuppressiv behandling. Vanligen förekommer viss nedsättning av lungkapacitet och fysisk prestationsförmåga även efter transplantation. Vid lungtransplantation bör definitiv invaliditetsbedömning ske tidigast 2 år efter transplantation.

Genomgången lungtransplantation med god transplantatfunktion	15 %
Kronisk andningssvikt eller andra komplikationer	Individuell bedömning

## 8. Matsmältningsorganens sjukdomar

### 8.1 Födoämnesöverkänslighet

#### 8.1.1 Födoämnesallergi

**Definition:** Allergiska reaktioner med symtom från till exempel hud, mag- eller tarmkanal eller luftvägar, efter intag av begränsade mängder av födoämnen som:

- spannmål innehållande gluten (till exempel vete, råg, korn, havre och dinkel)
- mjölk och mjölkprodukter (inklusive laktos)
- ägg
- fisk
- sojaböner och lupinböner
- nötter (till exempel jordnötter, mandel, hasselnöt, valnöt, cashewnöt, pekannöt, paranöt, pistaschmandel, makadamianöt)
- selleri
- senap
- sesamfrön
- svaveldioxid och sulfit
- kräftdjur och blötdjur (snäckor, musslor och bläckfisk).

**Besvär:** Födoämnesallergi ger endast symtom vid exponering för födoämnet och det föreligger inga symtom vid anpassning av kosten så att födoämnet undviks. Symtom varierar från lindriga symtom, såsom hud, eller mag- eller tarmkanal som inte kräver någon behandling, till svåra och livshotande reaktioner med anafylaxi som kräver akut behandling. Beroende på vilka födoämnen som allergi föreligger mot krävs anpassning av kost samt, vid svåra reaktioner, möjlighet för patienten att behandla sig själv vid oavsiktlig exponering. Diagnos av födoämnesallergi ska vara ställd av läkare i enlighet med gällande diagnostiska kriterier och definitiv bedömning kan göras först sedan förloppet följts tillräckligt länge, i regel till minst 18 års ålder.

Lindriga till måttliga symtom av födoämnesallergi utan anafylaktiska reaktioner	0 %
Svåra symtom av födoämnesallergi med upprepade anafylaktiska reaktioner vid exponering för enstaka födoämnen	2 %
Svåra symtom av födoämnesallergi med upprepade anafylaktiska reaktioner vid exponering för multipla födoämnen (3 eller fler födoämnen)	5 %

#### 8.1.2 Celiaki

**Definition:** Permanent intolerans mot födoämnen innehållande gluten, där fortsatt intag av gluten leder till skada i tunntarmen.

**Besvär:** Vid celiaki orsakar intag av glutenhaltiga födoämnen en sjukdomsbild som varierar i svårighetsgrad, från uttalade akuta symtom från mag- eller tarmkanalen eller tecken på näringsbrist till diskreta och ibland svårupptäckta symtom. Vid celiaki krävs ett livslångt avstående av födoämne innehållande gluten (ingår i sädeslagen vete, råg och korn) för att undvika sjukdomssymtom. När en sådan kost följs är patienten symptomfri. Bristande följsamhet orsakar besvär av varierande grad.

Celiaki med säkerställd diagnos enligt Barnläkarföreningens riktlinjer 2 %

## 8.2 Leversjukdomar

### 8.2.1 Hepatit A virusinfektion

**Definition:** Virusorsakad leverinflammation av hepatit A virus som smittar via mat och vatten. Smitta överförd direkt från person till person förekommer också.

**Besvär:** Hepatit A orsakar akut leverinflammation med påverkad leverfunktion. Symtom innefattar bland annat ikterus (gulsot), magbesvär och generell sjukdomskänsla. Virusinfektionen har vanligen ett godartat förlopp och läker då ut utan någon bestående leverskada eller andra bestående besvär. I sällsynta fall fulminant leverinflammation med dödsfall som följd.

Hepatit A virus infektion med ordinärt förlopp 0 %

### 8.2.2 Hepatit B virusinfektion

**Definition:** Virusorsakad leverinflammation av hepatit B-virus som smittar via blod, sexuell kontakt eller överförd från mor till barn.

**Besvär:** Hepatit B kan orsaka både akut och kronisk leverinflammation. Vid smitta uppkommer en akut leverinflammation som kan vara asymtomatisk. Det föreligger risk för att utveckla kronisk infektion, vilket innebär ökad risk för leversjukdomar såsom levercirros och levercancer. Kronisk hepatit B virusinfektion kan behandlas med läkemedel som hämmar viruset, men behandlingen ger inte utläkning av infektionen.

Hepatit B virusinfektion med ordinärt förlopp och utläkt infektion 0 %

Kronisk hepatit B virusinfektion utan komplikationer 5 %

Kronisk hepatit B virusinfektion med levercirros Se levercirros 8.2.5

### 8.2.3 Hepatit C virusinfektion

**Definition:** Virusorsakad leverinflammation av hepatit C-virus som smittar via blod, sexuell kontakt eller överförd från mor till barn.

**Besvär:** Hepatit C kan orsaka både akut och kronisk leverinflammation. Vid smitta uppkommer en akut leverinflammation som oftast är asymtomatisk. Det föreligger hög risk för att utveckla kronisk infektion, vilket innebär ökad risk för leversjuk-

domar såsom levercirros och levercancer. Kronisk hepatit C virusinfektion kan behandlas med antivirala läkemedel som för de flesta patienter ger en utläkning av infektionen.

Hepatit C virusinfektion med ordinärt förlopp och utläkt infektion	0 %
Kronisk hepatit C virusinfektion utan komplikationer	5 %
Kronisk hepatit C virusinfektion med levercirros	Se levercirros 8.2.5

#### 8.2.4 Autoimmun hepatit

**Definition:** Autoimmun leverinflammation som diagnostiseras genom påvisande av autoimmuna markörer och leverbiopsi.

**Besvär:** Autoimmun leverinflammation ger påverkan på leverfunktionen av varierande grad. Det finns ofta behov av immunhämmande läkemedelsbehandling för att minska inflammationen. Varierande sjukdomsförlopp förekommer, från mild inflammation med utläkning till svår inflammation med levercirros och leversvikt som följd. Definitiv invaliditet bör bedömas tidigast efter 5 års sjukdomsduration och tidigast vid 18 års ålder.

Autoimmun hepatit som läkt ut utan levercirros och som inte kräver någon fortsatt behandling	0 %
Autoimmun hepatit med behov av kontinuerlig immunhämmande läkemedelsbehandling	10 %
Autoimmun hepatit med levercirros	Se levercirros 8.2.5

#### 8.2.5 Levercirros

**Definition:** Levercirros är en kronisk inflammatorisk process i levern som orsakar bindvävsomvandling av levervävnaden och successiv nedsättning av leverfunktion. Levercirros kan uppkomma av många olika orsaker, bland annat alkoholöverkonsumtion, kronisk hepatit B respektive C virusinfektion, autoimmun hepatit, hemokromatos, alfa-1-antitrypsinbrist och som biverkning till läkemedel.

**Besvär:** Vid lindrig levercirros förekommer ofta inga symtom, och inte heller behov av behandling annat än av den orsakande sjukdom. Försämring av leverfunktionen kan ske genom successivt tilltagande symtom i form av trötthet, mag- eller tarmbesvär, ascites (vätska i buken), esofagusvaricer (åderbräck i matstrupen) eller encefalopati, och kan leda till en ökad risk för levercancer. Det finns ingen specifik behandling, annat än behandling av orsaken till levercirros samt behandling av komplikationer. Vid svår levercirros med leversvikt kan levertransplantation vara aktuellt. Definitiv invaliditet vid levertransplantation bör bedömas tidigast efter 2 års sjukdomsduration.

Levercirros med lindriga symtom	5 %
Levercirros med betydande symtom av leversvikt som återkommande ascites eller återkommande blödningar från esofagusvaricer	20 %

Levertransplantation med god leverfunktion	15 %
Svår leversvikt och komplikationer	Individuell bedömning

### 8.2.6 Primär skleroserande cholangit

**Definition:** Primär skleroserande cholangit är en kronisk autoimmun inflammation i gallvägarna. Sjukdomen förekommer ofta tillsammans med ulcerös kolit.

**Besvär:** Initialt förekommer få symtom, men vid sjukdomsprogress tillkommer symtom från inflammationen i gallvägar med bland annat attacker av feber, klåda, buksmärter och ikterus. Under sjukdomsförloppet är det vanligt med utveckling av levercirros och leversvikt. Det finns en ökad risk för cancer i gallvägarna. Vid svår sjukdom med leversvikt kan levertransplantation vara aktuell som behandling.

Primär skleroserande cholangit i symtomfri fas eller med lindriga symtom	5 %
Primär skleroserande cholangit med betydande symtom av inflammation i gallvägar och/eller leversvikt	20 %
Levertransplantation med god leverfunktion	15 %
Svår leversvikt och komplikationer	Individuell bedömning

### 8.2.7 Hemokromatos

**Definition:** Hemokromatos är en sjukdom som karaktäriseras av att för mycket järn ansamlas i kroppens olika organ, bland annat i levern. Det finns en primär genetisk form samt sekundära former orsakade av tillförsel av stora mängder järn, till exempel vid frekventa blodtransfusioner eller överdosering av järninnehållande läkemedel.

**Besvär:** Initialt i sjukdomsförloppet finns inga symtom och sjukdomen upptäcks ofta vid till exempel hälsokontroll eller kontroll av leverprover av annan anledning. Vid lång sjukdomsduration utan behandling finns risk för påverkan på organ, såsom leverpåverkan med cirrosutveckling, hjärtsvikt, ledbesvär, mörkpigmenterad hud (bronsdiabetes) samt påverkan på endokrina organ som kan leda till diabetes samt insufficiens av binjurar, hypofys och testiklar. Behandling sker med blodtappning eller med läkemedel.

Hemokromatos i symtomfri fas eller med lindriga symtom utan behov av regelbunden blodtappning eller annan behandling	0 %
Hemokromatos i symtomfri fas eller med lindriga symtom med behov av regelbunden blodtappning eller läkemedelsbehandling	2 %
Hemokromatos med tecken till organskador	Individuell bedömning

### 8.3 Mag-/tarmsjukdomar

#### 8.3.1 Colon irritable

**Definition:** Funktionell tarmsjukdom med återkommande besvär av buksmärta under minst 1 dag per vecka de senaste 3 månaderna, symtomdebut för minst 6 månader sedan och där minst två av följande förekommer: (i.) besvär relaterade till tarmtömning, (ii.) association med förändrad avföringsfrekvens, (iii.) association med förändrad avföringskonsistens. Benämns även ”irritable bowl syndrome” (IBS). Mycket vanlig och godartad sjukdom, men som för vissa personer kan ge uttalande besvär.

**Besvär:** Buksmärtor och rubbat avföringsmönster (förstoppning, diarré och/eller gasbildning) är vanliga besvär, där besvären kommer och går varvat med besvärsfria perioder. Stress liksom enstaka födoämnen kan utlösa eller förvärra besvären. Då sjukdomen växlar i intensitet och ofta spontanläker görs bedömning av definitiv invaliditet först efter minst 5 års sjukdomsduration och tidigast vid 18 års ålder.

Lätta till måttliga besvär med besvärsfria perioder	0 %
Uttalande kontinuerliga besvär och återkommande akuta skov	3 %
Svåra besvär med täta akuta skov	5 %

#### 8.3.2 Ulcerös kolit

**Definition:** Kronisk inflammatorisk tarmsjukdom med inflammationen i kolon (tjocktarmen). Vanligtvis inflammation som inkluderar ändtarmen (proktit) och varierande del av kolon. Diagnos genom koloskopi och vävnadsanalys av biopsi.

Besvär: Besvär består bland annat av lös avföring med blod och slem, täta avföringsträngningar, buksmärter och allmänna symtom som trötthet och sjukdomskänsla. Sjukdomen ger ofta symtom i skov, med besvärsfria perioder mellan skov. Det föreligger en stor variation i grad av inflammation, sjukdomsbild, frekvens av skov och behov av behandling. Flerårig medicinsk behandling är ofta motiverad, även vid stabil sjukdom för att förebygga skov. Trots omfattande medicinering kan remission med symtomfrihet ibland vara svår att uppnå och operation med borttagande av kolon kan då bota sjukdomen. Det föreligger en ökad risk för koloncancer och behov av återkommande kontroll med koloskopi. Bedömning av definitiv medicinsk invaliditet görs tidigast vid 18 års ålder och minst 3 års sjukdomsduration.

Stabil tarmfunktion och ingen medicinering	0 %
Stabil tarmfunktion med kontinuerlig medicinering	3 %
Instabil tarmfunktion med kontinuerlig medicinering	8 %
Opererad kolektomi med ileorektal anastomos/ bäckenreservoar med stabil tarmfunktion	10 %
Opererad kolektomi med ileorektal anastomos/ bäckenreservoar med instabil tarmfunktion	15 %
Opererad kolektomi med ileostomi med god funktion	20 %
Opererad kolektomi med ileostomi med otillfredsställande funktion eller bestående komplikation till sjukdomen	Individuell bedömning



### 8.3.3 Morbus Crohn

**Definition:** Kronisk inflammatorisk tarmsjukdom som kan engagera en eller flera delar av mag- och tarmkanalen, från munhåla till ändtarm. Inflammation i tunntarmen och tjocktarm är vanligaste lokaliseringen.

**Besvär:** Besvär består bland annat av buksmärtor, lös avföring och allmänna symtom som trötthet och sjukdomskänsla. Komplikationer med stenoser i tarmen och fistelbildningar till hud eller mellan organ förekommer. Det föreligger en stor variation i grad av inflammation, sjukdomsbild, frekvens av skov och behov av behandling. Vanligen finns behov av läkemedelsbehandling vid skov samt i vissa fall kirurgiska behandlingar vid komplikationer. Förebyggande läkemedelsbehandling mot skov har ofta dålig effekt. Bedömning av definitiv medicinsk invaliditet görs tidigast vid 18 års ålder och minst 5 års sjukdomsduration.

Stabil tarmfunktion och ingen mediciner	0 %
Stabil tarmfunktion med kontinuerlig mediciner	3 %
Instabil tarmfunktion med kontinuerlig mediciner	8 %
Opererad ileocekalresektion/hö-sidig hemikolektomi eller tunntarmresektion (>150 cm kvar) stabil tarmfunktion med mediciner	5 %
Opererad ileocekalresektion/hö-sidig hemikolektomi eller tunntarmresektion (>150 cm kvar) instabil tarmfunktion med mediciner	8 %
Opererad med kolektomi med ileorektal anastomos, stabil tarmfunktion	10 %
Opererad med kolektomi med ileorektal anastomos, instabil tarmfunktion	15 %
Opererad kolektomi med ileostomi med god funktion	20 %
Opererad kolektomi med ileostomi med dålig funktion	35 %
Opererad tunntarmresektion 150 cm – 75 cm tunntarm kvar	30 %
Opererad tunntarmresektion mindre än 75 cm tunntarm kvar	40 %
Övriga opererade med bestående allvarliga komplikationer till sjukdomen	Individuell bedömning

### 8.3.4 Status post tarmresektioner

**Definition:** Resektion av tunntarm eller tjocktarm till följd av skador eller sjukdom.

**Besvär:** Vid resection av begränsad del av tunntarm eller tjocktarm förekommer vanligtvis inga eller lindriga besvär. Det förekommer mer omfattande tarmresektionsbesvär med symtom, som till exempel diarré och svårigheter att ta upp näringsämnen från tarmen. Bedömning av invaliditet vid stabilt sjukdomstillstånd görs tidigast 2 år efter tarmresektionen. Vid resection av hela tjocktarmen (kolektomi), se avsnitt ulcerös kolit 8.3.2.

Tarmresektion med behov av näringstillskott i form av per oral behandling med vitaminer eller mineraler	0 %
Tarmresektion som orsakat bestående och betydande besvär med frekvent diarré	5 %
Tarmresektion med behov av näringstillförsel dagligen via gastostomi	20 %
Tarmresektion med behov av näringstillförsel dagligen via total parenteral nutrition	30 %
Övriga komplikationer till tarmresektioner	Individuell bedömning

## 9. Njur- och urinvägssjukdomar

### 9.1 Medfödd anläggningsrubbnings i njure och urinvägar

**Definition:** En medfödd anläggningsrubbnings kan upptäckas i barndom eller vuxen ålder, och kan ofta korrigeras utan att njurfunktionen påverkas. En njure kan saknas helt från födelsen eller vara missbildad och utan funktion utan att den totala njurfunktionen är nedsatt. Ingen medicinsk invaliditet föreligger om inte någon betydande nedsättning av njurfunktionen föreligger.

**Besvär:** Ger i normalfall inga symtom och ingen medicinsk invaliditet föreligger. Vid nedsättning av njurfunktion se 9.4.

### 9.2 Polycystisk njursjukdom

**Definition:** Polycystisk njursjukdom är ärftlig och karaktäriseras av tillkomst av multipla njurcystor, vilka kan orsaka tilltagande njurfunktionsnedsättning.

**Besvär:** Bedömning enligt 9.4.

### 9.3 Förvärvad njursjukdom

**Definition:** Inflammation eller infektion i njuren leder till varierande grad av nedsatt njurfunktion, hypertoni och äggvita i urinen, med större eller mindre tendens till svullnad. Vid nefrotiskt syndrom föreligger stor äggviteförlust i urinen som ofta orsakar svullnad. Denna sjukdom kan recidivera en eller flera gånger, men ger sällan bestående besvär. Vid nedsatt njurfunktion bedömning enligt punkt 9.4.

**Besvär:** Bedömning enligt 9.4.

### 9.4 Nedsatt njurfunktion

**Definition:** Nedsatt njurfunktion till följd av sjukdom eller skada. Njurfunktionen mäts som glomerulär filtrations hastighet (GFR) som kan mätas eller beräknas med flera olika metoder.

**Besvär:** Betydande symtom av kronisk njursvikt förekommer vanligen först vid uttalat nedsatt njurfunktion (GFR <30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>). Symtom består bland annat av trötthet, illamående, matleda, ödem och klåda. Vid svår kronisk njursvikt med uremiska symtom uppkommer behov av dialysbehandling (hemo- eller peritonealdialys) och njurtransplantation i de fall transplantation är möjlig.

Kronisk njursvikt med njurfunktion GFR ≥ 45 ml/min/1,73 m <sup>2</sup>	0 %
Kronisk njursvikt med njurfunktion GFR 30–44 ml/min/1,73 m <sup>2</sup>	3 %
Kronisk njursvikt med njurfunktion GFR < 30 ml/min/1,73 m <sup>2</sup>	10 %

Kronisk njursvikt med behov av dialysbehandling (hemo- eller peritonealdialys). Vid långvarig dialys (> 1 år) där transplantation inte är ett alternativ:

Dialysbehandling utan komplikationer:	20 %
Dialysbehandling med komplikationer:	Individuell bedömning

## 9.5 Njurtransplantation

**Definition:** Genomgången transplantation av njure.

**Besvär:** Bedömning av definitiv medicinsk invaliditet görs tidigast ett år efter transplantationen. Hänsyn tas även till bakomliggande sjukdom.

Genomgången njurtransplantation med behov av livslång läkemedelsbehandling mot avstötning, utan övriga komplikationer	10 %
Genomgången njurtransplantation med komplikationer	Individuell bedömning

## 9.6 Urininkontinens

**Definition:** Ofrivilligt urinläckage orsakat av sjukdom eller skada i urinvägar eller nerver som kontrollerar blåsfunktionen.

**Besvär:** Ofrivilligt urinläckage med behov av skydd. Den vanligaste formen är ansträngningsinkontinens, vilket främst drabbar kvinnor, och där läckage sker bland annat vid fysisk ansträngning, hosta, skratt eller lyft. Trängningsinkontinens orsakas av överaktiv blåsa och ger symtom med täta urinträngningar och med oförmåga att förhindra urinläckage. Vid urininkontinens bedöms invaliditet först efter adekvat medicinsk utredning och behandling. Vid blandinkontinens, det vill säga både ansträngningsinkontinens och trängningsinkontinens, ersätts invaliditet för den typ av inkontinens som ger högsta invaliditetsgrad. Definitiv medicinsk invaliditetsbedömning görs först efter 18 års ålder och vid minst 3 års sjukdomsduration.

Grad av urinläckage	Ansträngningsinkontinens	Trängningsinkontinens
1–2 droppskydd/dygn	2 %	3 %
3–5 droppskydd/dygn	3 %	4 %
1–2 dl/dygn	10 %	15 %
3–5 dl/dygn	15 %	20 %
6–15 dl/dygn	20 %	25 %
> 15 dl/dygn (total förlust av blåskontroll)	35 %	35 %

### 9.6.1 Strukturella sjukdomar i urinvägar med flödeshinder

**Definition:** Strukturella sjukdomar och skador i urinvägar som medför avflödeshinder för urinen från njurar eller urinblåsa.

**Besvär:** Svårigheter att tömma urinblåsan eller avflödeshinder från njurar med behov av behandling med urinkateter, uretärstent, nefrostomi eller ureterostomi.

Residualurin i perioder utan permanent behov av behandling med urinkateter	0 %
Residualurin med återkommande frekventa (5 eller fler per år) behandlingskrävande urinvägsinfektioner och där sjukdomstillståndet är stationärt	10 %
Sjukdom i urinvägar med permanent behov av ren intermittent kateterisering (RIK) vid enstaka tillfällen varje månad	1 %
Sjukdom i urinvägar med permanent behov av ren intermittent kateterisering (RIK) vid enstaka tillfällen varje vecka	5 %
Sjukdom i urinvägar med permanent behov av ren intermittent kateterisering (RIK) dagligen	10 %
Sjukdom i urinvägar med behov av permanent behandling med urinkateter (KAD)	10 %
Sjukdomar i urinvägar med behov av permanent behandling med uretärstent	10 %
Sjukdom i urinvägar med behov av permanent behandling med nefrostomi – ensidig nefrostomi	10 %
Sjukdom i urinvägar med behov av permanent behandling med nefrostomi – bilateral nefrostomi	25 %
Ureterostomi god funktion	15 %
Ureterostomi dålig funktion	35 %

## 10. Hudsjukdomar

### 10.1 Psoriasis

**Definition:** Psoriasis är en vanlig kronisk hudsjukdom med många kliniska former. Sjukdomen karaktäriseras av ökad cellbildning och inflammation i huden. Den *nummulara* (myntformade) formen med enstaka förändringar på armbågar och knän övergår i den mer *generaliserade* formen med spridda förändringar på bål och extremiteter. Den *guttata* (droppformade) formen med 1-2 mm-cm förändringar över bål och extremiteter är särskilt vanlig hos unga. Förändringar kan finnas enbart i hårbotten eller på händerna. En *pustulös* form (pustulosis palmo-plantaris) engagerar handflator och fot-sulor men kan även vara generaliserad. En tidigare begränsad psoriasis kan plötsligt aggraveras och bli generell – *exfoliativ* – vilket är ett ovanligt tillstånd. Psoriasis kan kompliceras av ledbesvär.

**Besvär:** Besvären varierar från enstaka hudförändringar av kosmetisk natur som inte behöver regelbunden salvbehandling (A) via sjukdom med regelbunden smörjning med en eller flera salvor, bad och UV-behandling (B) till systembehandling vid svår psoriasis (C). Minst två års observationstid behövs för att bedöma sjukdomens aktivitet och möjliggöra invaliditetsbedömning.

A – lindrig psoriasis	0 %
B – måttlig psoriasis*)	10 %
C – svår psoriasis	Individuell bedömning

\*) *utbredda förändringar i hårbotten och/eller hand /fot bedöms inom den övre delen av intervallet liksom fall med betungande salvbehandling.*

Vid ledbesvär görs bedömningen i anslutning till riktlinjerna för inflammatoriska ledsjukdomar.

### 10.2 Diskoid lupus erythematoses (DL)

**Definition:** DL är en kronisk hudsjukdom som karaktäriseras av fläckformade fjälliga förändringar med central ärrbildning och atrofi. Lokalt ses håravfall.

DL är vanligen lokaliserat till ansiktet och skalpen men den utbredda formen kan finnas på till exempel armar, händer och bål.

**Besvär:** Sjukdomens utbredning i ansiktet och det fläckvisa håravfallet medför kosmetiska olägenheter. Angripna hudpartier behöver skyddas mot solljus med kläder och salvor. Bedömningen förutsätter minst två års observationstid och att det inte föreligger systemiska förändringar (Lupus Erythematoses Disseminatus – LED).

Lindriga besvär med behandling av och till	0 %
Måttliga besvär med regelbunden behandling	3 %
Utbredda förändringar inklusive större håravfall	10 %

### 10.3 Systemisk skleros

**Definition:** Systemisk skleros är en kronisk hudsjukdom med förändringar av hudens kollagena bindväv. Huden blir atrofisk och stel med påverkan på underliggande muskler och skelett. Den lokaliserade (circumscripta-morfea) formen (A) kan drabba olika delar av kroppen, till exempel bål, extremiteter eller huvud. Långsam progress kan ersättas med långsam förbättring med uppmjukning av huden. Den utbredda formen (B) liknar A men har en mer generell utbredning och kan kompliceras med störd andningsfunktion, ledbesvär, påverkan på matstrupe samt engagemang av händerna (sclerodaktyli) (C). Vid den systemiska formen (D) finns även förändringar av inre organ.

**Besvär:** Vid lokaliserade förändringar i till exempel ansiktet föreligger kosmetiska besvär men även nedsatt töjbarhet av huden. Den generella formen kan ge muskulär insufficiens, inklusive störd andningsfunktion och ledvärk. Den systemiska formen är en svår progressiv sjukdom med kort livslängd.

För bedömning av medicinsk invaliditet krävs minst 2 års observationstid.

Lokaliserad form	0 %
Utbred form utan engagemang av andningsfunktion, leder, matstrupe eller händer	5 %
Utbredd form med engagemang av andningsfunktion, leder, matstrupe och/eller händer	20 %
Systemisk form	Individuell bedömning

### 10.4 Eksem

**Definition:** Eksem är ett sammanfattande namn på ett inflammatoriskt tillstånd i huden. Man skiljer på allergiskt respektive icke-allergiskt kontakteksem, atopiskt eksem, seborroiskt eksem med flera typer. Det *allergiska kontakteksemet* uppstår när en individ exponeras för det ämne han/hon är känslig för. Eksemet kan manifestera sig var som helst på huden, men händer och armar är de vanligaste lokalisationerna. Det *icke-allergiska kontakteksemet* uppstår när huden utsätts för långvariga och upprepa-de expositioner av ämnen t ex i kemikalieindustrier. Det atopiska eksemet (Prurigo Besnier) startar vanligen vid några månaders ålder och utmärks av ett speciellt torrt, kliande eksem bland annat i blöjveckan. Det atopiska eksemet utmärks av stark klåda. Besvären minskar dock med tiden och kan i vuxen ålder manifestera sig som ett icke-allergiskt kontakteksem på händerna. Det serborroiska eksemet utmärks av rodnade, fjällande förändringar i ansiktet, på bålen och i hudveckan.

**Besvär:** Eksem förekommer med varierande intensitet och kräver lokalbehandling med olika salvor, elimination av utlösande faktorer samt vid behov av arbetsbyte/ omskolning.

#### 10.4.1 Allergiskt kontakteksem

Lindrigt kontakteksem där eliminationen av utlösande ämnen medför symtomfrihet och lätt kan åstadkommas i det dagliga livet, till exempel allergi mot vissa växter, färgämnen och piaster	0 %
Måttligt kontakteksem där hudsymtom förekommer mer eller mindre regelbundet under minst två års observationstid trots försök till elimination av utlösande faktor	3 %
Svårt kontakteksem med kroniska hudbesvär som pågått minst fem år trots rigorös elimination	10 %

#### 10.4.2 Icke-allergiskt kontakteksem

Lindrigt kontakteksem där undvikande av skadefaktorn lätt kan ske i det dagliga livet	0 %
Måttligt/svårt kontakteksem som kräver regelbunden lokalbehandling trots elimination av den skadeframkallande faktorn inklusive arbetsbyte. Minst fem års observationstid	10 %

#### 10.4.3 Atopiskt eksem

Definitiv medicinsk invaliditet kan i regel bedömas tidigast vid 18-20 års ålder då de flesta barn och ungdomar med denna eksemtyp får få eller inga besvär i vuxen ålder. Föreligger besvär i vuxen ålder bedöms enligt följande:

Lindrigt atopiskt eksem, som även i vuxen ålder kräver intermittent salvbehandling	0 %
Måttligt atopiskt eksem, som även i vuxen ålder kräver regelbunden behandling men också icke obetydliga insatser för att eliminera en komponent av icke-allergiskt kontakteksem i arbets- eller hemmiljö	5 %
Svårt atopiskt eksem med även i vuxen ålder uttalade eksemproblem	Individuell bedömning

#### 10.4.4 Seborroiskt eksem

**Definitiv medicinsk invaliditet** kan i regel bedömas tidigast vid 18-20 års ålder då det seborroiska eksemet i barn- och ungdomsåren i många fall läker ut innan vuxen ålder. Föreligger besvär även i vuxen ålder bedöms enligt följande:

Lindrigt/måttligt seborroiskt eksem i vuxen ålder där hudsjukdomen kan behandlas intermittent med salvor eller hårschampo	0 %
Svårt seborroiskt eksem som trots regelbunden behandling med cortisonsalvor och med minst två års observationstid ger utbredd eksemsjukdom	3 %



## 10.5 Acne

**Definition:** Acne är en utpräglad tonårssjukdom med rubbning av hudens talgkörtlar vilken medför en mer eller mindre utbredd inflammation framför allt lokaliserad till ansikte och överkropp. Sjukdomen ebbar vanligen ut vid 18-20 års ålder, men kan i enstaka fall vara aktiv även i vuxen ålder.

**Besvär:** Sjukdomen lokalbehandlas med salva ibland i kombination med antibiotika, hormoner och A-vitaminpreparat. Hudinflammationen kan efterlämna mer eller mindre omfattande hudärr.

**Definitiv medicinsk invaliditet** kan i regel bedömas tidigast vid 18-20 års ålder och efter minst fem års duration med tanke på sjukdomens spontana läkningstendens i vuxen ålder.

Lindrig acne som kan kontrolleras med salvbehandling och enstaka antibiotikakurer	0 %
Måttlig/svår acne med utbredda inflammatoriska hudlesioner i ansikte och/eller på överkropp, som även i vuxen ålder kräver intensiv behandling	5 %

## 11. Reumatiska sjukdomar

### 11.1 Inflammatoriska ledsjukdomar hos barn och tonåringar

Juvenil idiopatisk artrit (JIA) är samlingsnamn för den största reumatiska sjukdomsgruppen hos barn och tonåringar. JIA omfattar ett flera undergrupper med olika debutålder, symtombilder, förlopp och prognos. De vanligaste undergrupperna är:

- Oligoartrit (fåledsartrit)
- Systemisk juvenil idiopatisk artrit
- Polyartrit
- Psoriasisartrit
- Entesitrelaterad artrit
- Ospecificerad artrit

Tidigt i sjukdomsförloppet används diagnosen JIA om det inte är möjligt att klassificera sjukdomen. Under ett sjukdomsförlopp kan ledsjukdomen övergå från en undergrupp till en annan. De tre största undergrupperna beskrivs närmare nedan, psoriasisartrit beskrivs separat under kapitlet spondylartriter 11.3.

#### 11.1.1 Oligoartrit (fåledsartrit)

**Definition:** Ledsvullnad (artrit)  $\leq 4$  leder under de första 6 månaderna av sjukdomen. En fåledsartrit hos barn med psoriasis eller med symtom från kotpelaren exkluderas från denna grupp.

Oligoartriten är den vanligaste formen av JIA. De allra flesta barn insjuknar före 5 års ålder. Ledsymtomen dominerar (till exempel hand-, knä-, och fotleder) och är ofta första symtom på sjukdom. Allmänsymtom såsom feber med mera förekommer inte. Det är typiskt med en hög förekomst av antinukleära antikroppar (ANA) och utveckling av kronisk främre uveit (inflammation i ögat).

Främre uveit kan drabba alla barn med JIA, men det är vanligast hos flickor med positiv ANA och oligoartrit. Uveiten debuterar i regel efter ledsjukdomen och är oftast asymtomatisk (upptäcks vid ögonundersökning). Förloppet varierar, men hos vart fjärde barn är sjukdomen resistent mot behandling med risk för komplikationer (grön och grå starr samt grav synnedsättning).

#### 11.1.2 Systemisk juvenil idiopatisk artrit

**Definition:** Inflammationsbetingad ledsvullnad (artrit) i en eller flera leder tillsammans med eller föregånget av feber under 2 veckors tid tillsammans med utslag, generellt förstörade lymfkörtlar, lever och/eller mjältförstoring och serosit (inflammation i serösa hinnor som omger hjärta, lungor eller bukhinnor).

Systemisk JIA debuterar under hela barndomen och är lika vanlig hos flickor och pojkar och har ett varierande förlopp. Det är vanligt med återkommande feberperioder omväxlande med lugna faser utan sjukdomsaktivitet (varierande intervall). Med detta

förlopp övergår sjukdomen ibland i en polyartikulär form utan de systemiska symtomen. Hos 75 % av barnen läker sjukdomen successivt ut, medan övriga barn har en mer eller mindre svårbehandlad kontinuerlig sjukdom där barnen mellan feberperioderna har en svår polyartrit och hög inflammatorisk aktivitet.

### 11.1.3 Polyartrit

**Definition:** Inflammationsbetingad ledsvullnad (artrit) som drabbar 5 eller fler leder under de första 6 månaderna av sjukdomen.

- 1) polyartrit med positiv reumatoidfaktor (RF-positiv), som drabbar barn i tonåren
- 2) polyartrit med negativ reumatoidfaktor (RF-negativ), som kan debutera under hela barndomen.

**Besvär vid JIA:** Symtombilden varierar men smärta, stelhet, ledsvullnad i en eller flera leder är gemensamma symtom. Allmänsymtom i form av feber, trötthet och sömnstörningar är vanliga utom i gruppen oligoartriter. Sjukdomsaktiviteten liksom funktionspåverkan varierar och kan vara betydande. En reumatisk ledsjukdom under barn- och ungdomsåren medföra stor påverkan på den allmänna livsföringen och stora sociala påfrestningar för hela familjen (arbetsfrånvaro) och för det enskilda barnet i skolan och på fritiden.

### Medicinsk invaliditet JIA

Definitiv medicinsk invaliditet kan i regel fastställas tidigast vid 18 års ålder och först efter minst 5 års sjukdomsduration.

Lindrig JIA med ringa ledpåverkan och endast tillfällig behandling vid behov	0 %
Stabil JIA med regelbunden medicinering men utan påverkan på ADL (i remission)	5 %
JIA med måttliga besvär, regelbunden medicinering	10 %
JIA som trots regelbunden medicinering har gett leddestruktioner, deformiteter och påverkan på ADL	15 %
Svårbehandlad JIA med stor tendens till leddestruktioner, deformiteter, funktionsnedsättning och stor påverkan på ADL	25 %
Vid påverkan på organsystem ges tillägg utöver ledbesvären	Individuell bedömning
Grav tillväxtrubbning på grund av sjukdom och medicinering	Individuell bedömning

## 11.2 Reumatoid artrit hos vuxna

**Definition:** RA är en inflammatorisk ledsjukdom utan klarlagd orsak. RA debuterar i alla åldrar, men frekvensen av nyinsjuknade stiger med ökande ålder (medianålder 55-60 år). Vid insjuknande i 20–30-årsåldern är det övervägande kvinnor som insjuknar. RA är en systemsjukdom som förutom lederna även angriper inre organ

med varierande sjukdomsförlopp. Nya klassifikationskriterier ger tidig diagnos och användning av prognostiska faktorer identifierar patienter med hög risk för destruktiv sjukdom, vilket ökar möjligheterna att styra behandlingen.

**Besvär:** Trötthet, stelhet, vilovärk, belastningssmärta och svullnad av enstaka eller flera leder (polyartrit) oftast med symmetriskt engagemang av leder i övre och nedre extremiteterna. Obehandlad medför ledinflammationen skador på brosk, ben och stödjevävnader med deformiteter, funktionsnedsättning och påverkan på ADL. Utveckling av Sjögrens syndrom med torra slemhinnor (ögon, munhåla, underliv) är relativt vanligt vid RA (20 %). Med nya behandlingsstrategier och tidigt inledd behandling med sjukdomsmodifierande antireumatiska läkemedel (DMARDs) och/eller biologiska läkemedel leder i de flesta fall till minskad sjukdomsaktivitet eller remission.

### Medicinsk invaliditet RA

Bedömning av definitiv medicinsk invaliditet vid RA görs i ett stationärt läge först efter minst 5 års sjukdomsduration.

Lindrig RA med ringa ledpåverkan och endast tillfällig behandling vid behov	0 %
Stabil RA med regelbunden medicinering men utan påverkan på ADL (i remission)	5 %
RA med regelbunden medicinering och kvarstående sjukdomsaktivitet i perioder	10 %
RA med regelbunden medicinering, utveckling av leddestruktioner och deformiteter och stor påverkan på ADL	15 %
Svårbehandlad RA med stor tendens till leddestruktioner, deformiteter, kraftig funktionsnedsättning och stor påverkan på ADL	25 %
Vid påverkan på organsystem ges tillägg utöver ledbesvären	Individuell bedömning

### 11.3 Spondylartriter

Spondylartriter (SpA) utgörs av en grupp av sjukdomar med varierande klinik, men med flera gemensamma drag, till exempel:

- Hög frekvens av inflammation i muskel- och ligamentfästen (entesit)
- Inflammatorisk ryggsjukdom (sakroillit, spondylit)
- Extraartikulära manifestationer framförallt från hud (psoriasis, pustulosis palmoplantaris)
- Ögoninflammation (uveit, irit)
- Inflammatorisk tarmsjukdom (ulcerös kolit, morbus Crohn)
- Ökad förekomst av det ärftliga cellyte-antigenet HLA-B27. (HLA= Human Leukocyte Antigen eller major histocompatibility complex class B hos människa, genen för detta anlag finns på kromosom 6)

De vanligaste sjukdomarna i gruppen är:

- Ankyloserande spondylit (tidigare benämningar och synonymer är Mb Bechterew och pelvospondylit)
- Psoriasisartrit
- Artrit associerad med inflammatorisk tarmsjukdom (ulcerös kolit, morbus Crohn)
- Reaktiv artrit
- Odifferentierad spondylartrit

Gränsdragningen mellan de olika sjukdomarna kan ibland vara svår initialt i ett sjukdomsförlopp. De två vanligaste sjukdomarna beskrivs närmare och får utgöra modell-sjukdomar i gruppen.

### 11.3.1 Ankyloserande spondylit

**Definition:** AS är den vanligaste inflammatoriska ryggsjukdomen och orsaken är okänd. Sjukdomen är betydligt vanligare hos män och debuterar tidigt (20–40 års ålder) men det tar ofta många år från symtomdebut tills diagnosen ställs. Sjukdomsaktiviteten varierar med försämringsperioder, men det förekommer även en mer kontinuerlig lågaktiv sjukdom, som kan pågå under många år. Obehandlad AS leder ofta till kraftig rörelseinskränkning i kotpelaren med utveckling av en typisk, stel och framåtböjd kroppshållning efter 15–30 års sjukdomsduration.

**Besvär:** Huvudsymtomet är den inflammatoriska bäcken- och ryggsmärtan med stelhet, men perifera ledinflammationer (från till exempel höfter, knän, fötter, armar och händer) förekommer. Besvär i form av hälseneinflammationer, hälsporrar, ögoninflammation (irit) och engagemang av inre organ (hjärta, lungor) förekommer. Funktionspåverkan varierar mycket beroende på inflammationens lokalisering och aktivitet.

### 11.3.2 Psoriasisartrit

**Definition:** PsA är en inflammatorisk ledsjukdom, som är vanligt förekommande hos personer med hudpsoriasis. Det föreligger ingen nödvändig samvariation mellan hud- och ledsjukdomen vilket innebär att hudpsoriasis kan förekomma utan ledbesvär men också tvärtom, dvs PsA kan förekomma utan psoriasis (hudsjukdomen). Sjukdomen är lika vanlig hos män och kvinnor.

**Besvär:** Symtombilden vid PsA är mångfacetterad men inflammation i leder (artrit) och muskel-/ligamentfästen (entesit) är framträdande symptom. Ledengagemanget varierar från enstaka fingerleder till en symmetrisk polyartrit (RA-liknande) i övre och nedre extremiteterna.

Besvär kan även förekomma från ögon (irit), tarm, hjärta, lungor och njurar. Sjukdomsaktiviteten varierar med försämringsperioder.

## Medicinsk invaliditet SpA

Bedömning av definitiv medicinsk invaliditet vid SpA görs i ett stationärt läge först efter minst 5 års sjukdomsduration.

Lindrig SpA med låg sjukdomsaktivitet och utan påverkan på ADL och endast tillfällig behandling vid behov	0 %
Stabil SpA med regelbunden medicinering/fysikalisk behandling men utan påverkan på ADL	5 %
SpA med regelbunden medicinering/fysikalisk behandling med kvarstående sjukdomsaktivitet i perioder	10 %
SpA med regelbunden medicinering/fysikalisk behandling, utveckling av leddestruktioner och progredierande röntgenförändringar i kotpelaren, mindre kirurgiska ingrepp, funktionsnedsättning och med stor påverkan på ADL	15 %
Svårbehandlad SpA med stor tendens till leddestruktioner och/eller förändringar i kotpelaren, deformiteter, kraftig funktionsnedsättning, behov av kirurgiska ingrepp och stor påverkan på ADL och socialt liv.	25 %
Vid påverkan på organsystem ges tillägg utöver ledbesvären	Individuell bedömning

## 11.4 Inflammatoriska systemsjukdomar hos barn och tonåringar

### Inflammatoriska systemsjukdomar

Till denna grupp räknas systemisk lupus erythematosus (SLE), som förutom hud och leder kan engagera inre organ (hjärta, lungor, njurar, centrala nervsystemet) som kräver tidig diagnos och behandling. *Juvenil dermatomyosit* som huvudsakligen drabbar hud och muskulatur.

### Autoinflammatoriska sjukdomar inklusive periodisk feber

Detta är en grupp av sjukdomar som karakteriseras av återkommande attacker av generaliserad kraftig inflammation med allmänpåverkan, feber, ledsmärtor, buksmärtor, lymfkörtelförstoring och hudutslag, men där ingen infektiös eller autoimmun orsak kan påvisas. Symtomfrihet i regel mellan attackerna. Attackerna kan komma ofta och uppta 25 % av den totala tiden under många år, vilket medför stora sociala konsekvenser för barnet och familjen (studier/arbete) och försämrad livskvalitet.

### Medicinsk invaliditet

Bedömning av definitiv medicinsk invaliditet vid dessa sjukdomstillstånd görs i ett stationärt läge tidigast vid 18 års ålder och först efter minst 5 års sjukdomsduration, se nedan kapitel 11.5.

Stora variationer i symtom, komplikationer, funktionspåverkan och sociala konsekvenser. Individuell bedömning

### 11.5 Inflammatoriska systemsjukdomar hos vuxna

Med reumatiska inflammatoriska systemsjukdomar avses sjukdomstillstånd med varierande kliniska manifestationer beroende på att flera olika organsystem drabbas av den inflammatoriska processen. Sjukdomar som *systemisk lupus erythematosus (SLE)*, *Sjögrens syndrom*, *systemisk skleros (sklerodermi)*, *polymyosit/dermatomyosit* och *temporalisartrit/polymyalgia reumatika* är några av de vanligaste sjukdomstillstånden i denna grupp. Allmänsymtom med trötthet, feber, viktnedgång tillsammans med led- och muskelsmärk, siccasymtom (torra ögon och munslemhinnor), hudutslag, hjärt-, lung-, njur- och CNS-symtom ger ibland en svårtolkad klinisk sjukdomsbild.

#### Medicinsk invaliditet

Bedömning av definitiv medicinsk invaliditet bör göras i ett stationärt läge och efter minst 5 års sjukdomsduration.

Lindrig inflammatorisk systemsjukdom med ringa påverkan och endas tillfällig behandling vid behov	0 %
Stabil inflammatorisk systemsjukdom med regelbunden medicineringsmen utan påverkan på ADL (i remission)	5 %
Inflammatorisk systemsjukdom med måttliga besvär, regelbunden medicineringsmen och kvarstående viss sjukdomsaktivitet i perioder	10 %
Inflammatorisk systemsjukdom med regelbunden medicineringsmen och stor påverkan på ADL	15 %
Svårbehandlad inflammatorisk systemsjukdom med kraftig funktionsnedsättning och stor påverkan på ADL	25 %
Utveckling av sekundärt Sjögrens syndrom (kroniska slemhinnebesvär)	Tillägg 10 %
Stora variationer i symtom, komplikationer, funktionspåverkan och sociala konsekvenser	Individuell bedömning

## 12. Synskador

Total synförlust	68 %
Synförlust på ett öga	14 %
Förlust av ett öga	17 %

### Synskärpenedsättning

Beräkningen ska baseras på de synskärpevärden som erhålls med bästa fördragbara korrektion.

#### Andra ögat

Ena ögat	0,6-0,5	0,4-0,3	0,2	0,1	0
1,0-0,7	0	3	7	10	14
0,6-0,5	3	7	10	14	17
0,4-0,3		14	20	27	34
0,2			34	41	48
0,1				51	58
0					68

Med hänsyn till skillnaden mellan ledsyn och total synförlust används för synnedsättningar mellan 0,1 och 0 en glidande skala.

### Synfältsdefekter

Total homonym hemianopsi	35 %
Bilateral koncentrisk synfältsdefekt, kikarsynfält med uttalade orienteringssvårigheter	35 %
Bitemporal hemianopsi	24 %
Homonym kvadrantanopsi – nedåt	24 %
Homonym kvadrantanopsi – uppåt	17 %
Bilaterala överlappande skotom	15 %
Ensidig defekt särskilt nedåt eller temporalt	7 %

### Dubbelseende

Dubbelseende	7 %
--------------	-----

### Afaki

Dubbelsidig utan IOL	14 %
Ensidig utan IOL	10 %
Ensidig och dubbelsidig afaki med IOL före 35 år	5 %

Utgångspunkten för bedömning av afaki med IOL är åldern vid operationstillfället. Operation med IOL efter 35 års ålder är inte invaliditetsgrundande.

Ackomodationsparets bedöms utifrån graderingen för afaki. Ackomodationsparets efter 35 år är inte invaliditetsgrundande.



**Övriga besvär**

Bländning/ljuskänslighet	10 %
Kroniskt skav/smärta/tårflöde som kräver kontinuerlig behandling	5 %
Anisometri med uttalade besvär	3 %

## 13. Hörselskador

Total hörselförlust 60 %

### Dubbelsidig nedsättning:

Vid bedömning av dubbelsidig hörselnedsättning är utgångspunkten att varje decibel (dB) försämring över 20 dB medför en procents medicinsk invaliditet.

80 dB	60 %
60 dB	40 %
40 dB	20 %
20 dB	0 %

Total hörselförlust på ett öra 15 %

### Ensidig hörselnedsättning:

Vid bedömning av ensidig hörselnedsättning är utgångspunkten att varje decibels försämring över 20 dB medför 0.25 procents medicinsk invaliditet.

80 dB	15 %
60 dB	10 %
40 dB	5 %
20 dB	0 %

Hörselnivån beräknas som tonmedelvärde för sex frekvenser: TMV6 0.5–6 kHz (0,5, 1, 2, 3, 4 och 6 kHz).

Vid signifikant sidoskillnad beräknas först den invaliditet som motsvarar hörselnivån på det öra som har bäst hörsel. Till denna invaliditet läggs 0.25 gånger sidoskillnaden i decibel.

Vid bedömning av medicinsk invaliditet ska hänsyn tas till behandlingsresultat. Graden av funktionsbortfall ska bedömas efter behandling, kirurgisk eller med hjälpmedel. God hörapparatnytta vid uttalad hörselnedsättning innebär en reduktion av medicinsk invaliditet.

Vid användning av hörapparat reduceras därefter det framräknade värdet enligt följande:

#### Sensorineural hörselnedsättning

Den medicinska invaliditeten reduceras med 10 till 15 % vid acceptabel respektive god hörapparatnytta.

#### Ledningshinder

Den medicinska invaliditeten reduceras med 15 till 20 % vid acceptabel respektive god hörapparatnytta.

#### Cochlea implantat (CI)

Den medicinska invaliditeten reduceras med 15 till 30 % vid acceptabel respektive god nytta av CI.

<b>Tinnitus</b> (utöver eventuell samtidig hörselnedsättning)	
Lätt tinnitus – Intermittent, låg besvärsgrad. Ingen sömnstörning	2 %
Medelsvår tinnitus – Ständigt närvarande, ofta avledbar dagtid.	
Insomningsproblem	4 %
Svår tinnitus – Ständigt närvarande, svår att avleda dagtid. Påverkar koncentration.	
Sömnstörning. Påtaglig negativ inverkan på livskvaliteten även efter genomförd multimodal rehabilitering på hörselrehabiliteringsenhet	8 %
Hyperakusi (utöver eventuell samtidig hörselnedsättning)	2 %

## 14. Infertilitet

**Definition:** Med infertilitet avses i tabellverket oförmåga att få barn med egna ägg eller spermier.

Infertilitet, sterilitet, barnlöshet och oförmåga att få barn är begrepp som delvis sammanfaller. Infertilitet kan bero på medfödda faktorer, sjukdom eller olycksfallsskada.

Den försäkringsmedicinska invaliditetsbedömningen avser en enskild individs permanenta nedsättning av kroppsfunction utan hänsyn till andra omständigheter. Detta ska särskiljas från den utredning som görs inom sjukvården vid ofrivillig barnlöshet.

Fertiliteten är inte konstant under livet utan avtar med stigande ålder. För kvinnor avtar fertiliteten efter 35 års ålder för att påtagligt minska efter 40 års ålder. För män börjar fertiliteten avta vid 40 års ålder och minskar sedan långsamt med stigande ålder.

Bedömning av medicinsk invaliditet bör tidigast ske när utredning är klar som visar att definitiv oförmåga till naturlig befruktning föreligger.

### Män:

Total avsaknad av befruktningsdugliga spermier och utan möjlighet till assisterad befruktning	före 50 år	30 %
	50–60 år	15 %
	Över 60 år	0 %

Oförmåga till naturlig befruktning föreligger, men möjlighet till assisterad befruktning med egna spermier via sjukvården finns	före 50 år	10 %
	50–60 år	5 %
	Över 60 år	0 %

### Kvinnor:

Total avsaknad av befruktningsdugliga ägg och utan möjlighet till assisterad befruktning	före 40 år	30 %
	40–50 år	15 %
	Över 50 år	0 %

Oförmåga till naturlig befruktning föreligger, men möjlighet till assisterad befruktning med egna ägg via sjukvården finns	före 40 år	10 %
	40–50 år	5 %
	Över 50 år	0 %

## 15. Cancer och tumörsjukdomar

**Definition:** Med cancer menas en elakartad tumör som karakteriseras av en okontrollerad tillväxt, invasiv växt med förstörande av frisk vävnad och spridning till andra organ. Vid cancer in situ, som kräver behandling med cellgifter och/eller strålbehandling, bedöms funktionsnedsättning på samma sätt som för övriga cancersjukdomar. Detsamma gäller för godartade tumörer som på grund av läget inte är möjliga att behandla radikalt.

**Besvär:** Besvär och funktionsnedsättning är beroende på typ av tumör, tumörlokalisering, eventuell spridning samt besvär orsakade av behandling. Med nya behandlingsmetoder har flera obotbara cancersjukdomar fått ett kroniskt sjukdomsförlopp med stationär sjukdomsbild, där patienten kan genomgå flera olika perioder med eller utan behandlingar.

Invaliditet till följd av cancer och dess behandling bedöms baserat på skador och funktionsnedsättning från olika organ. Bestående besvär som inte omfattas av nedanstående tabell hänvisas till tabellverkets övriga kapitel. Bedömning av medicinsk invaliditet kan ske när tillståndet varit stationärt i minst 2 år men som regel 5 år.

Sjukdom där det inte föreligger betydande bestående funktionsnedsättning	0 %
Kroniska och betydande slemhinnebesvär (ögon, munhåla, tarm, urinvägar, underliv med mera)	10 %
Cancer som inte är botbar, men som är stationär under längre tid (med eller utan behandling) där det föreligger betydande symtom som ger funktionsnedsättning till följd av sjukdomen och/eller behandling	Individuell bedömning
Cancer som är botad, men där det föreligger betydande symtom som ger funktionsnedsättning till följd av sjukdomen och/eller behandling	Individuell bedömning



Svensk Försäkring

Box 24043  
104 50 Stockholm

Besöksadress: Karlavägen 108

[www.svenskforsakring.se](http://www.svenskforsakring.se)