

En sammanställning av de viktigaste förändringarna i rekommendationerna för psykiska sjukdomar i försäkringsmedicinskt beslutsstöd

Socialstyrelsen ger ut ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd (FMB) som riktar sig främst till läkare och handläggare på Försäkringskassan. Beslutsstödet består av två delar. Den ena delen handlar om övergripande principer för sjukskrivning, den andra delen består av rekommendationer om bedömning av arbetsförmåga för olika diagnoser. Syftet med FMB är att bidra till en kvalitets-säker, effektiv och likvärdig sjukskrivningsprocess.

Socialstyrelsen fick i regleringsbrevet för 2016 i uppdrag att kontinuerligt följa upp, uppdatera och utvärdera det försäkringsmedicinska beslutsstödet. En del av uppdraget handlade om att se över de rekommenderade sjukskrivningstiderna för diagnoser för psykiska sjukdomar och besvär som ingår i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.

Den här sammanställningen redovisar förändringarna i rekommendationerna för de 17 psykiska diagnosgrupperna efter uppdateringen.

Uppdateringen har skett med hjälp av medicinska experter som har granskat den diagnosspecifika informationen och sjukskrivningsrekommendationerna. Handläggare på Försäkringskassan och sakkunniga på funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning har även varit delaktiga i uppdateringen.

För flera diagnoser har den rekommenderade sjukskrivningstiden förändrats och kompletterats med ytterligare rekommendationer, differentierade utifrån faktorer. Olika faktorer, så som till exempel sjukdomens svårighetsgrad eller samsjuklighet, kan påverka sjukskrivningstiden. Partiell sjukskrivning, som ett alternativ till sjukskrivning på heltid, föreslås i högre grad än tidigare. För samtliga diagnosgrupper finns nu information om funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Även information om rehabiliteringsinformation har tillkommit för flera diagnoser.

Sammanställningen vänder sig till personer som i sitt arbete möter personer med psykisk ohälsa, såsom sjukskrivande läkare inom hälso- och sjukvården, företagshälsovården, rehabiliteringskoordinatorer och samordnare inom vård och landsting, handläggare och försäkringsmedicinska rådgivare inom Försäkringskassan. De uppdaterade rekommendationer används som en vägledning vid bedömningar om arbetsförmåga eller sjukpenning.

De uppdaterade rekommendationerna börjar gälla från 30 januari 2017.

Kontakt:

Regina Ylven
regina.ylven@socialstyrelsen.se
Utredare
Vägledning för hälso- och sjukvården

Anders Fejer
anders.fejer@socialstyrelsen.se
Enhetschef
Vägledning för hälso- och sjukvården

För mer information besök gärna:

Försäkringsmedicinskt beslutsstöd

<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>

Övergripande principer

<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/overgripandeprinciperforsjukskrivning>

Innehåll

Adhd	5
Akut stressreaktion	8
Skadligt bruk av alkohol och alkoholberoende	10
Anorexia nervosa.....	13
Anpassningsstörning (livskris, sorgreaktion)	16
Bipolär sjukdom	18
Bulimia nervosa	21
Depressiv episod	23
Skadligt bruk av droger, drogberoende	26
Generaliserat ångestsyndrom.....	29
Paniksyndrom	31
Psykotiska syndrom	33
Posttraumatiskt stressyndrom.....	36
Recidiverande depression	39
Social fobi.....	42
Tvångssyndrom	44
Utmattningsyndrom	46

Adhd

Diagnoskod

F90.0

Huvudsakliga ändringar efter uppdatering

- Rekommenderad *sjukskrivningslängd* har förändrats. Tidigare fanns endast en rekommendation för adhd där ingen heltidssjukskrivning utifrån enbart diagnosen rekommenderades. Nu har ytterligare rekommendationer tillkommit beroende på om det gäller lindrig och medelsvår adhd (ingen sjukskrivning), i kombination med hög arbetsbelastning (sjukskrivning upp till 4 veckor) eller svår adhd (sjukskrivning upp till 3 månader), i kombination med annan funktionsavvikelse (kan ge upphov till permanent nedsatt arbetsförmåga).
- De uppdaterade rekommendationerna föreslår när hel eller partiell sjukskrivning är lämplig.
- Information om *funktionsnedsättning* och *aktivitetsbegränsning* är densamma men har flyttats om inom rubrikerna.
- *Rehabiliteringsinformation* har kompletterats.

Symtom, prognos, behandling

Adhd (attention deficit hyperactivity disorder) innebär uppmärksamhetsstörning med eller utan samtidig hyperaktivitet eller impulsivitet. Bristande impulskontroll kan leda till ogenomtänkta beslut samt en ökad risk för konflikter och relationsproblem. Vanliga tilläggsymtom vid adhd är ökad stresskänslighet, sömnsvårigheter, ätstörningar, pendlande energitillgång och humörsvängningar. Begränsningarna påverkar individernas anpassningsförmåga i olika miljöer (t.ex. på fritiden, i hemmet, på arbetsplatsen, i studiemiljö) vilket kan ge ett livslångt behov av återkommande stöd i vardagsliv och arbete.

Adhd kommer till uttryck tidigt i livet med påtaglig påverkan på beteende och funktionsförmåga. Diagnosen kan ofta ställas i barndomen, men vissa personer får inte diagnos förrän i vuxen ålder. Adhd anses i de flesta fall vara ärftligt betingad. Hos cirka 50 procent av patienter med adhd förbättras tillståndet i vuxen ålder, även om många har en kvarstående funktionsnedsättning.

De med kvarstående begränsningar kan betraktas ha en långsiktig eller livslång funktionsnedsättning med mycket varierande konsekvenser vad gäller funktion, beroende på symtomens svårighetsgrad, svar på behandling, kompenserande individuella resurser, levnadsomständigheter och samhällsstruktur. För många kan behandling med läkemedel lindra symtomen. En utveckling av olika psykoterapeutiska och psykopedagogiska behandlingsmetoder pågår.

Funktionsnedsättning

Adhd ger funktionsnedsättningar som innebär stora och varaktiga problem med uppmärksamhet, minnesfunktioner, impulskontroll, reglering av emotioner och som ger problem med bl.a. nedsatt koncentrationsförmåga och psykisk uthållighet.

Aktivitetsbegränsning

I vuxen ålder leder symtomen till svårigheter i att hantera stress, aktivitetsreglering, planera, passa tider, ta till sig information, arbeta uthålligt och målmedvetet samt svårigheter att påbörja och avsluta aktiviteter och att planera och organisera aktiviteter. Symtomen kan bl.a. leda till svårigheter att tillägna sig och fullfölja teoretiska studier.

Rehabiliteringsinformation

Genom tidig identifiering av adhd-problematik, information och anpassade stöd- och behandlingsinsatser kan man ofta förebygga försämring, socialt utanförskap och kanske ytterligare psykisk ohälsa. Anpassning av fysisk miljö, arbetsuppgifter samt individuellt utprovat kognitivt stöd, såsom tids- och planeringshjälpmedel, kan underlätta återgång i arbete.

Försäkringsmedicinsk information

Adhd är en varaktig funktionsnedsättning och utifrån enbart diagnosen adhd bör sjukskrivning undvikas. Samtidiga problem som t.ex. inlärningssvårigheter, autismspektrumtillstånd, psykiatriska tillstånd, personlighetsstörningar bör beaktas. I takt med stigande ålder kan funktionsnedsättningen fluktuera beroende på förmåga till kompensation, yttre förändringar och ökande krav från omgivningen. Det är därför viktigt att fortlöpande göra medicinska bedömningar och överväga lämpliga anpassningsåtgärder.

Många vuxna med adhd har ytterligare ett eller flera psykiatriska tillstånd, som leder till förhöjd risk för utveckling av missbruk av såväl alkohol som andra droger, samt bidrar till ett socialt utanförskap. Samsjuklighet ska beaktas i bedömningen vid alla svårighetsgrader av adhd. Vid neuropsykiatrisk utredning poängteras noggrann kartläggning av symtom och funktionsbegränsningar för fastställande av diagnosen adhd och eventuella tilläggsdiagnoser, samt behov av rehabiliteringsinsatser.

Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer

Det finns en spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter. Därför måste bedömningen av arbetsförmågan ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning. En ny bedömning ska ske innan sjukskrivningen förlängs.

- Vid lindrig och medelsvår adhd utan samsjuklighet bör sjukskrivning undvikas.
- Vid lindrig och medelsvår adhd och perioder med hög arbetsbelastning kan sjukskrivning upp till 4 veckor övervägas, i första hand partiell sjukskrivning.
- Vid svår adhd kan arbetsförmågan vara långvarigt nedsatt. Partiell eller hel sjukskrivning upp till 3 månader kan behövas.
- Vid svår adhd i kombination med annan utvecklingsrelaterad funktionsavvikelse, t.ex. autismspektrumdiagnos, kan arbetsförmågan bli permanent nedsatt, partiellt eller helt.

De uppdaterade rekommendationerna börjar gälla från 30 januari 2017.

Akut stressreaktion

Diagnoskod

F43.0

Huvudsakliga ändringar efter uppdatering

- Rekommendationerna för *sjukskrivningslängd* har differentierats beroende på sjukdomens svårighetsgrad. Tidigare fanns endast en rekommendation för akut stressreaktion där rekommendationen var sjukskrivning 2–4 veckor. Efter uppdateringen finns två rekommendationer beroende på om det är lindrig akut stressreaktion (sjukskrivning bör undvikas) eller medelsvår akut stressreaktion (sjukskrivning upp till 4 veckor).
- De uppdaterade rekommendationerna föreslår när hel eller partiell sjukskrivning är lämplig.
- Information om *funktionsnedsättning* har kompletterats.
- Information om *aktivitetsbegränsning* och *rehabiliteringsinformation* fanns inte innan uppdateringen och har nu tillkommit.

Symtom, prognos, behandling

Akut stressreaktion är en övergående reaktion på exceptionell fysisk eller psykisk belastning (t.ex. relaterat till krig, naturkatastrofer, terrorism, tortyr, våldtäkt, väpnat rån, kidnappning) hos en individ som inte uppvisar några tecken på annan psykisk sjukdom. Dissociativa symtom är vanliga, t.ex. en upplevelse av att stå utanför och se på, en känsla av avskärmning eller ett totalt förnekande av det inträffande. Tillståndet uppkommer i anslutning till traumat och klingar vanligen av inom ett par dagar. Prognosen är vanligtvis god, men tillståndet kan utvecklas till ett posttraumatiskt stressyndrom, depression eller annan psykisk eller somatisk sjukdom med sämre prognos.

Behandlingen omfattar akut omhändertagande, vid medelsvår akut stressreaktion kan en kort psykoterapeutisk intervention (6–10 samtal) vara indicerad. Vid behov kan det vara aktuellt med en psykiatrisk bedömning och behandling.

Funktionsnedsättning

Karakteristiskt för akut stressreaktion är förändrat medvetandetillstånd, förändrad verklighetsuppfattning och dissociation, som kan yttra sig som en känsla av att vara avskuren från omgivningen. Patienten kan få problem med att kontrollera känslor som skräck, förtvivlan eller aggressivitet som kan vara intensiva och snabbt skiftande. Akut stressreaktion kan också ge kognitiva svårigheter, nedsatt koncentrationsförmåga och nedsatt psykisk uthållighet. Därutöver kan patienten få problem med hjärtklappning, blodtrycksstegring,

svettning, darrning, illamående, sömnstörning och andra okontrollerbara affekter.

Aktivitetsbegränsning

Akut stressreaktion kan leda till svårigheter att fokusera, lösa problem och fatta beslut. Det kan även uppstå svårigheter att genomföra både enklare och svårare arbetsuppgifter under stress. En ändrad verklighetsuppfattning kan leda till irrationella handlingar.

Rehabiliteringsinformation

Med adekvat stöd kan en snabb återgång i normaliserad livsföring, även innan tillståndet är utläkt, vara gynnsam. Arbetsåtergång kan underlättas av partiell sjukskrivning under någon vecka.

Försäkringsmedicinsk information

Diagnosen akut stressreaktion kan inte användas mer än 4 veckor efter traumat. Det är av vikt att snabbt initiera aktivt psykosocialt stöd.

Om tillståndet inte utvecklas till posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) eller annan sjukdom, återkommer funktionsförmågan relativt snabbt. Se även rekommendationen för posttraumatiskt stressyndrom (F43.1).

Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer

Det finns en spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter. Därför måste bedömningen av arbetsförmågan ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning. En ny bedömning ska ske innan sjukskrivningen förlängs.

- Vid lindrig akut stressreaktion kan arbete ha en positiv effekt och sjukskrivning bör i sådana fall undvikas.
- Vid medelsvår akut stressreaktion kan patienten sjukskrivas på heltid, alternativt partiell sjukskrivning, upp till 4 veckor.

De uppdaterade rekommendationerna börjar gälla från 30 januari 2017.

Skadligt bruk av alkohol och alkoholberoende

Diagnoskod

F10

Huvudsakliga ändringar efter uppdatering

- Rekommendationerna för *sjukskrivningslängd* har differentierats beroende på sjukdomens svårighetsgrad. Tidigare fanns endast en rekommendation för skadligt bruk av alkohol och alkoholberoende där rekommendationen var sjukskrivning 2–4 veckor. Efter uppdateringen finns fem rekommendationer. Under alkoholpåverkan (inte skäl för sjukskrivning), medelsvårt alkoholberoendesyndrom (sjukskrivning upp till 2 veckor), lindrigt till medelsvårt alkoholberoendesyndrom och abstinens, uppkomna komplikationer och somatisk, psykisk samsjuklighet och vid pågående behandling (sjukskrivning upp till 3 månader), svårt alkoholberoende under abstinensbehandling eller behandling av komplikationer i slutenvård (sjukskrivning upp till 6 månader) eller kroniska alkoholskador med uttalad samsjuklighet och när samtliga behandlingsinsatser haft utebliven effekt (kan ge upphov till permanent nedsatt arbetsförmåga).
- De uppdaterade rekommendationerna föreslår när hel eller partiell sjukskrivning är lämplig.
- Information om *funktionsnedsättning* har kompletterats.
- Information om *aktivitetsbegränsning* fanns inte innan uppdateringen och har nu tillkommit.
- *Rehabiliteringsinformation* har kompletterats.

Symtom, prognos, behandling

Berusning eller akut alkoholintoxikation betraktas vid frivilligt intag inte som sjukdom. *Skadligt bruk* är när intaget av alkohol får psykiska, kroppsliga eller sociala konsekvenser, men beroendekriterierna inte uppfylls. Diagnosen *alkoholberoendesyndrom* baseras på kriterierna toleransökning, abstinenssymtom, kontrollförlust, stark längtan efter alkohol, prioritering av alkoholanvändning högre än andra aktiviteter och förpliktelser och fortsatt användning trots skador. Vanliga symtom på alkoholabstinens är blodtrycksförhöjning, svettningar, skakningar, ångest och sömnstörning.

Prognosen är god med rätt behandling och vid behandlingsföljsamhet. Återfallsrisken är högre första alkoholfria året, två år utan beroendekriterier är att jämföras med utläkt. Vid kroniskt, långvarigt alkoholberoende tillkommer neurologiska symtom och organskador. Alkoholberoendesyndromet kan behandlas med läkemedel och psykosocial behandling (se även Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, 2015).

Funktionsnedsättning

Vid skadligt bruk av alkohol sätts funktionsförmågan vanligen inte ned annat än i samband med alkoholintag. Kognitiv funktionsnedsättning, ångest, nedstämdhet och sömnstörning efter långvarigt högt alkoholintag kan kvarstå i flera veckor och upp till tre månader efter etablerad nykterhet. Långsiktiga komplikationer är kroppsliga skador och kroniskt nedsatt kognitiv förmåga, nedsatt minnesfunktion och intellektuell förmåga.

Aktivitetsbegränsning

Skadligt bruk av alkohol kan leda till svårigheter att hantera stress, förändringar och andra psykologiska krav. Patienten kan ha svårigheter med att vara uppmärksam, att lära nytt, förstå instruktioner, att påbörja, genomföra och avsluta en uppgift samt genomföra koordinerade, komplicerade uppgifter. Patienten kan ha svårigheter i arbeten där god finmotorik och gångförmåga, med eller utan hjälpmedel, krävs.

Rehabiliteringsinformation

I samband med behandling kan sjukskrivning ske om behandlingen i sig hindrar närvaro på arbetsplatsen, exempelvis behandlingshem eller intensiv öppenvårdsbehandling med evidensbaserad metod upp till 12 månader.

Det behöver finnas stöd till nykterhet i alkoholfri miljö och, eller läkemedelsbehandling och psykosocialbehandling. Patientens delaktighet är betydelsefull vid gemensam planering av behandling och för återgång i arbete. Samverkan med Försäkringskassan och kommunens socialtjänst är lämpligt vid lång sjukskrivning eller arbetslöshet.

Försäkringsmedicinsk information

Sjukskrivning kan vara en del av behandlingen förutsatt att den är kopplad till kontroll av patientens alkoholfrihet, samt deltagande i medicinsk och beteendeförändrande behandling. Sjukskrivning utan behandling kan leda till utebliven förbättring. Alkoholkonsumtionens storlek och tidslängd påverkar tiden för återhämtning. Okontrollerat alkoholintag får ofta sociala konsekvenser och kan ge psykiska besvär. Det är viktigt att inte automatiskt sjukförklara dessa.

Det är inte ovanligt att patienter med långvarigt aktivt alkoholberoende är sjukskrivna för somatiska diagnoser och att neurokognitiv nedsättning inte har uppmärksammats. Differentialdiagnostiskt kan långvarigt och avvikande förlopp bero på samsjuklighet, användning av andra substanser eller inte utredda kroniska skador som t.ex. nedsatt kognitiv funktion vid långvarig lindrig till måttlig leverskada.

Vid utdragen abstinens t.ex. efter abstinenskomplikationer som epileptiskt anfall, delirium tremens och vid tillfälligt nedsatt kognitiv förmåga eller kroniska alkoholskador ska arbetsförmågan bedömas utifrån hur dessa tillstånd påverkar funktionsförmågan.

Vid samsjuklighet (t.ex. depression, ångestsyndrom, bipolär sjukdom, schizofreni, personlighetsstörning) ska behandling ske parallellt men funktionsförmågan bedömas utifrån respektive tillstånd.

Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer

Det finns en spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter. Därför måste bedömningen av arbetsförmågan ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning. En ny bedömning ska ske innan sjukskrivningen förlängs.

- Under alkohelpåverkan är arbetsförmågan nedsatt, men är inte skäl för sjukskrivning.
- Vid lindrigt till medelsvårt alkoholberoendesyndrom kan patienten sjukskrivas upp till 2 veckor på heltid eller partiellt.
- Vid lindrigt till medelsvårt alkoholberoendesyndrom och abstinens, uppkomna komplikationer och somatisk, psykisk samsjuklighet och vid pågående behandling kan patienten sjukskrivas upp till 3 månader på heltid eller partiellt.
- Vid svårt alkoholberoende under abstinensbehandling eller behandling av komplikationer i slutenvård kan patienten sjukskrivas på heltid upp till 6 månader.
- Vid kroniska alkoholskador med uttalad samsjuklighet och när samtliga behandlingsinsatser haft utebliven effekt, kan arbetsförmågan bli permanent nedsatt.

De uppdaterade rekommendationerna börjar gälla från 30 januari 2017.

Anorexia nervosa

Diagnoskoder

F50.0, F50.1

Huvudsakliga ändringar efter uppdatering

- Rekommenderad *sjukskrivningslängd* har förändrats. Tidigare fanns tre rekommendationer för anorexia nervosa där ingen sjukskrivning, sjukskrivning under behandling och 2–5 månader rekommenderades. De tidigare rekommendationerna har ersatts med rekommendationer beroende på om det gäller lindrig anorexia nervosa (sjukskrivning bör undvikas), medelsvår anorexia nervosa (sjukskrivning upp till 6 månader) eller svår anorexia nervosa (sjukskrivning upp till 12 månader) i kombination med långvarig utpräglad undervikt (kan ge upphov till permanent nedsatt arbetsförmåga).
- De uppdaterade rekommendationerna föreslår när hel eller partiell sjukskrivning är lämplig.
- Information om *funktionsnedsättning*, *aktivitetsbegränsning* och *rehabiliteringsinformation* fanns inte innan uppdateringen och har nu tillkommit.

Symtom, prognos, behandling

Anorexia nervosa (med varianter) är viljestyrd viktnedgång som vidmakthålls av en upplevelse av att vara för tjock (även vid utpräglad undervikt) och en rädsla för att gå upp i vikt. Tillståndet debuterar oftast i tonåren och är vanligast hos flickor och unga kvinnor (cirka tio procent är pojkar eller unga män). Ofta undviker patienten all form av fett. I sällsynta fall förekommer total matvägran. Intensiv motion, dagliga kräkningar och laxermedelsmissbruk är vanliga.

Anorexia nervosa innebär betydande medicinska risker vid allvarlig svält framför allt i kombination med frekventa kräkningar. Allvarliga tillstånd påverkar kroppens alla organ, särskilt hjärtat och cirkulationen, och kan vara livshotande. Överdödligheten är sex till nio gånger högre jämfört med normalbefolkningen i samma åldersgrupp. Tillståndet kan också övergå till andra former av ätstörningar.

Tidig upptäckt och snabbt insatt behandling är den viktigaste åtgärden för god prognos. Behandlingen är en kombination av nutritionsbehandling och psykopedagogiska eller psykoterapeutiska insatser. Behandlingen fokuserar på att patienten snabbt ska komma ur sin ätstörning, så att patienten inte blir långvarigt sjuk eller går ner mer i vikt. Medicinska kontroller av det kroppsliga hälsotillståndet är centralt eftersom patienten snabbt kan försämrast. Samsjuklighet ska behandlas samtidigt med ätstörningen och kan kräva farmakologisk behandling.

Anorexia nervosa kan vara långdraget och pågå med olika intensitet under fem till femton år. Hos vissa unga patienter som kommer till snabb behandling kan dock tillfrisknandet gå betydligt fortare, ett halvt till ett år. För de flesta patienter skiftar svårighetsgraden och symtomen under årens lopp.

Funktionsnedsättning

Anorexia nervosa kan ge betydande kroppsliga funktionsnedsättningar, exempelvis problem med smärtor, ledbesvär, andfåddhet, trötthet och psykiska funktionsnedsättningar, exempelvis koncentrationssvårigheter, ångest, upptagenhet av mat (ej fokus på något annat).

Aktivitetsbegränsning

Patienten har ofta en önskan att ha en högre aktivitetsgrad än vad läkaren tycker. Tillståndet påverkar förmågan att ta hand om sig själv och den sociala interaktionen med andra människor.

Rehabiliteringsinformation

Det är bra om arbetsuppgifterna kan anpassas till fysiskt lättare arbete och med möjlighet att upprätthålla regelbundna matrutiner (frukost, lunch och middag).

Försäkringsmedicinsk information

Vid anorexia nervosa saknas inte sällan sjukdomsinsikt. Patienten kan uttrycka önskemål om fortsatt arbete, trots betydande medicinska risker. Samsjuklighet med depression, ångesttillstånd, tvångstankar, missbruk, personlighetsstörningar och neuropsykiatriska tillstånd är stor. Sjukskrivning i förebyggande syfte kan behövas när patienten genomgår medicinsk behandling som kräver daglig närvaro t.ex. dagvårdsbehandling.

Barn med anorexia nervosa som inte kan gå i skolan kan periodvis behöva stöd av att en vuxen finns hemma.

Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer

Det finns en spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter. Därför måste bedömningen av arbetsförmågan ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning. En ny bedömning ska ske innan sjukskrivningen förlängs.

- Vid lindrig anorexia nervosa bör sjukskrivning undvikas.
- Vid medelsvår anorexia nervosa kan hel sjukskrivning, alternativt partiell sjukskrivning, upp till 6 månader behövas.

- Vid svår anorexia nervosa kan hel sjukskrivning, alternativt partiell sjukskrivning, upp till 12 månader behövas.
- Vid långvarig utpräglad undervikt kan arbetsförmågan bli permanent nedsatt.

De uppdaterade rekommendationerna börjar gälla från 30 januari 2017.

Anpassningsstörning (livskris, sorgreaktion)

Diagnoskod

F43.2

Huvudsakliga ändringar efter uppdatering

- Rekommenderad *sjukskrivningslängd* har förändrats. Tidigare fanns endast en rekommendation för anpassningsstörning där ingen sjukskrivning rekommenderades. Efter uppdateringen gäller denna rekommendation för lindriga fall, medan rekommendationer om sjukskrivning (upp till 3 månader) har tillkommit för medelsvår och svår anpassningsstörning.
- De uppdaterade rekommendationerna föreslår när hel eller partiell sjukskrivning är lämplig.
- Informationen om *funktionsnedsättning* har kompletterats.

Symtom, prognos, behandling

Anpassningsstörning är ofta blandad med ångestsymtom, depressiva, eller psykosomatiska symtom, utan att fylla diagnoskriterier för ett ångestsyndrom eller en egentlig depression. Symtom i form av oro och ångest kan förekomma under lång tid efter en svår sorg eller annan krisreaktion, men funktionen återvinns vanligtvis efter kort tid.

Prognosen är god. I den mån behandling behövs, kan psykologiskt samtalsstöd, kortare psykoterapeutisk intervention eller farmakologisk behandling vara aktuell.

Funktionsnedsättning

Patientens funktionsförmåga kan på grund av affektiva eller psykosomatiska symtom vara nedsatt under kortare perioder. Patienten kan ha problem med kognitiva funktioner och koncentrationsförmåga.

Aktivitetsbegränsning

Lindrig anpassningsstörning behöver inte innebära några aktivitetsbegränsningar. I svårare fall kan patienten få svårigheter att lösa problem, fatta beslut, fokusera uppmärksamhet och att hantera stress och psykologiska krav. Dessutom kan patienten ha svårigheter att initiera, genomföra och avsluta uppgifter. Svårigheterna innebär även att konversera och samspela med andra människor.

Rehabiliteringsinformation

För närvarande saknas rehabiliteringsinformation.

Försäkringsmedicinsk information

En anpassningsstörning innebär försvårad eller fördröjd anpassning till förändrade livsomständigheter eller en belastande livssituation. Information om tillståndets natur och den goda prognosen ska alltid ges för att undvika medicalisering. Vid långvarigt eller avvikande förlopp görs en förnyad differentieldiagnostisk bedömning avseende samsjuklighet eller komplicerande faktorer. Om depression eller ångestsyndrom utvecklas gäller rekommendationerna för dessa tillstånd.

Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer

Det finns en spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter. Därför måste bedömningen av arbetsförmågan ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning. En ny bedömning ska ske innan sjukskrivningen förlängs.

- Vid lindrig anpassningsstörning är arbetsförmågan inte eller endast obetydligt nedsatt och sjukskrivning bör i sådana fall undvikas.
- Vid medelsvår till svår anpassningsstörning kan patienten sjukskrivas på heltid, alternativt partiellt, upp till 3 månader. Om depression eller ångestsyndrom utvecklas gäller rekommendationerna för dessa tillstånd.

De uppdaterade rekommendationerna börjar gälla från 30 januari 2017.

Bipolär sjukdom

Diagnoskod

F31

Huvudsakliga ändringar efter uppdatering

- Rekommenderad *sjukskrivningslängd* har förändrats. Tidigare fanns två rekommendationer för bipolär sjukdom. För dessa har svårighetsgraden nu angetts men rekommenderad sjukskrivningslängd kvarstår. En tredje rekommendation har tillkommit, svår bipolär sjukdom i kombination med permanent försämring efter skov eller progredierande förlopp och svår samsjuklighet (kan ge upphov till permanent nedsatt arbetsförmåga).
- De uppdaterade rekommendationerna föreslår när hel eller partiell sjukskrivning är lämplig.
- Information om *funktionsnedsättning* och *aktivitetsbegränsning* är densamma men har flyttats om inom rubrikerna.

Symtom, prognos, behandling

Bipolär sjukdom är ett livslångt tillstånd med hög ärftlighet. Tillståndet förlöper i maniska, hypomana, och depressiva skov och däremellan fritt intervall med varierande inslag av resttillstånd. Vid ett maniskt skov är patienten ofta i behov av heldygnsvård, eftersom psykotiska symtom förekommer. Hypomani är en lindrigare form av mani utan psykos och med lägre funktionsbortfall. Vid depressivt skov kan symtomen vara mycket svåra med stor självmordsrisk och mer atypiska.

Prognosen är vitt skiftande, från symtomfrihet under decennier till kronisk funktionsnedsättning. Risken för återinsjuknande ökar med antalet episoder. Grundbehandlingen är stämningsstabiliserande läkemedel på lång sikt och profylaktiskt. Akuta skov kräver specifik behandling. Överdödligheten är hög både som konsekvens av kroppsliga sjukdomar och självmord. Vid bipolär sjukdom kan psykiatriskt stöd behövas. Patient- och närståendebildning är ett värdefullt komplement till annan behandling. Även efter att depressionen läkt ut kan kognitiva funktionsbortfall kvarstå. Efter mani kan en långdragen depressiv period uppstå (postmanisk depression).

Obehandlat maniskt skov kan vara lång tid, mellan tre till nio månader eller mer. Med tidigt insatt och rätt dimensionerad farmakologisk behandling avklingar symtomen snabbare, vanligen på en till två månader, medan funktionsnedsättning i form av kognitiva symtom kan kvarstå i upp till ett år.

Obehandlat depressivt skov klingar normalt också av efter tre till nio månader (kortare tid med behandling) men kan ibland bli mer långvarigt med depressiva restsymtom. Efter upprepade depressiva skov kan tillståndet bli mer kroniskt och svårbehandlat (se även Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom, 2010).

Funktionsnedsättning

Under akuta skov kan funktionsförmågan vara mycket låg, på grund av problem med trötthet, energinivå, koncentrationssvårigheter och sömnsvårigheter. Under stabila faser varierar funktionsnivån från helt återställd till delvis återställd med bestående kognitiv funktionsnedsättning av olika grad. Dessa problem tenderar att förvärras med antal skov.

Aktivitetsbegränsning

Personer med bipolär sjukdom kan ha svårigheter att fokusera på sina arbetsuppgifter, lösa problem och hantera komplicerade uppgifter. Det handlar även om svårigheter att ta hand om sin egen person och sköta vanliga dagliga aktiviteter.

Rehabiliteringsinformation

För närvarande saknas rehabiliteringsinformation.

Försäkringsmedicinsk information

För patienter med bipolär sjukdom är det olämpligt med arbeten som medför förhöjd stressnivå, oregelbunden livsföring och som stör normal dygnsrytm. Var observant på alkoholanvändning och överkonsumtion av alkohol. Risken för självmord är kraftigt ökad. Överdödligheten är hög också i kroppsliga sjukdomar. Samsjuklighet med ångesttillstånd, personlighetsstörning eller missbruk eller social problematik kan försvåra sjukdomsbilden och behöver utredas.

Om patientens funktion inte återställs enligt förväntan rekommenderas testning av den kognitiva förmågan, funktionsbedömning och basal neuropsykiatrisk utredning.

Erfarenheten är att det inte finns könsskillnader i sjukskrivningsmönster, men det finns en stor risk för insjuknande i slutskede av graviditet och under första månaden efter förlossning vilket motiverar generös sjukskrivning.

Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer

Det finns en spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter. Därför måste bedömningen av arbetsförmågan ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning. En ny bedömning ska ske innan sjukskrivningen förlängs.

- Vid lindrig, medelsvår till svår bipolär sjukdom under och efter akuta skov kan hel sjukskrivning upp till 6 månader behövas. Gradvis upptrappning av arbetstid är lämpligt.

- Vid lindrig, medelsvår till svår bipolär sjukdom mellan skov med kognitiv funktionsnedsättning och depressiva restsymtom kan hel sjukskrivning, alternativ partiell sjukskrivning, behövas upp till 2 år.
- Vid svår bipolär sjukdom med permanent försämring efter skov eller progredierande förlopp och svår samsjuklighet kan arbetsförmågan bli permanent nedsatt.

De uppdaterade rekommendationerna börjar gälla från 30 januari 2017.

Bulimia nervosa

Diagnoskoder

F50.2, F50.3

Huvudsakliga ändringar efter uppdatering

- Rekommenderad *sjukskrivningslängd* har förändrats. Tidigare fanns två rekommendationer för bulimia nervosa, ingen sjukskrivning eller att sjukskrivning under behandling kan vara aktuellt. Nu har ytterligare rekommendationer tillkommit beroende på om det gäller lindrig till medelsvår bulimia nervosa (sjukskrivning bör undvikas), svår bulimia nervosa under pågående behandling (sjukskrivning upp till 6 månader) eller i kombination med samsjuklighet och när samtliga behandlingsinsatser haft utebliven effekt (kan ge upphov till långvarig eller permanent nedsatt arbetsförmåga).
- De uppdaterade rekommendationerna föreslår när hel eller partiell sjukskrivning är lämplig.
- Information om *funktionsnedsättning* och *rehabiliteringsinformation* fanns inte innan uppdateringen och har nu tillkommit.

Symtom, prognos, behandling

Bulimia nervosa förekommer i olika varianter och kännetecknas av återkommande hetsätningar med därpå följande beteenden avsedda att kompensera för vikteffekter (till exempel kräkningar). Liksom vid anorexia nervosa föreligger en patologisk fixering vid vikt och kroppsutseende. Tillståndet debuterar oftast i de övre tonåren och är vanligast hos flickor och unga kvinnor, (cirka 10 procent är pojkar eller unga män). Svårare kroppsliga symtom är relativt ovanliga.

Bulimia nervosa kan vara långdraget och pågå med olika intensitet under fem till femton år. För en mindre andel av de drabbade kan tillståndet bli livslångt. För de flesta patienter skiftar svårighetsgraden och symtomen påtagligt under förloppet.

Behandlingen är framför allt olika typer av psykopedagogiska eller psykoterapeutiska behandlingsinsatser. Farmakologisk behandling med antidepressiva preparat är också vanlig.

Funktionsnedsättning

Medelsvår till svår bulimia nervosa kan innebära betydande problem med trötthet, illamående, koncentrationssvårigheter, ångest och upptagenhet av mat (ej fokus på något annat). Därtill kan påverkan på hjärta och cirkulation, frätskador på tänderna och mag- och tarmproblem förekomma.

Aktivitetsbegränsning

Patienten får svårigheter att lösa problem, fatta beslut, fokusera uppmärksamhet och att hantera stress och psykologiska krav. Dessutom kan patienten ha svårigheter att sköta sin egen hälsa och genomföra dagliga rutiner. Aktivitetsbegränsningen innebär även svårigheter att konversera och samspela med andra människor.

Rehabiliteringsinformation

Om möjligt ska patienten ha regelbundna arbetstider så att regelbunden måltidsordning kan upprätthållas.

Försäkringsmedicinsk information

Personer med bulimia nervosa fungerar ofta socialt och i arbetslivet, dock inte med sin fulla förmåga. Periodvis kan tillståndet leda till svårare funktionsnedsättningar med bland annat fullständig social isolering. Vid långvariga fall av bulimia nervosa och när samtliga behandlingsinsatser haft utebliven effekt kan inte alltid full arbetsförmåga återställas. Arbete på deltid kan då vara ett alternativ för att undvika social isolering och att sjukdomen blir kronisk.

Tidig upptäckt och snabbt insatta kraftfulla behandlingsinsatser ökar påtagligt möjligheten för snabbt tillfrisknande. Samsjuklighet med depression, ångesttillstånd och missbruk är hög och det kan finnas behov av att behandlas samtidigt med ätstörningen. Patienten bör undvika stress eftersom stress ofta triggat hetsätning. Barn med bulimia nervosa som inte kan gå i skolan kan periodvis behöva stöd av att en vuxen finns hemma.

Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer

Det finns en spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter. Därför måste bedömningen av arbetsförmågan ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning. En ny bedömning ska ske innan sjukskrivningen förlängs.

- Vid lindrig till medelsvår bulimia nervosa bör sjukskrivning undvikas.
- Vid svår bulimia nervosa kan patienten sjukskrivas helt, alternativt partiellt, upp till 6 månader under pågående behandling.
- Vid svår bulimia nervosa med samsjuklighet och när samtliga behandlingsinsatser haft utebliven effekt kan arbetsförmågan bli långvarig eller i vissa fall permanent nedsatt.

De uppdaterade rekommendationerna börjar gälla från 30 januari 2017.

Depressiv episod

Diagnoskod

F32

Huvudsakliga ändringar efter uppdatering

- Rekommenderad *sjukskrivningslängd* har förändrats. Tidigare fanns två rekommendationer för depressiv episod där rekommendationen för lindrig depressiv episod var sjukskrivning upp till 3 månader och för medelsvår till svår depressiv episod var sjukskrivning upp till 6 månader eller mer. Efter uppdateringen gäller dessa rekommendationer, medan rekommendationen för lindrig förstagångsdepression (ingen sjukskrivning) har tillkommit.
- De uppdaterade rekommendationerna föreslår när hel eller partiell sjukskrivning är lämplig.
- Information om *funktionsnedsättning* har kompletterats.
- Information om *aktivitetsbegränsning* och *rehabiliteringsinformation* fanns inte innan uppdateringen och har nu tillkommit.

Symtom, prognos, behandling

Depressiv episod (F32) betecknar ett första insjuknande i depression. Om diagnosen förekommit tidigare, ska diagnosen recidiverande depression (F33) användas. Diagnosen depressiv episod omfattar en rad olika tillstånd, med delvis skilda symtom, prognos och svar på behandling. Symtombilden omfattar både somatiska och psykiska symtom. Identifierbar utlösande orsak utesluter inte att det kan handla om en egentlig depression som kräver behandling.

Symtomen vid lindrig och medelsvår depressiv episod kan behandlas psykologiskt eller psykoterapeutiskt behandling med kognitiv beteendeterapi, interpersonell psykoterapi (IPT) eller psykodynamisk korttidsterapi. Andra insatser är beteendeaktivering och stöd till fysisk aktivitet, enbart eller som tillägg. Svårare depressioner behandlas med antidepressiva läkemedel. Full effekt av evidensbaserad psykologisk behandling kan ske redan inom fyra veckor men mest sannolikt efter minst åtta veckor beroende på svårighetsgrad. Vid livshotande eller svårbehandlad depression är elbehandling (ECT), kombinationsbehandling med olika preparat samt psykologisk behandling ett alternativ. Samsjuklighet komplicerar behandlingen och kan försämra prognosen. Vid bedömning och eventuell omprövning av behandlingen är det viktigt att patienten är delaktig och behandlingsmålen tydliga. Målsättningen med behandlingen är fullständigt tillfrisknande (se även Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom, 2010).

Funktionsnedsättning

Depressiv episod påverkar den kognitiva funktionen t.ex. är problem med koncentration, minnesfunktioner eller ökad uttröttbarhet är ofta framträdande. Det är även vanligt med bristande initiativförmåga, motivation, humörslabilitet och uthållighet. Det finns stora variationer mellan olika svårighetsgrader. Svåra tillstånd kan medföra problem med uttalade sömnsvårigheter, nedsatt aptit, självmordstankar och stark ångest. Kognitiva problem kan kvarstå under lång tid och försvåra arbetsåtergång, särskilt vid arbeten som kräver hög koncentration.

Aktivitetsbegränsning

Begränsningen omfattar svårigheter att fatta beslut och oförmåga att planera. Vid svår depression kan den drabbade personen ha svårt att hantera vardagliga problem eller ta hand om sig själv. Social rädsla, skam- och skuldkänslor kan medföra undandragenhet och utveckling av fobiliknande svårigheter vid återgång i arbete och i kontakter med andra människor.

Patienten kan också få svårigheter att tänka, fokusera uppmärksamhet, att vara flexibel, ha svårt att komma igång med aktiviteter och svårigheter att hantera stress.

Rehabiliteringsinformation

Lindriga och medelsvåra tillstånd innebär ofta att patienten kan vara hjälpt av att bibehålla aktivitet och arbete, eventuellt med anpassning eftersom bristen på egen motivation annars kan leda till passivitet och försämring. Kontakt med arbetsgivare och arbetsförmedling för att planera arbetsanpassning och återgång i arbete är väsentligt redan på ett tidigt stadium.

Försäkringsmedicinsk information

Vid sjukskrivning för depressiv episod kan återgång i arbete normalt ske före avslutad behandling. Bibehållen aktivitet och arbete kan vara främjande för läkning. Okomplicerade förstagångsdepressioner uppnår vid adekvat behandling ofta förbättrad funktion inom tre månader. Full läkning kan dröja upp till sex månader och i vissa fall betydligt längre. Stora individuella skillnader förekommer. Depression bör redan initialt utredas och följas upp med skattningar av sjukdomens svårighetsgrad. Vid depression förekommer ofta psykisk och somatisk samsjuklighet t.ex. ångestsjukdom, missbruk, bipolär sjukdom, posttraumatiskt stressyndrom, social fobi, ätstörning eller neuropsykiatrisk problematik. Vid samsjuklighet behandlas de ingående diagnosticerade sjukdomarna samtidigt. Även psykosociala faktorer som stress och sorgreaktioner kan vara svåra att differentiera från depressiv episod.

Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer

Det finns en spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter. Därför måste bedömningen av arbetsförmågan ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning. En ny bedömning ska ske innan sjukskrivningen förlängs.

- Vid lindrig förstagångsdepression bör sjukskrivning undvikas.
- Vid lindrig depressiv episod kan patienten sjukskrivas upp till 3 månader i första hand partiell sjukskrivning för att i möjligaste mån bibehålla aktivitetsnivå och sociala kontakter.
- Vid medelsvår till svår depressiv episod kan arbetsförmågan vara nedsatt. Sjukskrivning på heltid, alternativt partiell sjukskrivning upp till 6 månader.

De uppdaterade rekommendationerna börjar gälla från 30 januari 2017.

Skadligt bruk av droger, drogberoende

Diagnoskod

F11, F12, F13, F14, F15, F16, F18, F19

Huvudsakliga ändringar efter uppdatering

- Rekommendationerna för *sjukskrivningslängd* har differentierats beroende på sjukdomens svårighetsgrad. Tidigare fanns fyra rekommendationer för skadligt bruk av droger, drogberoende – ingen sjukskrivning, 1–3 veckor, arbetsförmåga bedöms utifrån funktion, och upp till 6 månader. Efter uppdateringen finns fem rekommendationer. Under narkotikapåverkan (ingen sjukskrivning), akut komplicerat förlopp som kräver slutenvård (upp till 3 veckor och därefter 2 veckor i öppenvård), narkotikaberoendesyndrom i kombination med abstinens, uppkomna komplikationer, somatisk eller psykisk samsjuklighet och pågående behandling (upp till 3 månader), narkotikaberoendesyndrom i kombination med somatisk eller psykisk samsjuklighet och pågående behandling (upp till 6 månader) eller kroniska skador i kombination med samsjuklighet och när samtliga behandlingsinsatser haft utebliven effekt (kan ge upphov till permanent nedsatt arbetsförmåga).
- De uppdaterade rekommendationerna föreslår när hel eller partiell sjukskrivning är lämplig.
- Information om *aktivitetsbegränsning* och *rehabiliteringsinformation* fanns inte innan uppdateringen och har nu tillkommit.

Symtom, prognos, behandling

Drogpåverkan eller akut drogintoxikation betraktas inte som sjukdom. *Skadligt bruk* är när intaget av droger får psykiska, kroppsliga eller sociala konsekvenser, men beroendekriterierna inte uppfylls. Diagnosen *drogberoende* baseras på kriterier som toleransökning, abstinenssymtom, kontrollförlust och fortsatt användning trots skador. Diagnosen *substansberoendesyndrom* baseras på kriterierna toleransökning, substansspecifika abstinenssymtom, kontrollförlust, stark längtan efter substansen, prioritering av narkotikaanvändning högre än andra aktiviteter och förpliktelser och fortsatt användning trots skador.

Symtomen på narkotikaabstinens är beroende på vilken substans som använts. Vid t.ex. opiatabstinens är influensaliknande symtom vanliga och amfetaminanvändande kan ge svåra sömnproblem och paranoida vanföreställningar. Akuta abstinenssymtom kan variera mellan enstaka dagar till flera veckor. Typ av drog, intagets storlek och tidslängd påverkar tiden för

återhämtning. Återfall kan förekomma under det första året av drogfrihet. Två år utan beroendekriterier är att jämställa med utläkt.

Prognosen är god med tidig och rätt behandling samt vid behandlingsföljsamhet. Samsjuklighet behandlas med läkemedel och psykosocial behandling.

Funktionsnedsättning

Vid skadligt bruk kan kroppsliga skador uppkomma men framför allt funktionsnedsättningar kopplade till olika psykiatriska symtom. Vid drogberoende tillkommer kompulsivitet, d.v.s. tvångsmässighet att inta droger flera gånger om dagen, svårare kroppsliga skador och psykisk sjuklighet. Kognitiv funktionsnedsättning, nedstämdhet, långvarig kraftlöshet, matthet eller orkeslöshet med muskelsvaghet och sömnstörning efter långvarigt drogintag kan kvarstå i flera veckor, upp till tre månader, efter etablerad drogfrihet. Svårare fall av kognitiv funktionsnedsättning kan kvarstå upp till sex månader.

Aktivitetsbegränsning

Förekommande begränsningar av aktiviteter kan vara relaterade till svårigheter med uthållighet, att hantera stress, förändring och andra psykologiska krav, att vara uppmärksam, att lära nytt, att förstå instruktioner och att påbörja, genomföra och avsluta en uppgift.

Rehabiliteringsinformation

Patientens delaktighet är betydelsefull vid gemensam planering av behandling och för återgång i arbete. Samverkan med Försäkringskassan och kommunens socialtjänst är lämpligt vid lång sjukskrivning eller arbetslöshet. Vid användning av illegal narkotika förekommer ofta sociala problem och kriminalitet vilket kräver aktiva åtgärder för att främja rehabilitering.

Försäkringsmedicinsk information

Vid beroende kan sjukskrivning vara en del av behandlingen förutsatt att den är kopplad till kontroll av patientens narkotikafrihet, samt deltagande i medicinska och beteendeförändrande behandling. Sjukskrivning utan aktiv behandling kan leda till utebliven förbättring. Patienter kan sjukskrivas under tiden som de deltar i läkemedelassisterad behandling vid opioidberoende (LARO). Behandlingen innehåller medicinska och psykosociala insatser och sker på enheter som bedriver sådan behandling (se även Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, 2015 och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende, 2016). Förebyggande sjukskrivning för behandling är aktuell om behandlingen i sig hindrar närvaro på arbetsplatsen, exempelvis behandlingshem eller intensiv öppenvårdsbehandling såsom påbörjande av läkemedelassisterad behandling för opioidberoende.

Vid skadligt bruk av narkotika med akut komplicerat förlopp kan komplikationerna bli så framträdande att de i sig medför arbetsoförmåga och sjukskrivning.

Samsjuklighet med andra psykiska och somatiska sjukdomar (t.ex. depression, ångestsyndrom, begynnande psykos, personlighetsstörning, adhd, bipolär sjukdom och blodsmitta) är ofta förekommande. Vid samsjuklighet ska behandling ske parallellt, men funktionsförmågan bedömas utifrån respektive tillstånd. Under påverkat tillstånd eller abstinens finns risk för att individen förorsakar olyckor, exempelvis på arbetsplatsen eller i trafiken, och skadar både sig själv och andra.

Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer

Det finns en spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter. Därför måste bedömningen av arbetsförmågan ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning. En ny bedömning ska ske innan sjukskrivningen förlängs.

- Under narkotikapåverkan är arbetsförmågan nedsatt men är inte skäl för sjukskrivning.
- Vid lindrigt, medelsvårt till svårt skadligt bruk av narkotika droger med akut komplicerat förlopp som kräver slutenvård kan patienten sjukskrivas på heltid upp till 3 veckor och därefter 2 veckor i öppenvård.
- Vid medelsvårt till svårt narkotikaberoendesyndrom och abstinens, uppkomna komplikationer, samsjuklighet och pågående behandling kan patienten sjukskrivas på heltid eller partiellt upp till 3 månader.
- Vid svårt narkotikaberoendesyndrom och samsjuklighet och pågående behandling kan patienten sjukskrivas på heltid upp till 6 månader.
- Vid kroniska drogskador med samsjuklighet och när samtliga behandlingsinsatser haft utebliven effekt, kan arbetsförmågan bli permanent nedsatt.

De uppdaterade rekommendationerna börjar gälla från 30 januari 2017.

Generaliserat ångestsyndrom

Diagnoskod

F41.1

Huvudsakliga ändringar efter uppdatering

- Rekommenderad *sjukskrivningslängd* har förändrats. Tidigare fanns endast en rekommendation för generaliserat ångestsyndrom där det angavs att arbetsförmågan kan vara helt eller delvis nedsatt under 4 veckor. Den rekommendationen har ersatts med följande rekommendationer beroende på om det gäller lindriga till medelsvåra fall (sjukskrivning bör undvikas), medelsvåra till svåra fall (sjukskrivning upp till 4 veckor) eller svåra fall (längre än 4 veckor).
- De uppdaterade rekommendationerna föreslår när hel eller partiell sjukskrivning är lämplig.
- Information om *aktivitetsbegränsning* fanns inte innan uppdateringen och har nu tillkommit.

Symtom, prognos, behandling

Med generaliserat ångestsyndrom (GAD) avses ett kroniskt tillstånd av fluktuerande ångslan, oro och oförmåga att slappna av. Typisk är en närmast kontinuerlig, okontrollerbar förväntansoro som rör t.ex. de egna barnens hälsa, privatekonomin och arbetet. Den autonoma överaktiviteten som är förbunden med oron ger kroppsliga obehag.

Generaliserat ångestsyndrom debuterar vanligen tidigt och har ett livslångt fluktuerande förlopp.

Generaliserat ångestsyndrom behandlas med kognitiv beteendeterapi eller farmakologiskt. Med konsekvent, evidensbaserad behandling, kan de negativa konsekvenserna begränsas avsevärt (se även Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom, 2010).

Funktionsnedsättning

De funktionsnedsättningar som är förknippade med generaliserat ångestsyndrom är problem med oro, oförmåga att slappna av, uttrötthet, lättretlighet, sömnstörning och kroppsliga obehag som muskelspänning, svettning, hjärtklappning, mag- och tarmbesvär.

Aktivitetsbegränsning

Generaliserat ångestsyndrom innebär svårigheter att påbörja, utföra och slutföra arbetsuppgifter som en följd av trötthet, att upprätthålla uppmärk-

samhet och oro. Lättretlighet och rädsla påverkar aktiviteter i vardagen och i arbetslivet.

Rehabiliteringsinformation

För närvarande saknas rehabiliteringsinformation.

Försäkringsmedicinsk information

Patienter med generaliserat ångestsyndrom fungerar oftast socialt och i arbetslivet, men inte med sin fulla förmåga p.g.a. det ständiga stresspåslag som sjukdomen för med sig. De olika följdtilstånd (sömnstörning, kroppsliga obehag m.m.) förekommer periodvis.

Åtgärder, t.ex. extensiva somatiska utredningar, riskerar att befästa sjukdomstillståndet och bör undvikas till förmån för aktiva behandlings- och rehabiliteringsinsatser. Samsjuklighet med depressions- eller missbrukssjukdom är vanligt och bör utredas. Risken för återkommande episoder med funktionssvikt är hög och det kan finnas behöva av farmakologisk långtidsbehandling.

Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer

Det finns en spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter. Därför måste bedömningen av arbetsförmågan ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning. En ny bedömning ska ske innan sjukskrivningen förlängs.

- Vid lindrigt till medelsvårt generaliserat ångestsyndrom bör sjukskrivning om möjligt undvikas.
- Vid medelsvårt till svårt generaliserat ångestsyndrom kan arbetsförmågan vara tillfälligt nedsatt upp till 4 veckor, partiell sjukskrivning bör övervägas.
- Vid svårt generaliserat ångestsyndrom kan sjukskrivningstiden vara längre än 4 veckor med sjukskrivning på heltid eller partiellt.

De uppdaterade rekommendationerna börjar gälla från 30 januari 2017.

Paniksyndrom

Diagnoskod

F41.0

Huvudsakliga ändringar efter uppdatering

- Rekommendationerna för *sjukskrivningslängd* har differentierats beroende på sjukdomens svårighetsgrad. Innan uppdateringen var rekommendationen att sjukskrivning bör undvikas men att arbetsförmågan kan vara nedsatt i 4 veckor. Efter uppdateringen finns rekommendation för lindriga fall (sjukskrivning bör undvikas), medelsvåra (upp till 4 veckor) och svåra fall (längre än 4 veckor).
- De uppdaterade rekommendationerna föreslår när hel eller partiell sjukskrivning är lämplig.
- Informationen om *aktivitetsbegränsning* och *rehabiliteringsinformation* fanns inte före uppdateringen och har nu tillkommit.

Symtom, prognos, behandling

Paniksyndrom innebär återkommande oväntade panikattacker med plötsliga upplevelser av intensiv rädsla utan att det finns någon tydlig yttre orsak. Ungefär i hälften av fallen föregås panikattacken av en tids olust, spänning, nedstämdhet, och svårighet att koppla av. Stark rädsla för nya panikattacker eller konsekvenser av dem förekommer oftast. Agorafobi (torgskräck) är en annan vanlig konsekvens av panikattackerna. Enstaka panikattacker kan förekomma utan konsekvenser och som del i symtombilden vid de flesta psykiska sjukdomar. En panikattack karakteriseras av flera olika typer av symtom såsom yrsel, svårigheter att andas, hjärtklappning och dödsskräck. Symtomen kommer plötsligt och når snabbt sitt maximum. En rädsla för att ha drabbats av en allvarlig kroppslig sjukdom är vanlig och kan innebära upprepade besök inom akutsjukvården.

Paniksyndrom behandlas med kognitiv beteendeterapi eller farmakologiskt. Information är en viktig del av behandlingen. Tillståndet kan i de flesta fall behandlas effektivt. Läkemedelsbehandlingen kan bli flerårig (se även Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom, 2010).

Funktionsnedsättning

Funktionsnedsättningar är problem med yrsel, andningssvårigheter, hjärtklappning och dödsskräck. Dessutom kan patienten ha problem med olust, spänning, nedstämdhet och svårigheter att koppla av.

Aktivitetsbegränsning

Under själva attacken har patienten svårigheter att utföra eller delta i aktiviteter påtagligt begränsad. Svårigheter att lösa problem, fokusera och genomföra vanliga vardagliga rutiner förekommer, särskilt under stress. Förväntansångest inför nya attacker leder i varierande grad till ett undvikande av situationer och platser.

Rehabiliteringsinformation

Återgång till arbetsplatsen integreras i behandlingen. Vid svåra fall av paniksyndrom med agorafobi kan det vara nödvändigt att insatser sker i hemmet för att bryta undvikanden.

Försäkringsmedicinsk information

Sjukskrivning kan leda till ökat undvikande och förstärkning av syndromet. Vid paniksyndrom är information om tillståndets ofarlighet avgörande i det initiala skedet och måste upprepas och förstärkas med självhjälpsmaterial och hänvisning till relevant patientinformation. Samsjuklighet med depression eller beroendesjukdom är vanligt och bör utredas. Somatisk differentialdiagnos bör övervägas. Vid sjukskrivningstider längre än 3 månader kan psykiatrisk kompetens behövas för att bedöma arbetsförmågan.

Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer

Det finns en spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter. Därför måste bedömningen av arbetsförmågan ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning. En ny bedömning ska ske innan sjukskrivningen förlängs.

- Vid lindrigt paniksyndrom bör sjukskrivning om möjligt undvikas.
- Vid medelsvårt paniksyndrom kan arbetsförmågan vara tillfälligt nedsatt upp till 4 veckor, partiell sjukskrivning bör övervägas.
- Vid svårt paniksyndrom och agorafobi kan patienten sjukskrivas längre än 4 veckor, partiell sjukskrivning bör övervägas.

De uppdaterade rekommendationerna börjar gälla från 30 januari 2017.

Psykotiska syndrom

Diagnoskoder

F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29, F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8, F20.9, F21.9, F22.0, F22.8, F22.9, F23.0, F23.1, F23.2, F23.3, F23.8, F23.9, F24.9, F25.0, F25.1, F25.2, F25.8, F25.9, F28.9, F29.9

Huvudsakliga ändringar efter uppdatering

- Rekommenderad *sjukskrivningslängd* har förändrats. Tidigare fanns två rekommendationer för psykotiska syndrom, vid förstagångsinsjuknande rekommenderades 1 år eller längre sjukskrivning och vid återinsjuknade rekommenderades att sjukskrivningen ytterligare ökades. Nu har rekommendationerna formulerats om. Vid psykotiska syndrom rekommenderas sjukskrivning upp till 1 år eller längre med gradvis återgång till arbete under rehabiliteringsfasen och vid psykotiska syndrom med svårare, kroniska tillstånd kan arbetsförmågan vara permanent nedsatt.
- Information om *funktionsnedsättning* har kompletterats.
- Information om *aktivitetsbegränsning* fanns inte innan uppdateringen och har nu tillkommit.
- *Rehabiliteringsinformation* har kompletterats.

Symtom, prognos, behandling

Psykotiska syndrom delas grovt in i schizofreni och övriga psykoser. Cykloida psykoser och reaktiva psykoser kan vara svåra tillstånd som kräver psykiatrisk slutenvård, men tillstånden kan avklinga snabbt.

Prognosen är normalt sämre vid schizofreni. I många fall har sjukdomen ett förlopp med återkommande skov. Forskning ger stöd för en indelning i faser som skiljer sig åt vad gäller förlopp, risker och vårdbehov. Den akuta fasen (cirka en till tre månader) kräver ofta slutenvård. Stabiliseringsfasen (ofta ett år eller mera) karakteriseras av svårigheter som kan yttra sig på många sätt, t.ex. känslighet för sinnesintryck och krav. I akutfasen är den främsta målsättningen att minimera risker som självmord och våldshandlingar, att utreda tillståndet och att behandla symtom. I stabiliseringsfasen är målet att stabilisera och normalisera tillvaron.

Standardbehandling är antipsykotisk medicinering, effektivt mot positiva symtom (t.ex. hallucinationer) men mindre effektivt mot negativa (t.ex. apati, ambivalens) och kognitiva symtom (t.ex. perceptions- och minnessvårigheter). Behandling vid schizofreni behöver i flertalet fall innefatta psykosociala insatser som kognitiv beteendeterapi och social färdighetsträning (se även Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliktande tillstånd, 2014 och Nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliktande tillstånd, 2011).

Varaktighet och grad av nedsättning av funktionen varierar mycket mellan individer, även vid optimal behandling. I många fall kan en sammanlagd tid på upp till flera år behövas för behandling och arbetslivsinriktad rehabilitering. I en betydande andel av fallen blir funktionsförmågan helt eller delvis permanent nedsatt. Personer som haft cykloida psykoser eller reaktiva psykotiska tillstånd har dock i allmänhet en bättre prognos.

Funktionsnedsättning

Psykotiska syndrom medför bl.a. problem med förändrad verklighetsuppfattning och medvetande-, orienterings- och intellektuella funktioner påverkas. Patienter med kronisk psykosjukdom får som följd av sjukdomen, vanligtvis nedsatt kognitiv, psykologisk och social funktion. Patienterna har ofta en vitalitetsförlust.

Aktivitetsbegränsning

Patienter med långvarig psykosjukdom får varaktiga svårigheter med exekutiva funktioner såsom lösa problem, att genomföra enklare och svårare uppgifter och att klara ett vardagligt liv. Patienterna har svårigheter med social samvaro, att skapa och bibehålla relationer med personer samt att engagera sig i socialt liv, vilket kan leda till konflikter på arbetsplatsen.

Rehabiliteringsinformation

Rehabiliterande insatser behöver sättas igång tidigt i sjukdomsprocessen. I den stabila remissionsfasen kan arbetslivsinriktad rehabilitering och återgång till ett, så långt möjligt, normalt liv i samhället vara lämpligt. För att patienter ska kunna arbeta krävs en skyddad arbetsmiljö med anpassade krav. Det är viktigt att patienten engageras och blir delaktig i rehabiliteringen. När rehabiliteringen inte fullföljs och upprepade försök med praktik misslyckas ser man över om det finns hindrande sociala faktorer.

Supported employment (arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser) utgår från patientens vilja att delta i arbetslivet, vilket kan minska risken för återfall och öka förmågan till självständigt liv. Supported employment innebär att patienten arbetar på en vanlig arbetsplats men har en anpassad och flexibel arbetstid och kravnivå. Patienten har dessutom tillgång till någon form av stöd i arbetssituationen.

Försäkringsmedicinsk information

Vid psykotiska syndrom finns det stora individuella skillnader i förmågan att återgå till en daglig sysselsättning främst beroende på grad av kognitiv funktionsnedsättning efter akut fas. Samsjuklighet med skadligt bruk av substanser förekommer. Vid vanföreställningssyndrom kan en ökad risk för konflikter på arbetsplatsen som kan leda till sjukskrivning. Bedömningen av sjukskrivningens längd kan göras med hjälp av symtomskattning, neurokognitiva

test, arbetsterapeutisk funktionsbedömning samt patientens upplevelse av stress och svårigheter.

Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer

Det finns en spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter. Därför måste bedömningen av arbetsförmågan ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning. En ny bedömning ska ske innan sjukskrivningen förlängs.

- Vid psykotiska syndrom kan sjukskrivning på heltid upp till ett år eller längre behövas. I rehabiliteringsfasen kan en gradvis minskande sjukskrivningsgrad vara bra.
- Vid psykotiska syndrom med svårare, kroniska tillstånd kan arbetsförmågan bli permanent nedsatt.

De uppdaterade rekommendationerna börjar gälla från 30 januari 2017.

Posttraumatiskt stressyndrom

Diagnoskod

F43.1

Huvudsakliga ändringar efter uppdatering

- Rekommenderad *sjukskrivningslängd* har förändrats. Tidigare fanns endast en rekommendation för PTSD som innebar att symtomens svårighetsgrad skulle vara vägledande för bedömning. Nu har nya rekommendationer tagits fram beroende på om det gäller lindrig eller inte fullt utvecklad PTSD och när arbetet innebär ett socialt stöd (ingen sjukskrivning), lindrig till medelsvår PTSD (sjukskrivning upp till 3 månader), medelsvår till svår PTSD i kombination med psykisk eller somatisk samsjuklighet (sjukskrivning upp till 12 månader) eller svår PTSD med uttalad samsjuklighet och när samtliga behandlingsinsatser haft utebliven effekt (kan ge upphov till permanent nedsatt arbetsförmåga).
- De uppdaterade rekommendationerna föreslår när hel eller partiell sjukskrivning är lämplig.
- Information om *funktionsnedsättning*, *aktivitetsbegränsning* och *rehabiliteringsinformation* fanns inte innan uppdateringen och har nu tillkommit.

Symtom, prognos, behandling

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är ett tillstånd som uppstår som fördröjd eller långvarig reaktion på ett trauma av exceptionellt hotande eller katastrofalt slag. Definitionsmässigt används diagnosen först fyra veckor efter traumat. Symtomen kan utvecklas efter ett långt fritt intervall. Karakteristiska symtom är flashbacks (återupplevande av den traumatiska situationen), dagtid eller nattetid (som mardrömmar), ett fobiskt undvikande av situationer som påminner om traumat, samt generella spänningssymtom och försämrad affektkontroll.

Prognosen är bättre för nydebuterade fall som snabbt kommer under behandling. Behandlingen är huvudsakligen psykologisk, eventuellt med tillägg av läkemedelsbehandling. Varaktigheten varierar mellan individer men kan förkortas med behandling. För en minoritet blir tillståndet kroniskt, ibland fluktuerande och någon gång livslångt (se även Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom, 2010).

Funktionsnedsättning

De funktionsnedsättningar som är förknippade med posttraumatiskt stressyndrom är problem med koncentrationsförmåga, nedsatt minne, trötthet, sömnsvårigheter, ångest, risk för impulsgenombrott, känslomässig

stumhet och affektiv avflackning. Det finns ofta ett tillstånd av autonom irritabilitet.

Aktivitetsbegränsning

Begränsningen omfattar undvikande av aktiviteter och situationer som associerar till traumat. Patienten kan också dra sig undan andra människor och undvika nära emotionella relationer med andra personer. Andra svårigheter är nedsatt reaktivitet på omgivningsfaktorer samt växlingar mellan oförmåga att uttrycka känslor och att drabbas av överflödande känslor, så att självkontrollen förloras och känsloutbrott utlöses. Patienten kan ha inlärningssvårigheter, nedsatt stresstolerans och få svårigheter att känna engagemang.

Rehabiliteringsinformation

Ibland kan arbete vara ett stöd i rehabiliteringen, eventuellt med anpassade arbetsuppgifter.

Försäkringsmedicinsk information

Vid posttraumatiskt stressyndrom förekommer stora individuella skillnader när det gäller arbetsförmåga. Funktionsförmågan och arbetsförmågan kan vara helt eller partiellt nedsatt under perioder av stark ångest. Samsjuklighet med andra psykiatriska diagnoser (t.ex. ångest och depression) samt somatisk sjuklighet är vanligt och självmordstankar är inte ovanliga. Risken för att utveckla posttraumatiskt stressyndrom är särskilt stor vid erfarenheter av interpersonellt våld eller hot mot närstående. Samtidiga traumatiska förluster och känslor av skuld kan förvärra situationen.

Även hos tidigare välfungerande individer kan koncentrationssvårigheter och triggers på arbetsplatsen vid single-trauma PTSD utgöra en risk för arbetsolyckor. Arbetsmiljön kan innebära påminnelsestimuli som kan framkallar flashbacks och därmed innebära en risk för försämring. Frånvaron av socialt stöd eller pågående hotbild kan påverka tillståndet.

Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer

Det finns en spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter. Därför måste bedömningen av arbetsförmågan ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning. En ny bedömning ska ske innan sjukskrivningen förlängs.

- Vid lindrig eller inte fullt utvecklad PTSD och när arbetet innebär ett socialt stöd bör sjukskrivning i sådana fall undvikas.
- Vid lindrig till medelsvår PTSD kan patienten sjukskrivas partiellt eller på heltid upp till 3 månader.

- Medelsvår till svår PTSD med psykisk eller somatisk samsjuklighet kräver ofta längre sjukskrivning partiellt eller heltid upp till 1 år.
- Vid svår PTSD med uttalad samsjuklighet och när samtliga behandlingsinsatser haft utebliven effekt kan arbetsförmågan bli permanent nedsatt.

De uppdaterade rekommendationerna börjar gälla från 30 januari 2017.

Recidiverande depression

Diagnoskod

F33

Huvudsakliga ändringar efter uppdatering

- Rekommenderad *sjukskrivningslängd* har förändrats. Tidigare fanns endast en rekommendation för recidiverande depression där rekommendationen var sjukskrivning upp till 6 månader eller längre. Nu har nya rekommendationer tillkommit beroende på om det gäller lindriga fall i akut fas (sjukskrivning upp till 6 månader), medelsvåra fall med kvarstående kognitiv funktionsnedsättning (sjukskrivning ytterligare 6 månader) eller svåra fall (kan ge upphov till permanent nedsatt arbetsförmåga).
- De uppdaterade rekommendationerna föreslår när hel eller partiell sjukskrivning är lämplig.
- Tidigare information om *funktionsnedsättning* har fördelats under denna rubrik och rubriken *aktivitetsbegränsning*, även ny information om aktivitetsbegränsning har tillkommit.
- *Rehabiliteringsinformation* fanns inte innan uppdateringen och har nu tillkommit.

Symtom, prognos, behandling

Recidiverande depression innebär ett eller flera återinsjuknanden (recidiv) efter en första depression. Symtombilden omfattar både somatiska och psykiska symtom. Kognitiv störning (t.ex. koncentrationssvårigheter, minnesstörning eller ökad uttrötthet) är ofta framträdande. Episoderna blir ofta djupare, långvarigare och tätare ju fler recidiv som inträffar. Vid tidig debutålder är risken för recidiv högre. Återkommande depressioner kan vara del av bipolär sjukdom. Profylaktisk, psykologisk eller medicinsk behandling kan bli aktuell, samt patientutbildning och familjestöd. Målsättningen med behandlingen är fullständigt tillfrisknande.

Funktionsnedsättning

Funktionsnedsättningen innebär att patienten får problem med trötthet, energibrist, nedsatt minne, bristande initiativförmåga, bristande motivation och uthållighet. Ofta ökar graden av funktionsnedsättningen med antalet depressioner. Vid kvarstående symtom mellan skoven är risken större för försämrad funktion på sikt.

Aktivitetens begränsning

Begränsningen innebär svårigheter med att fatta beslut, att planera, nedsatt stresstolerans, att fokusera uppmärksamhet, nedsatt flexibilitet, att komma igång med aktiviteter. Vid svår depression kan den drabbade personen få svårigheter att hantera problem i arbets- och vardagslivet eller ta hand om sig själv.

Rehabiliteringsinformation

Det är väsentligt att kontakta arbetsgivare och arbetsförmedling för att planera arbetsanpassning och återgång i arbete redan på ett tidigt stadium i sjukdomsförloppet.

Försäkringsmedicinsk information

Stora individuella skillnader förekommer vid samtliga svårhetsgrader av recidiverande depression. Det är angeläget att behandla recidiverande depression aktivt. Kontinuerlig skattning eller självskattning av depressionens svårhetsgrad är viktig för att utvärdera resultatet av den pågående behandlingen. Risken för återfall ökar med antalet tidigare depressioner. Risken för återfall är också större vid kvarstående symtom efter tidigare episoder.

Utan samsjuklighet och kognitiva restsymtom är förväntad tid för helt återvunnen funktionsförmåga den samma som vid depressiv episod, d.v.s. upp till 6 månader. Vid komplicerande samsjuklighet, kvarstående kognitiv nedsättning, eller efter flera tidigare depressioner, kan tiden bli längre (se även Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom, 2010).

Samsjuklighet med annan psykisk och somatisk sjukdom (t.ex. ångestsyndrom, missbruk, neuropsykiatrisk problematik eller om den recidiverande depressionen är del av ett bipolärt syndrom) ska uppmärksammas och behandlas. Om sjukfallet inte avslutats inom ramen för rekommenderad sjukskrivning kan psykiatrisk kompetens behövas för att bedöma arbetsförmågan.

Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer

Det finns en spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter. Därför måste bedömningen av arbetsförmågan ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning. En ny bedömning ska ske innan sjukskrivningen förlängs.

- Vid lindrig recidiverande depression i akut fas kan arbetsförmågan vara nedsatt och sjukskrivning behövas på heltid, alternativt partiell sjukskrivning, upp till 6 månader.
- Vid medelsvår recidiverande depression, med kvarstående kognitiv funktionsnedsättning, kan sjukskrivning behövas upp till 1 år eller längre, överväg partiell sjukskrivning.

- Vid svår recidiverande depression kan inte alltid full arbetsförmåga återställas.

De uppdaterade rekommendationerna börjar gälla från 30 januari 2017.

Social fobi

Diagnoskod

F40.1

Huvudsakliga ändringar efter uppdatering

- Rekommendationerna för *sjukskrivningslängd* är oförändrade men har differentierats beroende på sjukdomens svårighetsgrad.
- De uppdaterade rekommendationerna föreslår när hel eller partiell sjukskrivning är lämplig.
- Informationen om *funktionsnedsättning* har flyttats till information om *aktivitetsbegränsning*. Ny information om *funktionsnedsättning* har förts in.
- *Rehabiliteringsinformation* fanns inte innan uppdateringen och har nu tillkommit.

Symtom, prognos, behandling

Social fobi kännetecknas av en stark rädsla för andras uppmärksamhet och för att reagera på ett sätt som blir generande eller förödmjukande. Exempel på sådana situationer är att träffa främmande människor, svara i telefon, och att tala eller uppträda inför andra. Symtom som rodnad, hjärtklappning och koncentrationssvårigheter är vanliga. Fobin leder ofta till en överdriven uppmärksamhet på det egna beteendet och ett undvikandebeteende som kan kraftigt begränsa möjligheterna att fungera i sociala sammanhang.

Social fobi debuterar vanligen i de tidiga tonåren och har ett ofta livslångt, fluktuerande förlopp.

Social fobi behandlas med kognitiv beteendeterapi (bryta fobiska beteenden) eller farmakologiskt. Konsekvent, evidensbaserad behandling har i många fall god effekt på symptomen (se även Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom, 2010).

Funktionsnedsättning

Social fobi innebär problem med starka fysiska reaktioner i utsatta situationer. Funktionsnedsättningen kan innebära problem med självförtroende, självfokuserad uppmärksamhet och koncentrationssvårigheter.

Aktivitetsbegränsning

Obehandlad social fobi för med sig betydande svårigheter vid, och inför, social interaktion. Tillståndet kan medföra undvikandebeteende som innebär svårigheter i samband med sociala aktiviteter i yrkeslivet och i andra sociala situationer.

Rehabiliteringsinformation

Vid mycket svåra fall av social fobi med samsjuklighet och fobisk personlighetsstörning kan det vara nödvändigt att insatser sker i hemmet för att bryta undvikanden.

Försäkringsmedicinsk information

Vid social fobi är information om tillståndets ofarlighet avgörande i initialskedet och måste upprepas och förstärkas med självhjälpmaterial och hänvisning till relevant patientinformation. Samtidig depression eller missbruk är vanliga komplikationer som utreds och åtgärdas.

Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer

Det finns en spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter. Därför måste bedömningen av arbetsförmågan ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning. En ny bedömning ska ske innan sjukskrivningen förlängs.

- Vid lindrig till medelsvår social fobi bör sjukskrivning om möjligt undvikas.
- Vid medelsvår till svår social fobi kan arbetsförmågan vara tillfälligt nedsatt. Sjukskrivningstiden bör vara kort, upp till 4 veckor, överväg partiell sjukskrivning.

De uppdaterade rekommendationerna börjar gälla från 30 januari 2017.

Tvångssyndrom

Diagnoskod

F42

Huvudsakliga ändringar efter uppdatering

- Rekommendationerna för *sjukskrivningslängd* har differentierats beroende på sjukdomens svårighetsgrad. Tidigare fanns endast en rekommendation för tvångssyndrom där rekommendationen var att sjukskrivning kan vara nödvändigt i upp till 6 veckor. Efter uppdateringen finns fyra olika rekommendationer beroende på om sjukdomen är lindrig till medelsvår (sjukskrivning bör undvikas), medelsvår till svår (upp till 8 veckor), svår (upp till 6 månader) eller svår i kombination med att samtliga behandlingsinsatser har haft utebliven effekt (permanent nedsatt arbetsförmåga).
- De uppdaterade rekommendationerna föreslår när hel eller partiell sjukskrivning är lämplig.
- Informationen om *funktionsnedsättning* har flyttats till information om *aktivitetsbegränsning*. Ny information om *funktionsnedsättning* har förts in.
- *Rehabiliteringsinformation* fanns inte innan uppdateringen och har nu tillkommit.

Symtom, prognos, behandling

Tvångssyndrom kännetecknas av tvångstankar som innefattar påträngande, oönskade och obehagliga tankar gällande till exempel smuts och smitta, rädsla för att skada sig själv eller någon annan, obehag kring asymmetri, sexuella tvångstankar eller vidskepliga tvångstankar. I tillståndet ingår även tvångshandlingar t.ex. tvätt-, kontrollerings-, räkne- och samlartvång och problemskapande undvikande beteende. Tillståndet debuterar ofta före puberteten. Tvångssyndrom är ofta långvariga, kroniska tillstånd. Samsjuklighet kan försämra prognosen.

Tidig identifiering och behandlingsinsatser kan förebygga ytterligare psykisk ohälsa. Tvångssyndrom behandlas med kognitiv beteendeterapi eller farmakologiskt. Läkemedelsbehandlingen understiger sällan ett år. Det finns även patienter där samtliga behandlingsinsatser haft utebliven effekt (se även Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010).

Funktionsnedsättning

Tvångssyndrom karakteriseras av problem med tvångstankar och tvångshandlingar som individuellt skiljer i svårighetsgrad. Patienten kan ha problem med återkommande ångestväckande tankar och nedsatt koncentrationsförmåga.

Aktivitetsbegränsning

Tvångssyndrom kan medföra betydande svårigheter i vardagliga aktiviteter och social interaktion. Tidskrävande tvångstankar och tvångshandlingar kan begränsa möjligheten att fokusera, tänka, lösa problem och fatta beslut. Även svårigheter att ta till sig instruktioner och att utföra och avsluta aktiviteter förekommer.

Rehabiliteringsinformation

Vid svåra fall kan det vara nödvändigt att bedömningen och initiala insatser sker i hemmet. Anhöriginformation och utbildning är viktig.

Försäkringsmedicinsk information

Tidig information om tillståndet i form av självhjälpmaterial och hänvisning till relevant patientinformation kan göra stor skillnad. Lång sjukdomsduration före diagnos, samt affektiv och neuropsykiatrisk samsjuklighet, kan innebära förlängda tider till förbättring. Samsjuklighet med andra tvångstillstånd, depression, ångestsyndrom och autismspektrumtillstånd, dysmorfofobi (inbillad fulhet) och Tourettes syndrom (tics) förekommer.

För personer med tvångssyndrom kan det vara svårt att själva ta kontakt med vården. Återbud eller att utebli från möten kan vara en del av symtombilden.

Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer

Det finns en spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter. Därför måste bedömningen av arbetsförmågan ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning. En ny bedömning ska ske innan sjukskrivningen förlängs.

- Vid lindrigt till medelsvårt tvångssyndrom kan sjukskrivning i många fall undvikas.
- Vid medelsvårt till svårt tvångssyndrom kan arbetsförmågan vara tillfälligt nedsatt. Sjukskrivningstiden bör vara kort, upp till 8 veckor, överväg partiell sjukskrivning.
- Vid svårt tvångssyndrom kan sjukskrivning upp till 6 månader heltid, alternativt partiell sjukskrivning behövas.
- Vid svårt tvångssyndrom när samtliga behandlingsinsatser har haft utebliven effekt kan arbetsförmågan vara permanent nedsatt.

De uppdaterade rekommendationerna börjar gälla från 30 januari 2017.

Utmattningssyndrom

Diagnoskod

F43.8

Huvudsakliga ändringar efter uppdatering

- Rekommendationerna för *sjukskrivningslängd* har differentierats beroende på hur uttalade de kognitiva svårigheterna är. Tidigare fanns endast en rekommendation för utmattningssyndrom där rekommendationen var sjukskrivning upp till 6 månader, 1 år eller längre. Efter uppdateringen finns två rekommendationer, i akut fas (sjukskrivning upp till 6 månader) och vid kvarstående kognitiva svårigheter (sjukskrivning upp till 1 år eller längre).
- De uppdaterade rekommendationerna föreslår när hel eller partiell sjukskrivning är lämplig.
- Information om *funktionsnedsättning* har kompletterats.
- Information om *aktivitetsbegränsning* och *rehabiliteringsinformation* fanns inte innan uppdateringen och har nu tillkommit.

Symtom, prognos, behandling

Utmattningssyndrom innebär uttalad fysisk och psykisk utmattning efter långvarigt stresspåslag. Den akuta fasen föregås av en prodromal fas som kan pågå i flera år med fluktuerande symtom. Det akuta insjuknandet innebär allvarligare stadier av psykisk och fysisk utmattning, med en avancerad symtombild. Den akuta fasen avklingar vanligen inom några veckor för att ersättas av en återhämtningsfas, som kan pågå i många år med kvardröjande symtom och uttalad stressintolerans. (se kriterier publicerade i Utmattningssyndrom - Stressrelaterad psykisk ohälsa, Socialstyrelsen, 2003). Till symtombilden hör omfattande och funktionsnedsättande kognitiva störningar, ofta i kombination med uttalade affektiva problem (gränsande till depression eller ångestsjukdom), samt olika somatiska symtom.

Behandlingen baseras på psykologiskt stöd för att skapa balans mellan aktivitet och vila, för att undvika återinsjuknande. Symtomatisk behandling inriktas på att understödja sömn och minska oro. Sömnstörning är vanligt och regelbundna vanor och fysisk aktivitet spelar en avgörande roll både för symptomförbättring och för arbetsåtergång. Behandling med psykoterapeutiska metoder kan vara aktuellt.

Funktionsnedsättning

Utmattningssyndrom kan innebära betydande kognitiva svårigheter, exempelvis problem med koncentrationssvårigheter och minnesproblem. Patienten kan få bristande orienteringsförmåga i det initiala skedet. Andra problem är

initiativsvårigheter, känslomässig labilitet eller irritabilitet och känslighet för framför allt ljud. Problem med nedsatt psykisk uthållighet, kroppslig svaghet och uttrötthet, sömn och svårigheter att hålla balansen, ibland yrsel, förekommer också.

Aktivitetsbegränsning

Aktivitetsbegränsningen innebär att patienten får svårigheter att genomföra arbetsuppgifter som kräver goda kognitiva funktioner som att organisera aktiviteter och att utföra arbete som innebär många olika uppgifter eller möten med många olika personer. Ofta får patienten svårigheter att delta i samtal och att hantera krav eller att göra saker under tidspress.

Rehabiliteringsinformation

Rehabiliteringen innefattar livsstilsförändring, stresshantering och gradvis återgång i normaliserad livsföring. Om arbetsituationen är en dominerande stressfaktor är det bra om företagshälsovård och arbetsgivare tidigt kopplas in. Arbetsituationen kan förändras för att skapa förutsättningar för återgång i tidigare arbete. Ibland kan det vara mer fördelaktigt att rehabilitera till ett annat arbete eller en annan typ av arbetsuppgifter. Välavgränsade och för personen väldefinierade arbetsuppgifter utan krav på många sociala kontakter är ofta att föredra vid återgång i arbete. En gradvis återgång i arbete behövs. Att direkt återgå i fullt arbete är oftast kontraproduktivt.

Försäkringsmedicinsk information

Syndromet beror ofta på en kombination av stressfaktorer både privat och på arbetsplatsen under en längre tid. Viktigt är att uppmärksamma potentiella stressfaktorer även utanför arbetet.

Om arbetsituationen är en dominerande stressfaktor eller om det finns stadigvarande konflikter på arbetsplatsen är en återgång mindre realistisk. Då är det bra om en dialog kring förutsättningar att byta arbetsplats initieras. Fobiska undvikandereaktioner gentemot arbetsplatsen är inte ovanliga och kan behöva hanteras.

Vid långvarigt eller avvikande förlopp görs en förnyad bedömning avseende samsjuklighet eller komplicerande faktorer. Det är viktigt att tidigt få en differentialdiagnostisk bedömning, avseende somatisk eller psykisk sjukdom.

Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer

Det finns en spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter. Därför måste bedömningen av arbetsförmågan ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning. En ny bedömning ska ske innan sjukskrivningen förlängs.

- Vid utmattningssyndrom i den akuta fasen kan patienten sjukskrivas på heltid eller partiellt upp till 6 månader. Partiell sjukskrivning vid återgång i arbete efter heltidssjukskrivning.
- Vid utmattningssyndrom med kvarstående kognitiva svårigheter, kan patienten sjukskrivas på heltid upp till 1 år eller mer. Partiell sjukskrivning vid återgång i arbete.

De uppdaterade rekommendationerna börjar gälla från 30 januari 2017.