

Revidering av Referensfall skador

Generell bakgrund

Vid den senaste översynen av tabellverken identifierades ett behov av att komplettera den befintliga samlingen av referensfall för skador, bland annat genom att tillföra fler fall som avser bilaterala skador. Därutöver bedöms texten vara i behov av språklig översyn samt rensning av händelsebeskrivningar.

Nuvarande formulering

Se befintlig samling av referensfall medicinsk invaliditet skador på:

<https://www.svenskforsakring.se/personskador/invaliditetsintyg/referensfall-invaliditet/>

Förslag till ändring med motivering

Den befintliga samlingen Referensfall skador har setts över i syfte att skapa en mer balanserad och ändamålsenlig struktur. Den tidigare fördelningen av referensfall mellan olika kroppsdelar och leder bedömdes delvis som ojämn, med både överrepresentation inom vissa områden och brist på relevanta fall inom andra. För att öka referensfallens användbarhet och kvalitet har justeringar därför genomförts.

Arbetet har skett i samråd med medicinsk expertis och utgått från verkliga ärenden. Nya referensfall har tillförts där behov identifierats, samtidigt som mindre relevanta fall har tagits bort. Samtliga referensfall har även bearbetats språkligt och strukturellt för att uppnå en mer enhetlig och tydlig utformning.

Vårt förslag är att samlingen av referensfall kompletteras med 11 nya referensfall samt att 5 befintliga fall, som inte bedöms tillföra mervärde, tas bort. Ändringen skapar ett mer heltäckande och representativt underlag. Samlingen består efter redigering av totalt 50 referensfall.

Förändringar

Språkliga och strukturella korrigeringar av befintliga referensfall utförs.

Axel

Det finns i dag ett glapp i materialet då referensfall med invaliditetsgrader mellan 4 och 10 procent saknas. De befintliga fallen är dessutom till stor del kopplade till luxationer, vilket gör underlaget ensidigt. För att bredda materialet och förbättra stödet i bedömningarna föreslås att underlaget kompletteras med två nya referensfall. Ett fall som gäller nyckelbensfraktur 2 procent (fall 2) och ett fall som gäller opererad cuffruptur 5 procent (fall 5).

Överarm

Det finns många referensfall för en förhållandevis okomplicerad kroppsdel, och dessutom flera fall med samma procentsats. Vi bedömer att 2 av dessa fall inte tillför något större värde och med fördel kan tas bort. Ärende 2 och 5 raderas med nedan motivering.

Referensfall 2:

Saknar tydliga hållpunkter för bedömning av funktionsnedsättning. De besvär som nämns är av subjektiv karaktär och deras omfattning beskrivs inte, vilket innebär att bedömningen i praktiken blir en uppskattning. Referensfallet tillför därför begränsat värde i sitt nuvarande skick, och vi föreslår att det tas bort.

Referensfall 5:

Innehåller mycket konkurrerande problematik, vilket gör att referensfallet blir rörigt och det är svårt att se vilka besvär som har direkt koppling till skadan. Det finns ett annat referensfall med 7 procent på samma kroppsdel som är tydligare och har klara hållpunkter.

Armbåge

Befintliga fall involverar samtliga humerus och det saknas referensfall i spannet mellan 3 – 10 procent. Vi föreslår att ett kompletterande referensfall (fall 3) med 5 procents invaliditet tillförs, avseende en armbågsfraktur där underarmsbenen är involverade.

Handled

Då bilaterala skador på denna kroppsdel är vanligt förekommande föreslår vi att ett ytterligare referensfall tillförs avseende en bilateral scaphoideumfraktur med 4 procents (2+2) invaliditet (fall 4).

Lårben

Antalet befintliga referensfall för denna diagnos bedöms som otillräckligt. Det finns dessutom ett tydligt glapp i materialet mellan 6 och 25 procents invaliditet som enligt vår bedömning behöver fyllas. För att bredda underlaget och stärka stödet i bedömningarna föreslår vi att materialet utökas med två nya referensfall, subtrochantär femurfraktur 3 procent (fall 1) och pertrochantär femurfraktur 8 procent (fall 3).

Knä

För att inkludera en vanligt förekommande skadebild som i dag saknas i tabellverket föreslår vi att materialet kompletteras med ett referensfall avseende patellaluxation med 2 procents invaliditet (fall 1).

Vidare bedömer vi att det befintliga referensfallet för quadricepsseneruptur med 8 procents invaliditet ligger relativt högt och motsvarar en mer komplicerad skada. För att skapa bättre balans i invaliditetsskalan föreslår vi därför att ett kompletterande referensfall med lägre invaliditetsgrad, närmare det kliniska genomsnittet på cirka 3 procent, tillförs som motvikt. Nytt referensfall Bilateral quadricepsseneruptur 6 procents (3+3) invaliditet (fall 3)

Underben

En vanligt förekommande diagnos som i dag saknas i tabellverket är fraktur i underbenets skaft. Vi föreslår därför att ett nytt referensfall tillförs: diafysär tibiafraktur med 3 procents invaliditet (fall 1).

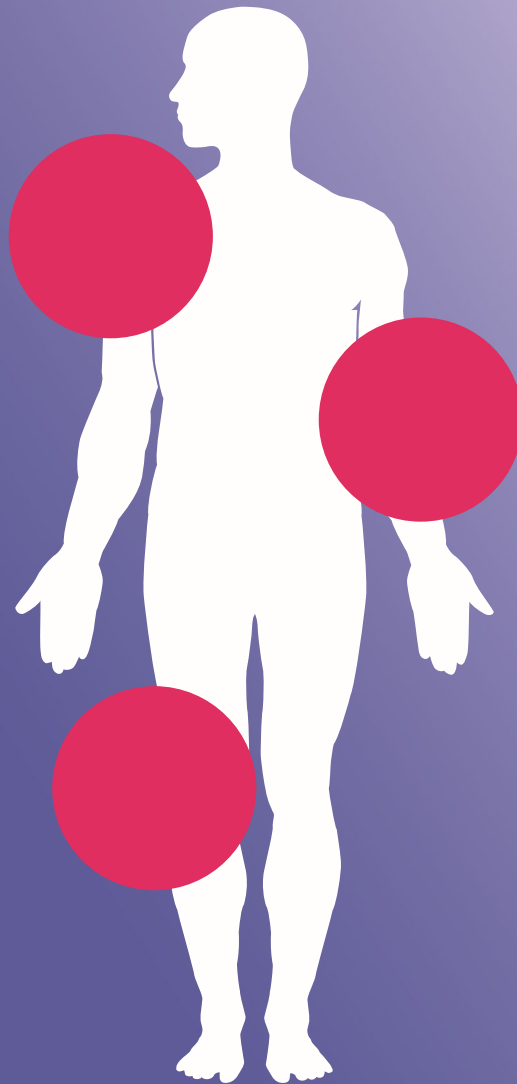
Fot

Vanligt förekommande diagnoser som i dag saknas i tabellverket är fotledsdistorsion samt fraktur i hälbenet. Vi föreslår därför att tabellverket kompletteras med två nya referensfall: fotledsdistorsion 1 procents invaliditet (fall 1) samt dislocerad calcaneusfraktur 4 procents invaliditet (fall 7).

Eftersom det för denna kroppsdel finns flera diagnoser med överlappande symtombilder föreslås att referensfall 3, 6 och 7 tas bort. Dessa fall har liknande besvär och samma invaliditetsnivå som andra mer utförligt beskrivna referensfall och bedöms därför inte tillföra något ytterligare mervärde.

Bilaga: förslag reviderad samling referensfall skador

REFERENSFALL TILL MEDICINSK INVALIDITET SKADOR



Register – Referensfall gällande diagnos och invaliditetsgrad

AXEL

Nr	Diagnos	Invaliditetsgrad	Sida
1	Axelluxation	2%	5
2	Nyckelbensfraktur	2%	6
3	AC-ledsluxation	3%	7
4	Recidiverande axelluxationer	4%	8
5	Opererad cuffruptur	4%	9
6	Rotatorcuffruptur	10%	10
7	Axelluxation med efterföljande frozen shoulder	10%	12
8	Axelluxation med tuberculum majusfraktur och axillarisnervskada	12%	13
9	Axelluxation	15%	15

ÖVERARM

Nr	Diagnos	Invaliditetsgrad	Sida
1	Distal humerusdiaphysfraktur	1%	16
2	Diafysär humerusfraktur	3%	17
3	Glenoidalfraktur och luxation av caput humeri i humeroscapularleden	3%	18
4	Proximal humerusfraktur	7%	19
5	Proximal humerusfraktur	20%	20
6	Collum chirurgicumfraktur	7%	21
7	Collum chirurgicumfraktur (opererad med halvprotes)	8%	22
8	Collum chirurgicumfraktur med avlöst tuberculum majusfragment	10%	23

9	Collum chirurgicumfraktur	20%	25
---	------------------------------	-----	----

ARMBÅGE

Nr	Diagnos	Invaliditetsgrad	Sida
1	Distal intraartikulär humerusfraktur	2%	26
2	Supra- eller intraartikulär humerusfraktur	3%	27
3	Sluten olekranonfraktur	5%	28
4	Bikondylär humerusfraktur	10%	29

HANDED

Nr	Diagnos	Invaliditetsgrad	Sida
1	Odislocerad tvärgående distal radiusfraktur	2%	30
2	Distal radiusfraktur	4%	31
3	Distal radiusfraktur	4%	32
4	Bilateral scaphoideumfraktur	4%	33
5	Distal radiusfraktur i kombination med scapholunär ligamentskada	5%	34
6	Bilateral radiusfraktur	6%	35
7	Distal radiusfraktur i kombination med ulnafraktur	12%	36

KNÄ

Nr	Diagnos	Invaliditetsgrad	Sida
1	Patellaluxation	2%	41
2	Främre korsbandsskada med osteochondral fraktur i laterala tibiaplatån	3%	42

3	Bilaterala quadricepssenerupturer	6%	43
4	Främre korsbandsskada med medial och lateral meniskruptur samt sekundär gonartros	7%	44
5	Quadricepsseneruptur	8%	45
6	Komminut dislocerad patellarfraktur	15%	46

FOT

Nr	Diagnos	Invaliditetsgrad	Sida
1	Fotledsdistorsion	1%	51
2	Medial malleolarfraktur	1%	52
3	Lateral malleolarfraktur	4%	53
4	Lateral malleolarfraktur	5%	54
5	Bimalleolär fotledsfraktur	3%	55
6	Trimalleolär fotledsfraktur	5%	56
7	Dislocerad calcaneusfraktur	4%	58
8	Luxationsfraktur i Lisfrancs led	4%	59

Lårben

Nr	Diagnos	Invaliditetsgrad	Sida
1	Subtrochantär femurfraktur	3%	37
2	Collumfemoris-fraktur	6%	38
3	Pertrochantär femurfraktur	8%	39
4	Suprakondylär femurfraktur	25%	40

Underben

Nr	Diagnos	Invaliditetsgrad	Sida
1	Högersidig diafysär tibiafraktur	3%	47

2	Tibiakondylfraktur	5%	48
3	Splittrad fraktur tibia	10%	50

Referensfall axel nr 1

Medicinsk diagnos:

Axelluxation höger.

Bakgrund:

Ramlat under en crosstävling. Höger axel hoppar ur led, axeln reponerades under narkos. Behandlades med slynga och kunde inte röra axeln under sex veckor.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om några tidigare axelproblem.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Upplever smärtor och stelhet i höger axel. Har även vilosmärta och besvär när han ligger på höger sida. Fungerar bra i vardagen men begränsas i utförandet i arbetsmoment ovanför axelnivå.

Status:

Opåverkad. Axelkonturen är normal och på samma sätt som på vänster sida. Kan flektera i höger axelled till normalt utslag men under smärta i ytterställning. Har extensionsdefekt på 20° pga. stelhet och smärtor. Kan utåtrotera i höger axel till minus 10° varefter det inträder smärtor och patienten måste sluta. Inåtrotering i stort sett normal. Kan få båda händerna till nacken. Kan få vänster hand 10 cm högre upp än höger hand. Bicepsmuskeln mäter på båda sidor 32 cm, 11 cm ovan armbågen. Inga neurologiska bortfall.

Sammanfattning:

Rörelsomfånget i stort sett normalt. Smärta i ytterläge, upplever ibland vilovärk.

Bedömning:

2 % medicinsk invaliditet.

Referensfall axel nr 2

Medicinsk diagnos:

Nyckelbensfraktur höger.

Bakgrund:

Fall från hästrygg och landar på höger axel. Felställd mittdiafysär med intermediärfragment där frakturändan påverkar huden. Operation med plattfixation utförs.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om några tidigare axelproblem.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Besvär med smärta och nedsatt kraft vid tyngre lyft ovan axelhöjd. Obehagskänsla vid beröring samt vid kall väderlek. Upplever ibland knäppningar från axeln som kan vara smärtsamma.

Status:

Ingen muskelatrofi. God thorakoskapulär kontroll. 13 cm långt breddökat (5mm) ärr. Hyperestesi i ett område upp till 7 cm caudalt om ärr. Inget bortfall av sensibilitet motsvarande nervus Axillaris.

Rörelseomfång:

Abduktion: Höger 135°, vänster 180°.

Flexion: Höger 135°, vänster 180°.

Utåttrotation: Höger 65°, vänster 75°.

Inåttrotation: När Th7 höger, Th4 vänster.

Höger hand når hjässa och nacke.

Styrka och funktion:

Något svagare vid utåttrotation och abduktion på höger sida vid isometriskt test.

Viss svaghet vid elevation över axelhöjd på höger sida.

Apprehension- och Jerk-tester normala.

AC-led: Kongruent och oöm.

Krepitationer kan palperas subscapulärt.

Sammanfattning:

Högersidig dislocerad klavikelfraktur efter fall från häst. Behandlas kirurgiskt med kvarstående besvär i form av lätt nedsatt rörlighet, smärta, kraftnedsättning och obehag kring operationsärr.

Bedömning:

2 % medicinsk invaliditet.

Referensfall axel nr 3

Medicinsk diagnos:

AC-ledsluxation höger.

Bakgrund:

Cykelolycka landade på höger axel. Opererad med s.k. Weaver- Dunn-teknik och avlastning med Hockplatta.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om några tidigare axelproblem.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

I efterförloppet utvecklat infektion. Behandlades med antibiotika och omläggningar vid upprepade tillfällen.

Har nedsatt rörlighet i axeln med begränsning i både flexion, extension och abduktion. Upplever stelhet och ömhet, har ingen känsel i området som opererats. Molvärk vid belastning, har störd nattsömn. Upplever att det knastrar och smäller till vid rörelse. Huden drar ihop sig så att det nästan blir som en grop vilket han känner av.

Status:

Har ej fullgod flexion, abduktion eller extension. Efter avlägsnande av platta har sår läkt med keloidbildning.

Sammanfattning:

Ej fullgod rörelse. Molvärk vid belastning. Tillståndet stationärt. Ingen ytterligare kirurgi är planerad.

Bedömning:

3 % medicinsk invaliditet.

Referensfall axel nr 4

Medicinsk diagnos:

Recidiverande axelluxation höger.

Bakgrund:

Luxerat dominant axel i samband med brännbollsspel.

Återkommande luxationer med operation efter 5 år. Intraoperativt sågs ett avlöst labrum från under bicepssenan ned till kl 4, i övrigt normal bicepssena, subscapularis och kuff, samt en medelstor Hill-Sachs-skada. Postoperativt inga nya luxationer, men kvarstående osäkerhetskänsla vid utåttrotation.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om några tidigare axelproblem.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Svårigheter med arbete ovan axelhöjd, upplevelse av instabilitet och osäkerhet vid vissa rörelser. Rädsla för ny luxation med känsla av överrörlighet i axeln. Avstått från bollspel, tränar på gym. Störd nattsöm till följd av smärta, behov av smärtstillande.

Status:

Postoperativt inga nya luxationer, men kvarstående osäkerhetskänsla vid utåttrotation.

Rörelseomfång: Inåttrotation: Höger ThV, vänster Th VI Flexion: 150° bilateralt, Abduktion: 180° bilateralt. Utåttrotation hängande arm: 80° bilateralt, Utåttrotation abducerad arm: 100° bilateralt Apprehension: Positiv höger sida, ej reverserbar, vänster sida utan anmärkning Jerk's test: Utan anmärkning bilateralt. Cross body test: Utan anmärkning bilateralt.

Belly press: Utan anmärkning bilateralt. Impingement: Utan anmärkning bilateralt. Palm up: Höger ont, vänster utan anmärkning. Sulcus. Höger 2, vänster 1

Objektiva fynd:

Supraspinatus, infraspinatus: Palpera bilateralt lika och med samma muskelbuk. Deltoideus: Ser mindre ut på höger än vänster. Abduktion mot motstånd: Svagare höger än vänster. Övriga leder: översträckta armbågar, översträckta knän.

Sammanfattning:

Kvarstående besvär i form av värk och ostadighetskänsla. Vid undersökning finner man att patienten har multilax komponent i sina leder och likaså båda axlarna, men det är bara den opererade högra axeln som krånglar.

Bedömning:

4 % medicinsk invaliditet.

Referensfall axel nr 5

Medicinsk diagnos:

Cuffruptur vänster axel, opererad.

Bakgrund

Fall på halt underlag med direkt trauma mot vänster axel. Ultraljud visade luxation av långa bicepssenan samt totalruptur av supraspinatus och infraspinatus. Artroskopisk operation med sutur av nämnda muskler.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga tidigare axelproblem.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Nedsatt kraft och smärta vid arbete ovan axelhöjd, VAS upp till 8/10. Postfunktionell värk dagligen, VAS 3–6. Smärta vid bilkörning och statiskt sittande. Begränsad ork för tungt arbete och cykling. Natliga uppvaknanden 2–5 gånger per natt. Regelbundet analgetikabehov. Periodisk sjukfrånvaro.

Status:

Ärr efter artroskopi. Utåttrotation 0–60°, flexion ca 140°, abduktion ca 130. Lätt nedsatt styrka i supraspinatus, infraspinatus och subscapularis. Ömhet över långa bicepssenan och lateralt om acromion. Lätt muskelatrofi i deltoideus, supra- och infraspinatus.

Sammanfattning:

Kvarstående besvär i form av nedsatt kraft, smärta vid ansträngning och arbete ovan axelhöjd, postfunktionell värk samt lätt rörelseinskränkning. Natliga smärtor och störd nattsömn. Analgetikakrävande värk.

Bedömning:

5% medicinsk invaliditet.

Referensfall axel nr 6

Medicinsk diagnos:

Rotatorcuffruptur höger axel.

Bakgrund:

Halkat och fallit på höger axel. Undersökning visar supraspinatusruptur som opererades. Vid rehabilitering försämras patienten med ökad smärta och man konstaterade att operationen misslyckats. Supraspinatus är permanent skadad och någon ytterligare operativ behandling är inte aktuell.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om några tidigare axelproblem.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Högerhänt med uttalade ADL-svårigheter till följd av nedsatt funktion i höger axel och arm. Oförmåga till arbete ovan brösthöjd. Klarar inte hårvård, smink, tandborstning eller att tvätta rygg och hår vid dusch. Finmotorik nedsatt; kan inte knäppa smycken, bh eller kjol. Använder skor utan snörning. Klarar inte nagelklippning eller nagelmålning. Axelväska på höger sida ej möjlig p.g.a. smärta och hängande axel. Fysisk aktivitet begränsad, kan ej cykla eller utföra trädgårdsarbete. Behov av hjälp vid tyngre hushållssysslor. Svårt att ligga på höger sida, kan ej hålla bok med höger hand. Störd nattsömn med dagliga domningar och smärta.

Status:

Objektiva fynd:

Skulderleder	dx	sin
Abduktion grader	105	180
Elevation framåt/uppåt	85 aktivt	180
	95 passivt distinkt stopp	
Når bakom rygg	L IV	ThIV
Når med hand till nacke	Ja	Ja
Armbågsleder	Full sup/pron	Full sup/pron
	70 % styrka jmftr sin biceps	100%

Underarm, handled, hand liksidig full rörlighet. Höger hand dock svagare än vänster.

Gripkraft	15 kg	38 kg
Omkrets överarm	26 cm	31cm
Omkrets underarm	23 cm	24 cm
Inåttrotation hängande	25 grader	90 grader
Inåttrotation upplyft läge	5 grader	90 grader
Sensibilitet med syn	nedsatt	bra
Sensibilitet utan syn	dålig	bra

Opposition dig I-II	bra	bra
Opposition dig I-III	dålig	bra
Opposition dig I-IV	dålig	bra
Opposition dig I-V	bra	bra
Slitmärken/valkar	saknas	saknas

Sensibilitet:

Har en uttalad hyperestesi lateralt höger överarm ned till armbågen samt upp över trapezius och deltoideus. Smärta för beröring samt lätt tryck. Kyla och värme liksidigt höger samt vänster.

Övrigt:

Har en uttalad muskelatrofi och svaghet i höger arm jmf med vänster. Subluxationstendens framåt i ytterlägen utåt, inåtrotation vilket saknas på vänster sida. Rejält palpationsöm över axelleden, ingen tydlig svullnad men generellt ömmande kapsel. Stora besvär med postfunktionell värk, rejält påverkad efter undersökningen.

Sammanfattning:

Stora besvär efter muskelruptur vid fall. Misslyckad operation och ett kroniskt tillstånd med uttalad påverkan på ADL. Svåra sömnstörningar med smärta.

Bedömning:

10 % medicinsk invaliditet.

Referensfall axel nr 7

Medicinsk diagnos:

Rotatorcuffruptur höger axel. Axelluxation höger med efterföljande frozen shoulder.

Bakgrund:

Knuffad utför en trappa.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om några tidigare axelproblem.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Beskriver kroniskt smärttillstånd och använder receptförskrivet läkemedel. Uppger klart reducerat rörelseomfång av höger arm. Domningskänsla som plötsligt kan yttra sig i uttalad svaghet i höger arm med följd att han tappar föremål.

Status:

Abduktion reducerad till 90°, armen kan inte hållas kvar i position. Handklättring mot vägg ca 100°, därefter kan armen ej hållas kvar. Bakåtflexion u.a. Framåtflexion reducerad till 70-80°, kan ökas med passiv hjälp till 90-100°, därefter helt stopp.

Höger armbågsled: klart begränsad supination samt flexion (omfång ej gradverifierat).

Röntgen: Hills-Sachs impression samt avlöst fragment från tuberkulum majus. Ingen rotatorcuffruptur.

Nevrografi/EMG-undersökning: Slitskada som drabbat både plexus brachialis och cervikala rötter. Nervskadan är av tillräcklig grad för att kunna förklara en tydligt nedsatt kraft vid skuldran och avseende armbågsflexion, vilket patienten har.

Sammanfattning:

Höger axelluxation som reponerats. Har behandlats regelbundet av fysioterapeut. Har smärtproblematik, nedsatt kraft samt klart reducerat rörelseomfång höger skuldra/arm samt höger armbågsled.

Bedömning:

10 % medicinsk invaliditet.

Referensfall axel nr 8

Medicinsk diagnos:

Vänstersidig främre axelledsluxation med fraktur tuberculum majus och-skada på axillarisnerven.

Bakgrund:

Ramlat i samband med snowboardåkning.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om några tidigare axelproblem.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Upplever vissa besvär att sköta hygien, borsta håret, knäppa knappar, vid bilkörning och hantera bestick.

Status:

Deltoidesusatrofi med möjligen aktivitet enl. MRC-skalan M1 (M0-M5). Långt ärr med inskränkt rörlighet. Känslnedsättning i ett axiellt område strax nedanför vänster skuldra, cirka 12×9 cm. Runt detta finns ett större område med lätt nedsatt känsel (24×11 cm), där patienten beskriver domningar och utstrålning som subjektivt kan stråla ända ner i handen. Höger skulderblad står högre än vänster. Förändrad kontur dorsalt över vänster överarm med utseende som vid ödem, dock utan påvisat ödem.

Kraft i abduction M3. Biceps brachii, triceps brachii och latissimus dorsi utan anmärkning (alla M5).

Rörlighet:

- **Abduktion:** Höger 170° , vänster 40° (passivt 70°)
- **Flexion:** Höger 170° , vänster 85° (passivt 120°)
- **Utåttrotation:** Höger 80° , vänster 25° (= passivt)
- **Inåttrotation:** Fullt bilateralt
- **Extension:** Höger 70° , vänster 25

Sammanfattning:

Vänstersidig främre axelledsluxation med skada på tuberculum majus samt axillarisnerven. Efter initial reponering utfördes senare en nervtransferering från n. radialis till n. axillaris, men utan tecken på reinnervation.

Kvarstående besvär innefattar uttalad rörelseinskränkning i vänster axel, nedsatt sensibilitet i området samt viss smärtproblematik.

Bedömning:

12 % medicinsk invaliditet.

Referensfall axel nr 9

Medicinsk diagnos:

Axelluxation höger.

Bakgrund:

Ramlat och fått höger arm under sig varvid höger axel hoppade ur led. Reponerats under narkos. I efterförloppet upprepade luxationer.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om några tidigare axelproblem.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Axeln går fortfarande ur led ibland, men mer sällan eftersom patienten undviker rörelser på grund av smärta. Rörelseförmågan är starkt begränsad och överskridande ger kraftiga smärthugg, t.ex. vid påklädning eller hushållssysslor. Patienten använder nu vänster hand för att äta och skriva. Sömn störs av smärta vid vändning i sängen.

Status:

Rörligheten i höger axel är tydligt nedsatt med elevation framåt–uppåt till 80° jämfört med 130° vänster och elevation utåt–uppåt till 30° jämfört med 150° vänster. Vid hand bakom rygg når höger sida till S1 medan vänster når Th10. Grov kraft i höger hand är nedsatt och det föreligger muskelatrofi i höger över- och underarm. Armomfång mäter 26,5 cm höger jämfört med 28,5 cm vänster och underarmsomfång 26 cm höger jämfört med 27 cm vänster. Uttalad smärta föreligger vid alla rörelser.

Sammanfattning:

Patient med tendens till axelluxation och artros i höger axel efter fall. Mycket begränsad rörlighet och kraftig smärta vid alla rörelser. Muskelatrofi i höger arm. Nedsatt funktion vid flexion, extension, pronation och supination.

Bedömning:

15 % medicinsk invaliditet.

Referensfall överarm nr 1

Medicinsk diagnos:

Distal humerusdiaphysfraktur vänster.

Bakgrund:

Överarmsfraktur som först behandlades med ortos, därefter opererad med platta och skruvar efter två veckor. Plattan avlägsnades efter sex månader när frakturen var läkt.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om några tidigare skador.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Uppger domningar från armbågsregionen ut i vänster lill- och ringfinger, ökad känslighet och lätt uttrötthet i armbågen. Smärta uppstår vid små stötar mot armbågen och strålar ut till lillfingerspetsen. Trots besvären inte hämmad avseende finmotorik.

Status:

Normal rörlighet i axel, armbåge och handled. Armomfång: höger 36 cm, vänster 35 cm; underarm: höger 32 cm, vänster 30 cm. Högerhänt. Normal känsel. Grov kraft: höger 68 kg, vänster 65 kg. Tinel positiv över vänster sulcus ulnaris med parestesier mot lillfingret.

Sammanfattning:

Kvarstående besvär i form av domningar, främst nattetid, samt snabb uttrötthet i armen. Intakt känsel och full rörlighet.

Bedömning:

1 % medicinsk invaliditet.

Referensfall överarm nr 2

Medicinsk diagnos:

Diafysär humerusfraktur vänster. Spiralfraktur med två fragment.

Bakgrund:

Cykelolycka.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om några tidigare skador.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Inskränkt rörlighet. Lokal smärta som stör sömnen vid tryck eller vid stötar. Upplever nedsatt styrka samt smärta vid lyft av tyngre föremål, exempelvis en matkasse.

Status:

Vid status av vänster axel noteras en abduktionsdefekt på 20° och en extensionsdefekt på 20° jämfört med höger sida, samt en stramare axelled vänster. Palpationsömmande resistens om cirka 2 cm motsvarande biceps föreligger. I vänster armbåge ses en böjdefekt på cirka 10–15°.

Sammanfattning:

Överarmsfraktur som initialt gipsbehandlats, därefter ortos. Röntgenkontroll visade felställning som medförde fördröjd läkning. Upplever fortsatt obehag på överarmens utsida, vilket förvärras vid kyla och ansträngning. Viss rörelseinskränkning i vänster axel och armbåge.

Bedömning:

3 % medicinsk invaliditet.

Referensfall överarm nr 3

Medicinsk diagnos:

Glenoidalfraktur och luxation av caput humeri vänster humeroscapularled.

Bakgrund:

Föll vid skridskoåkning, slog i vänster axel.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om några tidigare skador.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Får kraftig värk efter ansträngning och i vissa rörelser, vilket även stör nattsömnen. Kan inte sova på vänster axel och behöver ofta smärtstillande. Vänster arm blir snabbt trött, med köldkänsla i handen. Har begränsad rörlighet och kan inte längre simma eller utöva tidigare aktiviteter som skidåkning, paddling och klättring, vilket lett till sänkt aktivitetsnivå.

Status:

AT gott. Rör sig opåverkat. Klär av sig ytan större besvär.

Lokalstatus vänster axel: Har ett 8,5 cm långt ärr deltopektoralt, välläkt. Elevation framåt 160°, abduktionsförmåga 155°, inåttrotation med tummen till L:1, utåttrotation med armen efter sidan till 55°.

Lokalstatus höger axel: elevation framåt 180°, abduktion 180°, inåttrotation med tummen till Th:8, utåttrotation 65°.

Armbågsled höger och vänster: 0-140°, pro-och supination 90-90°.

Sammanfattning:

Luxationsfraktur som rekonstruerats med skruvfixation i leden. Utvecklat ett smärttillstånd med lätt rörelseinskränkning.

Bedömning:

3 % medicinsk invaliditet.

Referensfall överarm nr 4

Medicinsk diagnos:

Proximal humerusfraktur höger.

Bakgrund:

Gångtrafikanter påkörda av bilist på övergångsställe.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om tidigare överarmsbesvär.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Belastningsrelaterad smärta och kraftigt nedsatt rörlighet i höger axel, ingen vilovärk. Tar analgetika vid behov. Svullnad i höger arm, framförallt mot handleden. Uttalade svårigheter att använda höger hand i dagliga aktiviteter såsom toalettbesök samt att knäppa knappar och dra upp dragkedjor. På grund av detta använder patienten i stor utsträckning vänster hand trots att patienten är högerhänt.

Status:

Lokalstatus höger axel: Framåtflexion 0-90° aktivt och 100° passivt. Abduktion 0-80° aktivt och 90° passivt. Utåtrotation vid abduktion 0°, 10° aktivt och 20° passivt. Posterior inåtrotation till glutealregionen. Hawkins modifierade impingementsign positiv grad 1. Palpationsöm runt caput. Grov kraft höger och vänster hand u.a.

Sammanfattning:

Tillståndet är stationärt och någon ytterligare behandling planeras inte.

Bedömning:

7 % medicinsk invaliditet.

Referensfall överarm nr 5

Medicinsk diagnos:

Högersidig proximal humerusfraktur.

Bakgrund:

Proximal humerusfraktur efter fall.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om några tidigare axelbesvär.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Har ständiga smärtor vid alla rörelser i höger axel. Kan inte ligga på höger sida pga. axelsmärta.

Status:

Saknar helt aktiv rotation i höger axel och kan endast elevera armen 20°.

Sammanfattning:

Frakturen har inte läkt. Kvarstående invaliditetstillstånd med smärta och oförmåga till aktiv elevation samt aktiv rotation.

Bedömning:

20 % medicinsk invaliditet.

Referensfall överarm nr 6

Medicinsk diagnos:

Collum chirurgicum-fraktur vänster.

Bakgrund:

Halkat i en trapp och ådragit sig en axelskada vänster.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om några tidigare axelproblem.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Värk och nedsatt rörlighet i vänster arm. Vid aktivitet domningar ner i handen, framförallt på lillfingersidan. Kan inte lyfta eller bära, har begränsad förmåga att utföra hushållsarbete, matlagning och inköp. Höger arm överbelastas.

Status:

Axellederna står i samma höjd utan framåtlutning. Aktiv abduction i vänster axel uppgår till 90° jämfört med 180° höger och flexion till 95° jämfört med 180° höger, medan extension är sidolikt. Svaghet föreligger vid flexion och abduction med samtidigt smärtutlösta besvär i vänster axel. Distinkt palpationsömheter noteras över tuberculum majus samt under akromion ventralt och lateralt. Muskulaturen upp mot vänster nacke längs trapezius är stram och hård. Perifer neurologi och motorik är utan anmärkning. Impingementtester är positiva med Neers tecken vid 95° och Hawkins vid 100°, medan lift-off-test är negativt.

Sammanfattning:

Påtaglig funktionsinskränkning med rörelsebegränsning och värk i vänster axel, behov av receptbelagd smärtstillande medicin. Har genomgått sjukgymnastisk behandling.

Bedömning:

7 % medicinsk invaliditet.

Referensfall överarm nr 7

Medicinsk diagnos:

Collum chirurgicumfraktur vänster.

Bakgrund:

Skadar vänster axel i samband med fall. Opereras med halvplastik.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om någon tidigare armskada.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Dagliga smärtbesvär med vilovärk och rörelsesmärta i vänster överarm vid operationsområdet. Kan inte ligga på vänster sida längre än några minuter och har svårt att utföra enkla sysslor, klä sig, sätta upp håret eller lyfta tyngre föremål. Smärtlindrar vid behov.

Status:

Vid status noteras svullnad i armhålan med ökad kärlinjicering samt muscletrofö. Ömhet föreligger vid palpation och kompression över muskulatur och axelled, främst medialt. Rörelseomfånget är stelt och smärtbegränsat med nedsatt kraft. Vänster hand når inte huvudet. Lyftförmågan är begränsad till cirka 75°, med abduktion 65° och utåtrotation 20°. Bakåtföring och uppåtlyft uppgår till ungefär hälften av rörligheten jämfört med höger arm, och armen kan inte hållas horisontellt. Reflexer är svårare att utlösa på vänster sida.

Sammanfattning:

Opererad överarmsfraktur med halvprotes. Har vilovärk och rörelsesmärta samt dagliga svårigheter att klä sig och lyfta tyngre föremål.

Bedömning:

8 % medicinsk invaliditet.

Referensfall överarm nr 8

Medicinsk diagnos:

Collum chirurgicum fraktur vänster med avlöst tuberculum majus fragment som är lateraldislocerat.

Bakgrund:

Fraktur vänster axel efter fall.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om några tidigare axelproblem.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Subjektiva besvär: Värk och smärta efter ansträngning. Får värk vid sidoliggande. Smärtor vid ansträngning, vid sittande med hängande arm och även vid rörelser. Stel i vänster axel och svaghetskänsla

Status:

	Höger	Vänster
Rörlighet axelleder		
Elevation framåt	180°	70°
Elevation bakåt	40°	10° -passivt 30°
Abduktion	180°	50°- passivt 60°
Utåtrotation	50°	10°- passivt 40°
Inåtrotation till	Th5	L4

Kommer upp med höger hand i nacken. På vänster sida sker det med stor möda och framåtvinklad armbåge och framåtbockat huvud =HIN 1 (HIN 5 = normalt) Nedsatt kraft i triceps. Biceps utan anmärkning.

Inåtrotation nedsatt på vänster sida och utåtrotation svag. Abduktion likaså svag på vänster sida.

Grov kraft mätt med dynamometer	40 kPa	25 kPa
---------------------------------	--------	--------

Patienten är höger hänt

Sammanfattning:

Fyrfragmentsluxationsfraktur som opererats med hemiartroplastik. Kvarstående besvär med värk efter ansträngning samt inskränkt rörlighet och svaghetskänsla.

Bedömning:

10 % medicinsk invaliditet.

Referensfall överarm nr 9

Medicinsk diagnos:

Dislocerad collum chirurgicum fraktur vänster.

Bakgrund:

Halkat och slog i vänster axel.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om tidigare axelproblem.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Behöver hjälp med att ta på vissa klädesplagg och att sköta håret. Klarar inte längre att laga mat och har svårt att lyfta föremål från hyllor ovanför armbåghöjd. Upplever värk och smärta kring axelleden.

Status:

Försämrad rörlighet med betydande funktionsnedsättning i dagliga aktiviteter. Tydlig muskelatrofi kring vänster axel jämfört med höger. Markant rörelseinskränkning: elevation 20° (höger 180°), abduktion 40° (höger 180°), utåtrotation 30° (höger 80°). Smärta vid passiv rörelse över dessa grader samt vid abduktion och utåtrotation mot motstånd. Armbåge och händer u.a.

Sammanfattning:

Betydande rörelseinskränkning med kvarstående värk.

Bedömning:

20 % medicinsk invaliditet.

Referensfall armbåge nr 1

Medicinsk diagnos:

Distal intraartikulär humerusfraktur vänster. Opererad med skruvfixation samt plattor.

Bakgrund:

Kört omkull vid skidåkning.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga tidigare uppgifter om armbågsbesvär.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Har ont nattetid eller vid ökad belastning.

Status:

Ingen sidoskillnad i flexion jämfört med höger. Saknar 5° extension jämfört med höger. Pro- och supination utan anmärkning. Distalstatus utan anmärkning.

Sammanfattning:

Överarmsfraktur läkt i gott läge. Värk nattetid och efter ansträngning av armen.

Bedömning:

2 % medicinsk invaliditet.

Referensfall armbåge nr 2

Medicinsk diagnos:

Supra/intraartikulär humerusfraktur vänster. Opererad med plattfixation via olecranonosteotomi.

Bakgrund:

Kört omkull vid skridskoåkning.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om några tidigare skador i överarmen.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Smärta vid all flexionsbelastning, även vid måttlig nivå, lokaliserad kring mediala epikondylen och anterolateralt om caput radii. Klarar maximalbelastning upp till ca 12 kg men med kraftig smärta. Repetitiv flexionsbelastning ger postaktivitetsvärk i 2–3 dagar. Lokal ömhet över proximala ulna/olecranon, vilket omöjliggör lutning mot armbågen. Lätt nedsatt känsel och parestesier.

Status:

Protruderande cerklagetvinning över olecranonosteotomi, påtagligt ömmande. Höger hand dominant. Extension -5° och flexion -10° jämfört med höger. Pronation och supination oinskränkta. Styrka vid bicepsbelastning i supination ca 20 % nedsatt jämfört med höger. Greppstyrka vid grovt handgrepp ca 25 % nedsatt jämfört med höger.

Sammanfattning:

Gott rörelseomfång men kvarstående belastningsrelaterad smärta och lätt rörelseinskränkning som begränsar tyngre belastning och vissa idrottsaktiviteter. Osteosyntesextraktion kan möjligen minska besvären men osäkert. Anpassar vardagsaktiviteter och belastning för att kompensera.

Bedömning:

3 % medicinsk invaliditet.

Referensfall armbåge nr 3

Medicinsk diagnos:

Sluten fraktur i övre delen av armbågen.

Bakgrund:

Fraktur höger armbåge efter fall. Fixeras operativt med stift.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om några tidigare armbågsbesvär.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Nedsatt rörelseförmåga. Kan böja till 140 grader men saknar 25 grader i sträckning. Bedöms ha nästintill full pro- och supinationsförmåga, dock med intermittent förekomst av smärthugg vid vridrörelser. Påtagligt stötöm över armbågen, även vid lättare stötar. Lätt kraftnedsättning som i kombination med sträckdefekt gör det svårt att bära tyngre påsar.

Status:

Höger arm står passivt lätt böjd (lätt flekterad). Uttalad smärta vid lätt till måttlig palpation eller tryck. Är högerhänt men har en ca 10-15% nedsatt kraft vid både flexion och extension av armbågsleden i jämförelse med vänster arm,

Sammanfattning

Sluten olekranonfraktur. Sträckdefekt och smärthugg vid normala rörelser. Bestående besvär med kraftnedsättning, smärta och nedsatt rörlighet.

Bedömning

5 % medicinsk invaliditet.

Referensfall armbåge nr 4

Medicinsk diagnos:

Comminut bikondylär humerusfraktur höger.

Bakgrund:

Kört omkull med moped. Fraktur i nedre delen av överarmsbenet.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om några tidigare armbågsbesvär.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Konstant smärta (VAS 2–4, ibland värre). Kan inte använda höger arm vid böjning, vilket ger stora svårigheter med ADL och precisionsuppgifter då personen är högerhänt. Smärta vid handskrivning, problem vid långa telefonsamtal, domnat område över armbågen. Kan inte styrketräna med höger arm.

Status:

Det finns begynnande muskelatrofi i höger biceps (omkrets 32,2 cm jämfört med 34,5 cm på vänster). Olecranon är breddat och inte längre tydligt avgränsat. Ett område på cirka 7×13 cm runt olecranon har nedsatt känsel (parestesier). Personen kan sträcka armen nästan helt (-5°), men böjformågan är kraftigt begränsad till 70° . Passiv böjning är inte möjlig.

Sammanfattning:

Har genomgått flera operationer för att förbättra böjformågan i höger arm utan att återställa funktionen. Begynnande muskelatrofi i höger biceps förväntas fortsätta. Har konstant smärta och dagliga besvär, tar receptbelagd smärtstillande medicin regelbundet och kommer sannolikt behöva fortsätta med detta långvarigt.

Bedömning:

10 % medicinsk invaliditet.

Referensfall handled nr 1

Medicinsk diagnos:

Odislocerad tvärgående distal radiusfraktur vänster.

Bakgrund:

Halkat och slagit i vänster handled.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om några tidigare handledsbesvär.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Subjektiva besvär: Belastningsrelaterad smärta i handleden som medför svårigheter att utföra vissa vardagliga aktiviteter som kräver kraft eller längre tids användning av handen. Smärta endast efter belastning, ingen vilovärk.

Status:

Vänster handled: normal rörlighet, normal sensibilitet och ingen palpationsömheter.

Vigorimeter: 50 kPa. Höger hand: 100 kPa (dominant hand).

Sammanfattning:

Normal läkning efter radiusfraktur. Kvarstående belastningssmärter som ger besvär vid vissa vardagliga aktiviteter.

Bedömning:

2 % medicinsk invaliditet.

Referensfall handled nr 2

Medicinsk diagnos:

Distal radiusfraktur vänster.

Bakgrund:

Ramlat utomhus, slog i vänster handled i fallet.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om några tidigare handledsbesvär

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Subjektiva besvär: Nedsatt rörlighet och kraft i vänster hand. Svårt att nå nacken för att kamma håret samt att hålla en potatis vid skalning.

Status:

Vänster handled: cirka 20° nedsatt pro-/supination samt dorsal- och volarflexion jämfört med höger. Måttlig kraftnedsättning vid flexion i vänster hand.

Sammanfattning:

Opererad distal radiusfraktur med skena. Kvarstående besvär i form av lätt felställning samt nedsatt rörlighet och kraft, men utan smärta.

Bedömning:

4 % medicinsk invaliditet.

Referensfall handled nr 3

Medicinsk diagnos:

Distal radiusfraktur höger.

Bakgrund:

Ramlat på isen och slagit i höger handled. Initialt konservativ behandling. Kvarstående smärta över DRU-leden på grund av fragmentdislokation, därefter opererad med plattfixation. Plattorna har senare avlägsnats

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om några tidigare handledsbesvär.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Värk och knäppningar i handleden, ibland så smärtsamma att hon tappar kraft vid belastning. Belastningsvärk, undviker tyngre arbetsuppgifter. Klarar inte längre skoterkörningar.

Status:

Överarmar: 31 cm bilateralt, underarmar 25 cm bilateralt.

Axlar: sidlik rörlighet, något nedsatt abduktion höger (ca 10°).

Armbågar: 0–140°, pronation/supination 80° bilateralt.

Handleder: flexion 70° bilateralt, extension 60° bilateralt, ulnardeviation 20° och radialdeviation 10° bilateralt.

Sammanfattning:

Genomgången distal radiusfraktur med kvarstående instabilitet i höger DRU-led samt krepitationer och knäppningar.

Bedömning:

4 % medicinsk invaliditet.

Referensfall handled nr 4

Medicinsk diagnos:

Bilaterala scaphoideumfrakturer.

Bakgrund:

Föll baklänges och tog emot sig med bägge händerna. Skadorna behandlades med gipsskena och visade god läkning vid uppföljande datortomografi.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om tidigare handledsbesvär.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Belastningsrelaterad smärta samt värk efter ansträngning i båda handlederna. Lätt nedsatt dorsalflexion, cirka 10 grader bilateralt. Ingen kvarstående palpationsömheter över scaphoideum.

Status:

Lätt inskränkt rörlighet och smärta som uppkommer vid belastning.

Sammanfattning:

Restillstånd efter bilaterala scaphoideumfrakturer utgörs av rörelseinskränkning, belastningssmärta och värk efter ansträngning.

Bedömning:

2 % medicinsk invaliditet per handled, vilket sammantaget ger 4 % medicinsk invaliditet.

Referensfall handled nr 5

Medicinsk diagnos:

Distal radiusfraktur samt scapholunär ligamentskada.

Bakgrund:

Ramlat och slagit i handleden.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om några tidigare handledsbesvär.

Bakgrund:

Halkat på en isfläck och ådragit sig ett direkttrauma mot vänster handled. Skadan resulterade i fraktur och ligamentskada, vilka behandlades operativt med öppen reposition och osteosyntes med volarplatta. Lågt komplikationsfritt men med kvarstående besvär i form av smärta och stelhet, varför osteosyntesmaterialen avlägsnats operativt.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Subjektiva besvär i form av lätt nedsatt rörlighet, framför allt nedsatt böjformåga samt belastningssmärter. Smärter även vid lättare belastning. Finmotoriken är försämrad, upplever fumlighet i handen. Blir snabbt trött i handen som även smärter vid låg belastning. Vid omfattande datoranvändning blir fingrarna kalla. Får kramp i fingrarna efter att ha skrivit tre till fyra ord för hand. För att avlasta vänster hand används höger hand i ökad grad. Patienten är vänsterhänt.

Status:

I handlederna uppmäts extension till 90° höger och 80° vänster samt flexion till 90° höger och 60° vänster. Ulnardeviation är 25° höger och 20° vänster, medan radialdeviation uppgår till 15° höger och 20° vänster. Plockformågan är nedsatt i vänster hand, både med och utan synens hjälp. Greppfunktionen är utan anmärkning med god kraft i höger hand, medan den är tydligt nedsatt i vänster hand avseende både funktion och kraft. Grov handstyrka uppmäts till 60 kg i höger hand och 30 kg i vänster hand.

Sammanfattning:

Vänstersidig distal radiusfraktur med ledbandsskada. Kvarstående besvär med nedsatt kraft och försämrad finmotorik. Även belastningssmärter och blir snabbare trött i armen.

Bedömning:

5 % medicinsk invaliditet.

Referensfall handled nr 6

Medicinsk diagnos:

Bilaterala radiusfrakturer. Opererad med volarplatta vänster arm och gipsbehandlad höger.

Bakgrund:

Cyklist påkörd av personbil.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om tidigare skador.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Upplever rörelsesmärta vid radial/ulnardeviation, har ingen belastningssmärta i övrigt. Rörligheten upplevs påtagligt försämrad, särskilt på vänster sida. Rörligheten avser framförallt påtaglig rotationsinskränkning. Ingen vilovärk. Känsln utan anmärkning. Ingen köldkänslighet, ingen svaghet i händerna.

Status:

Rörlighet i skulder och armbågsleder utan anmärkning. Underarm: Pronation höger 90°, vänster 90°. Supination höger 60°, vänster 40°. Handleder: Extension höger 60°, vänster 40°. Flexion höger 55°, vänster 45° Ulnardeviation höger 30°, vänster 20°.

Radialdeviation höger 15°, vänster 0°

Händer:

Rörelseinskränkning och känselbortfall sidlika utan anmärkning.

Grov kraft hand: Jamar höger 35/38/37 och vänster 37/32/32

Tum, pekfingergrepp: Intrinsicmeter (kg) höger 8,5/7/7 vänster 7,5/7,5/8

Passiv=aktiv rörlighet. Bilateral knäppning vid Watsons test, men ej ont. DRU-leder testas bilateralt utan anmärkning.

Sammanfattning:

Kvarstående besvär efter bilaterala handledsfrakturer med framförallt rotationsinskränkning. Röntgen visar kvarvarande dorsalböckning på knapp 10° vänster sida och viss radial kompression höger. Viss rörelsesmärta.

Bedömning:

6 % medicinsk invaliditet.

Referensfall handled nr 7

Medicinsk diagnos:

Distal radiusfraktur och ulnafraktur vänster.

Bakgrund:

Fallit tog emot sig med vänster hand. Behandlad med gips. Bedömdes som normal läkningsprocess. Fick mera smärta och efter röntgen konstaterades fullständig pseudoartros.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om tidigare handledsskador.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Ständig värk även nattetid, domningar dig 3-5. Upplever även svaghet. Knäpper i handleden vid rörelse. Påverkan på ADL och har besvärligt att klara hårvård, tandborstning, att äta, och toalettbesök.

Status:

LS vänster handled: Svaghet vid flexion hand, ”svagt” handslag. Klarar cirka 45° vid extension och flexion. Smärta vid försök till radial- och ulnardeviation. Röntgen visar pseudoartros.

2-punktsdiskrimination vänster hand 1,5 cm jämfört med höger hand under 1 cm.

Sammanfattning:

Vänstersidig distal radiusfraktur som läkt med utveckling av pseudoartros. Rekonstruerande kirurgi inte aktuellt på grund av hjärtsvikt. Daglig värk, problem med ADL samt vid förflyttning. Använder handledsortos för stabilitet.

Bedömning:

12 % medicinsk invaliditet.

Referensfall lårben nr 1

Medicinsk diagnos:

Subtrochantär femurfraktur vänster som opereras med märgspik.

Bakgrund:

Fall vid rullskidåkning.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om några tidigare höftbesvär.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Upplever en konstant, molande värk i höft och ben som förvärras vid ökad belastning, exempelvis vid löpning eller längre trädgårdsarbete. Använder ingen smärtlindring. Är aktiv och kan löpträna 5 km ungefär två gånger per vecka. Kan ligga på höger sida nattetid utan besvär och klarar det mesta i vardagen på samma sätt som tidigare.

Status:

1RM benpress: vänster 100 kg, höger 109 kg

1RM bencurl: vänster 32 kg, höger 32 kg

1RM höftabduktion: vänster 30 kg, höger 40 kg

SOLEC: står 5 sekunder på båda benen.

ROM: passiv höftflexion liksidig.

- Inåtrotation: cirka 15° vänster, 10° höger
- Utåtrotation: liksidig

Palpation: tydligt palpationsöm över gluteal muskulatur kring trochanter major.

Sammanfattning:

Kvarstående molande värk och viss inskränkt rörlighet. Smärtan ökar vid överansträngning. Kan springa 5 km.

Bedömning:

3 % medicinsk invaliditet.

Referensfall lårben nr 2

Medicinsk diagnos:

Collumfemoris-fraktur höger som medfört plastikoperation.

Bakgrund:

Ramlat efter att ha blivit omkulldragen av hund.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om tidigare höftbesvär.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Konstant stelhet som medför vissa besvär vid strump- och byxpåtagning. Kan promenera upp till 3 km men behöver då ta smärtstillande i förebyggande syfte. Har smärta efteråt och får en ökad stelhet och värk. Har svårt att stå längre stunder, kliva upp på pallar och upplever sämre stabilitet och balans, särskilt vid belastning på höger ben.

Status:

Ingen benlängdsskillnad höger eller vänster. Rörelseinskränkning endast några grader försämrade bakåtflektion. Framåtflektion med rakt ben höger sida 50° och vänster 90°. Full böjning vänster ben, höger ben kommer strax under 90°. Rotationen är något inskränkt höger jämfört med vänster med cirka 5-10°, likaså abduktionen. Adduktionen är något inskränkt. Muskelstyrkan bedöms vara sidlik.

Sammanfattning:

Viss stelhet och värk efter operation men bra protesfunktion.

Bedömning:

6 % medicinsk invaliditet.

Referensfall lårben nr 3

Medicinsk diagnos:

Pertrochantär femurfraktur höger, opererad akut med märgspik.

Bakgrund:

Halkat på isfläck och slagit höger ben

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om tidigare höftbesvär.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Kvarstående besvär från höger höft i form av uttalad stelhetskänsla, nedsatt muskelkraft och rörelseinskränkning. Därutöver ses ökad uttröttbarhet samt försämrade gångförmåga, vilket sammantaget medför nedsatt funktionsnivå och begränsad autonomi i vardagen. Var gångare före olyckan men använder nu antingen kryckkäpp eller rollator som stöd vid förflyttning.

Status:

Höger ben är cirka 2 cm kortare än vänster. Rörelseinskränkning cirka 20° vid flexion. Rotationen är något inskränkt på höger sida jämfört med vänster, med en skillnad på cirka 5–10°. Nedsatt kraft vid lyft samt sträckning av lår, knä och höftböjare. Visuellt muskelatrofi höger lår.

Sammanfattning:

Nedsatt kraft och rörlighet och ökad uttröttbarhet. Behov av gånghjälpmedel

Bedömning:

8% medicinsk invaliditet.

Referensfall lårben nr 4

Medicinsk diagnos:

Suprakondylär femurfraktur med posttraumatisk atrosutveckling i knäleden och benlängdsskillnad samt extentionsdefekt i leden. Opererad med protes.

Bakgrund:

Frontalkrock och ådrog sig en komminut fraktur i vänster lårben och knä, som opererades med platta och skruvar. Lårbenet förkortades och frakturen läkte bristfälligt. Senare genomfördes en knäprotesoperation, vilken var komplicerad då knäleden i stort sett var sammanväxt. Postoperativt uppnåddes inte tillräcklig rörlighet trots mobilisering i narkos och långvarig intensiv sjukgymnastik. Har i dag god böjförmåga men kvarstående sträckdefekt.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Patienten fick en djup ventrombos i efterförloppet av protesoperation och mobilisering i narkos.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Patienten blev sämre efter protesoperationen. Har ständiga smärtor, VAS 4-5. Undviker värktabletter för att inte bli beroende av läkemedel. Har fått sluta med idrottsliga aktiviteter. Kan ej jogga, spela golf eller ens gå långpromenader. Klarar hushållsarbete och trädgårdsarbete, men det tar längre tid pga. av besvären. Har sjukgymnastkontakt 4 ggr/år. Behov av skoanpassning och trots detta kraftig hälta.

Status:

AT gott, men går med tydlig hälta och klart avvikande gångmönster som omgivningen inte kan undgå att lägga märke till. Har en ombyggd vänster sko som är max förhöjd (6 cm). Ls vänster ben: två långa ärr, ett lateralt på låret och nedanför knäet och ett ärr efter knäledsoperationen, som löper kurverat medialt om knäleden. Flexion i knäet 80-90 grader och extension klart inskränkt, ca 20-30 graders defekt. Ingen svullnad eller hydrops, men knäet är breddökat jmf höger.

Aktuell och ev. planerad behandling eller utredning:

Alla behandlingar slutförda. Ingen ytterligare operation är aktuell.

Bedömning:

25 % medicinsk invaliditet.

Referensfall knä nr 1

Medicinsk diagnos:

Traumatisk förstagångs patellaluxation vänster knä med broskskada centralt patella.

Bakgrund:

Landat fel efter en gymnastiskvolt och luxerat vänster knäskål. Traumatisk patellaluxation vänster knäled som reponerades på plats. Efter magnetröntgen påvisas resttillstånd efter patellaluxation med broskskador. Opereras med rekonstruktion av retinakel.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om några tidigare knäskador.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Ingen vätska i leden och ingen muskelatrofi. Full sträckning och böjning till 130° (140° på höger). Lätt ömhet på knäskålens insida, i övrigt ingen smärta. Apprehensionstest negativt. Knäskålen rör sig normalt, ligger rätt och följer rörelsen utan obehag.

Status:

Knät är stabilt i alla riktningar. Ett icke-smärtsamt knastrande hörs under knäskålen vid rörelse. Röntgen visar ingen artros. Knäskålen ligger bra och ett litet benfragment vid MPFL-fästet syns, vilket är en vanlig följd efter skada eller operation där knäskålen varit ur led.

Sammanfattning:

Fort-satta besvär i vänster knä med värk framtill vid belastad böjning, t.ex. i trappor och backar. Kan inte sitta på huk eller göra knäböj. Ingen instabilitet och ingen tendens till att knäskålen glider ur led.

Bedömning:

2 % medicinsk invaliditet.

Referensfall knä nr 2

Medicinsk diagnos:

Främre korsbandsskada höger knä. Osteochondral fraktur laterala tibiaplatån höger knä.

Bakgrund:

Överfall.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om några tidigare knäbesvär.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Upplever betydande aktivitetsbegränsningar både i arbete och vardag. Kan inte belasta knäna i knästående, ej heller sitta på huk eller utföra löpning. Försämrad funktion vid gång på ojämnt underlag samt vid branta lutningar, där smärta och instabilitetskänsla tilltar. Vid kallt väder en isande känsla inuti knäet.

Status:

Opererad för främre korsbandsskada i höger knä med samtidigt brosk-bentransplantation i yttre ledkammaren. Minskad lårmuskelomfång på höger sida (49 cm jämfört med 52 cm vänster). Ärr efter bntagning vid crista iliaca, hamstringsgraft medialt nedanför knät samt lateralt efter brosktransplantation. Negativ Lachmann och Pivot shift. Lätt ömhet lateralt över ledspringan, ej medialt. Full extension och flexion. Röntgen visar status efter korsbandskirurgi med väl utfylld broskdefekt (9×14 mm) i yttre tibiakondylen med jämn broskyta.

Sammanfattning:

Oförmögen att delta i idrott och fysisk aktivitet på samma sätt som innan skadan. Kan heller inte arbeta med hantverksjobb som kräver mycket belastning av knäleden i olika lägen. Ingen ytterligare kirurgi är planerad.

Bedömning:

3 % medicinsk invaliditet.

Referensfall knä nr 3

Medicinsk diagnos:

Bilaterala quadricepssenerupturer.

Bakgrund:

Halkade och ådrog sig rupturer av båda quadricepssenorna. Opererades och gipsbehandlades i fyra veckor.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga tidigare knäbesvär.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Lokal ömhet och periodvis värk efter belastning. Upplever nedsatt styrka i båda benen samt begränsad tolerans för belastning vid aktiviteter. På grund av stelhet svårighet med huksittande.

Status:

Efter genomgången operation och rehabilitering föreligger kvarvarande styrkenedsättning. Ömhet och viss värk vid belastning kvarstår. Funktionsnivån är förbättrad men inte helt återställd.

Sammanfattning:

Kvarstående besvär i form av nedsatt styrka, stelhet, begränsad belastningstolerans samt lokal ömhet och belastningssmärta.

Bedömning:

3 % medicinsk invaliditet per knä, vilket sammantaget ger 6 % medicinsk invaliditet.

Referensfall knä nr 4

Medicinsk diagnos:

Främre korsbandsskada höger knä, medial meniskruptur höger knä, lateral meniskruptur höger knä. Sekundär gonartros höger knä.

Bakgrund:

Fallskada i samband med fotbollsspel.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om några tidigare knäbesvär.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Efter främre korsbandsplastik klart förbättrad. Senaste året gradvis tilltagande problem i form av smärta företrädesvis medialt. Smärtan kommer efter en stunds ansträngning och patienten beskriver smärta redan efter 5-10 minuters promenad. Knäleden brukar svullna upp vid ansträngning trots smärta, har på grund av detta slutat sitt arbete som hantverkare inom kommunen.

Status:

Rörelseomfång 0–130°. Ingen svullnad. Lätt MCL-glapp i semiflexion men stabilt i sträckt läge. Menisktester utan anmärkning. Främre stabilitet med distinkt stopp och sidlikt vänster knä – ingen misstanke om ACL-graftskada. Tidigare artroskopi visade bucket-handle-ruptur i både mediala och laterala menisken samt ACL-ruptur; båda meniskerna resecerades partiellt och ledbrösket var då normalt. Vid senare korsbandsplastik sågs begynnande artros medialt med något ojämnt brosk på femurkondylen. MR av höger knä visar medialt incipient gonartros med degenerativa förändringar, främst i femur.

Sammanfattning:

Patient som i samband med distorsionsvåld fick en skada i höger knä med medial samt lateral meniskruptur och även främre korsbandsruptur. Efter korsbandsplastik förbättrad men senaste åren allt mer symtom talande för sekundär gonartrosutveckling vilket styrkts via magnetkameraundersökning.

Bedömning:

7 % medicinsk invaliditet.

Referensfall knä nr 5

Medicinsk diagnos:

Quadricepsseneruptur vänster ben. Opererades med tenotomi och förkortning av quadricepssenan.

Bakgrund:

Klivit ur en traktor och skadade knät.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om några tidigare knäbesvär.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Subjektiva besvär: Nedsatt kraft trots träning två dagar per vecka. Klarar inte av att lyfta benet med rakt ben. Upplever sämre rörelseomfång i knäet och att det känns stelt. Kan inte sitt på huk.

Status:

Rörelseomfång höger knä 0-150° med god kraft i full extension vänster 0-120° passivt men har en aktiv extensionsdefekt om 20°. Klarar inte att lyfta benet med rakt ben från underlaget. Noteras att vänster fot är något mer svullen än den högra.

Sammanfattning:

Quadricepsruptur där man initialt utredde meniskskada. 6 månader senare i samband med MRT kunde diagnosen ställas och operation utföras. Uttalade kvarstående besvär i form av svaghet och rörelseinskränkning samt värk.

Bedömning:

8 % medicinsk invaliditet.

Referensfall knä nr 6

Medicinsk diagnos:

Komminut dislocerad patellarfraktur höger knä.

Bakgrund:

Ramlat inomhus och slagit i höger knä.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om tidigare knäbesvär.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Besväras av belastningssmärta, förlägger smärtan i knävecket och ventralt runt patella. Begränsad gångsträcka på grund av smärta. Behov av krycka vid promenader. Har värk, framförallt efter ansträngning, har behov av regelbundet analgetica.

Status:

Går med två kryckor, något ataktiskt, höger knä lätt semiflekterat. Ca 2–3° extensionsdefekt, böjer 115–120°. Stabil i varus/valgus i både extension och 90° flexion. Patella spårar normalt. Minskad muskulatur i quadriceps och hamstrings. Ingen ömhet över sidoligament, ingen Bakercysta eller popliteaaneurysm. Lätt ömhet vid djup palpation i fossa poplitea. Smärta i knävecket vid flexion mot motstånd; extension utan smärta.

Sammanfattning:

Akut osteosyntes, reoperation två gånger på grund av redislokation, atroskopisk adherenslösning och synovectomi. Senare total knäledsartroplastik inkl. patella på grund av kvarstående smärtproblematik.

Bedömning:

15 % medicinsk invaliditet.

Referensfall underben nr 1

Medicinsk diagnos:

Högersidig diafysär tibiafraktur, sluten.

Bakgrund:

Fallit i skidbacke och ådragit sig en komminut spiralfraktur i mellersta delen av tibia som opereras med märgspik.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om tidigare besvär.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Kvarvarande aktivitetsbegränsande belastningssmärta och därefter vilovärk kring frakturen. Upplever en viss felställning i underbenet som också besvärar. Har dessutom besvärande smärta kring knäet som kan ge symtom efter aktivitet. Ingen benlängdsskillnad.

Status:

Fullt rörelseomfång i knäled och fotled. Ingen palpationsömheter längs margo eller medialsidan av tibia. Röntgen visar överbryggande kallus kring hela märgspiken på tibia. Samtidigt föreligger latusfelställning med sekundär rotationsfelställning, motsvarande cirka 10 graders utåtrotation av fotbladet.

Sammanfattning:

Kvarstående besvär med belastningsrelaterad värk runt frakturområdet och i höger knäled. Fraktur läkt med lätt symtomgivande felställning

Bedömning:

3 % medicinsk invaliditet.

Referensfall underben nr 2

Medicinsk diagnos:

Högersidig tibiakondylfraktur.

Bakgrund:

Cyklist påkörd av bil.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om tidigare besvär.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Kvarstående smärta över operationsärren, smärta i knäleden. Belastningssmärta höger knä, svårt att stå längre stunder. Smärta i knäet efter några timmars promenad.

Status:

Välläktat ärr efter extraktion av osteosyntesmaterial. Ömmar vid palpation över båda ärren, proximalt, samt över båda ledspringorna. Beskriver intermittent smärta ventralt över ledspringan på övre sidor av patellarsenan. Fullt och smärtfritt rörelseomfång. Stabil i sidled och sagittellt. Menisktest u.a.

Sammanfattning:

Långvarigt smärttillstånd efter fraktur och operation. Fått blockbehandling och operation med extraktion av osteosyntesmaterial. MR visar normala fynd förutom ett lätt ödem i främre korsbandet, dock inget som kan förklara symtomen. Viss lindring av Capsin-kräm. Kvarstående smärtor.

Bedömning:

5 % medicinsk invaliditet.

Referensfall underben nr 3

Medicinsk diagnos:

Splittrad intraartikulär fraktur i proximala tibia med stor isärsprängning av fragmenten och nedpressning av mediala tibiakondylfragmentet knä. Opererade med skruvar och platta.

Bakgrund:

Cyklist påkörd av bil.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om tidigare besvär.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Ständig värk, även nattetid, i knäet. Inskränkt böjförmåga samt ständig smärta vid belastning. På grund av smärtorna har gångförmågan avsevärt försämrats. Det föreligger kvarstående svullnad i benet. Kan ej klättra på trappstege eller gå ner på knä etc. Störd nattsömn. Använder smärtstillande tabletter 6 ggr/dygn.

Status:

Allmäntillstånd gott. Går haltande.

Stort ärr efter operation. Inga infektionstecken. Underbenet något svullet liksom knäet.

Ingen värmeökning eller hydrops. Böjer till ca 90°. Normal extensionsförmåga. Det finns en lätt valgisering i knäleden och även lätt sidovackling. Klar främre draglåda.

Sammanfattning:

Egenträning efter schema från sjukgymnast. Tillståndet stationärt. Risk för artrosutveckling och i framtiden risk för protesoperation.

Bedömning:

10 % medicinsk invaliditet.

Referensfall fot nr 1

Medicinsk diagnos:

Fotledsdistorsion vänster.

Bakgrund:

Tacklad under fotbollsspel så att vänster fot vrids inåt och skada uppstår på anteriora talofibularligamentet. MRT visade partiell skada på FTA. Behandlas konservativ.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om tidigare fotskador.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Har kvarstående besvär med sämre rörlighet i vänster fotled. Upplever en känsla av låsning i vissa lägen vilket kan ge besvär vid gång i trappor eller när han springer i backe. Efter tyngre belastning kan värk och viss svullnad uppstå.

Status:

Tydlig mjukdelssvullnad vid laterala malleolen. Inskränkt dorsalflexion med ca 10 grader. Palperas i övrigt utan anmärkning. Inga tecken på kvarstående instabilitet i leden eller syndesmosen.

Sammanfattning:

Lätt inskränkt rörlighet, svullnad och viss smärta.

Bedömning:

1 % medicinsk invaliditet.

Referensfall fot nr 2

Medicinsk diagnos:

Lateral malleolarfraktur höger.

Aktuell skada:

Vred foten vid hockeyspel.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om några tidigare fotbesvär.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Knäppande känsla i fotleden vid rörelse i liggande position, framför allt lateralt över fotledens utsida. Obehag med stickande känsla vid värmewäxling, främst vid kall väderlek. Känslig för slag och stötar kring fotleden. Upplevd sämre stabilitet, har lätt att trampa snett på grund av instabilitet. Använder ingen analgetika.

Status:	Höger	Vänster
Dorsalextension	-30°	-30°
Plantarflexion	50°	60°
Supination	30°	30°
Pronation	15°	15°

Lätt ömhet över ärret laterala malleolen. Normal stabilitet fotledsgaffeln.

Låromfång (20 cm ovan knäledsnivå)	53 cm
Största vadmöfång	39 cm
	40 cm

Sammanfattning:

Kvarstående besvär med lätt nedsatt rörlighet samt något mindre vadmöfång jämfört med höger. Viss obehagskänsla med stickningar framförallt vid värmewäxling till kall väderlek

Bedömning:

1 % medicinsk invaliditet.

Referensfall fot nr 3

Medicinsk diagnos:

Medial malleolar fotledsfraktur vänster. Opererades med platta, skruv och cerclage.

Bakgrund:

Halkar vid gång i nedförsbacke så att vridning i fotled uppstår.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om tidigare fotbesvär.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Svullnad och värk i fotleden vid belastning och efterföljande perioder. Smärtan kan emellanåt vara så uttalad att det inte går att belasta eller stödja på foten, även efter relativt liten ansträngning. I vila förekommer endast lindriga besvär. Symtomen gör längre stunder av sittande och stående ansträngande, och lättutlöst smärta i fotleden kan begränsa vissa vardagliga aktiviteter.

Status:

Lätt nedsatt rörlighet och diskret asymmetri i fotleden. Blåaktig missfärgning ses distalt om malleolen. Palpationsömheter över mediala malleolen.

Sammanfattning:

Kvarstående besvär med lätt nedsatt rörlighet. Belastningsrelaterad värk som uppkommer både under och efter aktivitet. Smärtan kan ibland vara så uttalad att det inte går att stödja på foten.

Bedömning:

4 % medicinsk invaliditet.

Referensfall fot nr 4

Medicinsk diagnos:

Fraktur laterala malleolen vänster

Bakgrund:

Trampat snett på en trottoarkant och ådragit sig ett supinationsvåld mot vänster fotled

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om tidigare fotbesvär.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Har daglig värk i fotleden som förvärras vid belastning men minskar igen efter en stunds vila. Har vilovärk men på en mindre nivå. Har svårt att springa, gå i trappor och ta sig fram på ojämnt underlag. Upplever tydlig hälta efter ansträngande aktivitet.

Status:

Påtaglig ömhet ovanför laterala malleolen samt ömhet över leden. Tydlig rörelsenedsättning. I stående dorsalflexion till 20° jämfört med 35° på höger sida och plantarflexion till 40° jämfört med 55° på höger sida. Lätt nedsatt pro- och supination. Stabil vid draglådetest. Ingen muskelatrofi. Mycket svårt att komma upp i tåstående på vänster sida, utan problem på höger. Svårighet att gå på hälarna på grund av otillräcklig dorsalflexion i vänster fot

Sammanfattning:

Kontinuerliga besvär med värk och belastningssmärta av sådan karaktär att dagliga aktiviteter nu behöver anpassas. Klar rörelsenedsättning.

Bedömning: 5 % medicinsk invaliditet.

Referensfall fot nr 5

Medicinsk diagnos:

Bimalleolär fotledsfraktur. Behandlad med plattfixation på lateralsidan och stift och skruv på medialsidan.

Bakgrund:

Halkar och sätter sig på höger fot så att vridvåld utåt uppstår

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om tidigare fotbesvär.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Värken är hanterbar dagtid men tilltar ofta på kvällar i vila, på morgnar samt vid framåtböjd belastning, exempelvis vid trappgång. Känslig vid oavsiktlig fotvridning. Upplever balanssvårigheter vid enbensstående och beskriver nedsatt rörlighet i fotleden

Status:

Vadmuskulaturen är liksidigt symmetrisk med största muskelbuk mätt till 40 cm i omkrets bilateralt. Kan stå både på tå och häl. Uppvisar viss nedsatt stabilitet vid tåstående på höger sida, och enbensstående på höger fot känns instabilt men kan utföras med viss korrigering.

Omkrets kring fotleden vid laterala malleolen: höger 28 cm, vänster 25 cm. Nedsatt dorsalflexion på höger sida, där foten står i 90 graders vinkel i förhållande till underbenet. Motsvarande dorsalflexion vänster 10°.

Plantarflektionsdifferens cirka 20°, med höger mätt till 150° och vänster 170°.

Välläkta operationsärr med lätt nedsatt sensibilitet kring ärrområdet. Inversion och eversion är liksidiga och utan anmärkning.

Sammanfattning:

Viss värk dagtid, smärta vid belastning och lätt rörelseinskränkning.

Bedömning:

3 % medicinsk invaliditet.

Referensfall fot nr 6

Medicinsk diagnos:

Trimalleolär fotledsfraktur vänster.

Behandlad med plattfixation av fibulafraktur och skruvfixation av mediala malleolen.

Bakgrund:

Falltrauma med vridvåld mot vänster fotled.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om tidigare fotskador.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Upplever obehag i form av stickningar och ömhet kring fotleden, framför allt i samband med gång. Tidigare aktiv löpare, men löpning har inte kunnat återupptas efter skadan. Smärtan förvärras vid gång nedför trappor. Vid igångsättning och olika rörelser krävs försiktighet, och tunga föremål undviks. Längre promenader samt gång på ojämnt underlag undviks på grund av ökade besvär.

Dagliga besvär i form av vilovärk, igångsättningssmärta och stelhet. Nattsömnen störs tidvis av smärta, med sporadiska uppvaknanden. Analgetika används vid behov.

Status:

Höger

Vänster

Fotled:

Utseende Normalkonfigurerad Se nedan Generellt svullen och breddökad fotled, stel i samband med tåövningar.

Palpation

Ingen ömhet

Se nedan

Palpationsömhet över operationsärret på lateralsidan, ventralt över fotleden och palpationsömhet över mediala ärret.

Sensibilitet

U.a.

Se nedan

Nedsatt på lateralsidan och kring ärret samt framför mediala malleolen och fottryggen.

Dorsalextension

30°

ca 20°

Plantarflexion

50°

40°

Supination

15-20°

5-10° stel

Pronation

10°

stel

Omfång fotled

26 cm

28 cm

Sammanfattning:

Haltande gång. Värk, ömhetskänsla och stelhet kring fotleden uppstår i samband med belastning och rörelse. Nattlig smärta som kan störa sömnen samt lokal sensibilitetsnedsättning kring operationsärren. Analgetika används vid behov.

Bedömning:

5 % medicinsk invaliditet.

Referensfall fot nr 7

Medicinsk diagnos

Dislocerad calcaneusfraktur.

Bakgrund:

Fall från stege med landning på höger fot, vilket orsakade en dislocerad calcaneusfraktur. Initialt behandlad med gips och avlastning. Efterföljande subtalär artros ledde till subtalär artrodes (steloperation). Postoperativt tre månaders gips och därefter fysioterapi.

Tidigare sjukdomar/skador

Inga uppgifter om tidigare fotbesvär.

Aktuella symtom och funktion

Morgonstelhet som förbättras under dagen. Svullnad efter belastning. Smärta vid gång på ojämnt underlag och vid barfota gång. Nedsatt gångsträcka, muskelstyrka och rörlighet. Klarar sig utan krycka inomhus men använder ibland krycka vid längre sträckor utomhus.

Status

Foten är avsvälld med välläkta ärr. Ömhet över skruvskallar och mjukdelar kring ärr. Ingen rörlighet i subtalarleden. God rörlighet i fotleden, korrekt hälställning.

Sammanfattning

Calcaneusfraktur efter fall, initialt behandlad med gips. Efterföljande subtalär artros ledde till artrodes med gott läkningsförlopp. Kvarstående besvär i form av svullnad, stelhet, ömhet, smärta vid ojämnt underlag och nedsatt gångförmåga.

Bedömning:

4 % medicinsk invaliditet.

Referensfall fot nr 8

Medicinsk diagnos:

Lisfrancsledsluxation med en kvarstående subluxation höger.

Bakgrund:

Hoppat från brygga ner i grunt vatten och skadade höger fot. Behandlad med temporära artrodeser TMT 1-3, skruvfixation. Reopererad efter 2 månader med avlägsnanden av fixationsmaterial, följt av gipsbehandling.

Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador:

Inga uppgifter om tidigare fotskador.

Aktuella symtom och funktionsnivå:

Belastningsvärk uppstår exempelvis vid avveckling av steget eller vid bärande av tyngre föremål. Löpning längre än 15 minuter ger ihållande, molande värk följande dag. Promenader över 45 minuter utlöser värk efter avslutad aktivitet. Besvären varierar mellan VAS 0–4. Känner av foten flera gånger dagligen även utan föregående belastning. Efter aktivitet uppstår nattlig stelhet, dock utan att störa sömnen

Status:

Ökad höjd och bredd över fotryggen. Minskat/utplånat fotvalv. Lätt valgusställning i bakfoten. Cirka 10° nedsatt plantarflexionsförmåga. Dorsalextensionsförmåga bilateralt sidlik och utan anmärkning. Bilateralt sidlik kraft i fotleder och tår. Ingen palpationsömheter. Nedsatt känsel kring operationsärren på ett område om cirka 9×5 cm samt dysestesi över basen av dig I. Vaddiameter bilateralt sidlik, 37 cm.

Sammanfattning

Värk vid belastning, postfunktionell värk. Stelhet och formförändring.

Bedömning: 4 % medicinsk invaliditet.