

Gradering av medicinsk invaliditet

**MEDICINSK
INVALIDITET**

2004

Gradering av medicinsk invaliditet **2004**

*Utgiven av Sveriges Försäkringsförbund
Andra upplagan, 2:a tryckningen 2004
Grafisk form, omslag Elisabeth Mogren
ISBN 91-631-5403-X
Tryckeri AB Ystads Centraltryckeri 2004
© Sveriges Försäkringsförbund*

Innehållsförteckning

Förord	6
1. Inledning	8
1.1 Historik	8
1.2.1 Medicinsk invaliditet	9
1.2.1 Definition	10
1.2.2 Användningsområde	10
1.3 Den medicinske rådgivarens roll	10
1.4 Användning av tabellverket	11
1.4.1 Ramvärde	11
1.4.2 Smärta, vegetativa och psykogena reaktioner	11
1.4.3 Sammanvägning	12
1.4.4 Avrundning av siffravärden	13
1.5 Slutord	13
2. Tabellverk	14
2.1 Skador på nervsystem och sinnesorgan	14
2.1.1 Afasi	14
2.1.2 Motoriska och sensoriska funktionsförluster	14
2.1.3 Yrsel - balansstörningar	15
2.1.4 Epilepsi	15
2.1.5 Nedsatta psykiska elementarfunktioner och organiska psykosyndrom	15
2.1.6 Kronisk traumatisk smärta, reaktiva och psykogena tillstånd m m	15
2.1.7 Ryggmärgsskador	16
2.1.8 Övriga skadeföljder	16
2.1.9 Synskador	17
2.1.10 Hörselskador	18
2.2 Ryggskador	18
2.3 Skador på övre extremiteterna	19
2.3.1 Amputation	19

2.3.2	Ledskador	20
2.3.2.1	Skulderled	20
2.3.2.2	Armbågsled	20
2.3.2.3	Handled	22
2.3.2.4	Fingrar	22
2.3.3	Nervfunktionsförluster	24
2.3.4	Skador på ej dominant arm och hand	26
2.4	Skador på nedre extremiteterna	26
2.4.1	Amputation (exklusive lyte)	26
2.4.2	Ledskador	27
2.4.3	Nervfunktionsförluster	27
2.4.4	Andra skadeföljder	28
2.5	Stomier m m	28
2.6	Organförluster	29

Bilagor

Bilaga 1 - Flerfingeramputationer	30
Bilaga 2 - Kumulationstabell	40

Förord

Tabeller för bedömning av invaliditetsgrader har funnit i Sverige sedan 1900-talets början. I 1901 års lag om arbetsgivarnas ekonomiska ansvar för skada till följd av olycksfall i arbetet fanns tabeller inskrivna i lagtexten.

Invaliditetstabellerna, gemensamma för svenska försäkringsväsende, har omarbetats vid flera tillfällen. 1996 års tabellverk, "Gradering av medicinsk invaliditet - 1996", har tillämpats vid skadereglering sedan den 1 juli 1996 och ersatte då 1981 års tabellverk.

1996 års tabellverk föregicks av ett mångårigt utredningsarbete under ledning av en projektgrupp med representanter från försäkringsbranschen och där verksamma medicinska rådgivare. Under arbetet konsulterades specialister representerande olika medicinska specialiteter.

1996 års tabellverk medförde en stor förändring jämfört med tidigare ordning genom att total medicinsk invaliditet, 100 %, anses föreligga först när situationen är den att ingen kroppsfunction finns kvar. Det innebär i sin tur, när flera olika funktionsförluster samtidigt föreligger, att det inte går att genom rak addition lägga ihop de olika invaliditetsgraderna för att komma fram till den sammanlagda invaliditetsgraden. Ett system med kumulativ procentuell sammanvägning infördes därför. 1996 års tabellverk innebar också nya värderingar både faktiskt och relativt sett mellan olika slag av funktionsnedsättningar. Vissa tidigare inte upptagna skadeföljder fick också en plats i tabellverket.

Redan under 1997 inhämtade Försäkringsförbundet synpunkter från försäkringsbolagen och medicinska rådgivare om tillämpningen av 1996 års tabellverk. En arbetsgrupp tillsattes 1999 för att komma med förslag på justering i två hänseenden; dels frågan hur systemet med det i 1996 års tabellverk använda begreppet ramvärde på ett bättre sätt skulle kunna förmedlas i tabellverket, dels frågan om hur smärta och värvk skulle behandlas i tabellverket.

Arbetsgruppen, Urban Bergman, försäkringsjurist, Yvonne Sjögren, skadespecialist, Börje Tillbom, skadecontroller, Erland Lysell, ortoped, Richard Tegnér, neurolog och Tycho Tullberg, ortoped, har under åren 1999-2003 redovisat olika förslag på ett justerat nytt tabellverk. Under arbetet har remissvar inkommit från olika skadeprövningsnämnder, Försäkringsläkarföreningen och representanter som företräder olika grupper av skadelidande. I november 2003 beslutade Försäkringsförbundet att det förslag till nytt tabellverk för gradering av medicinsk invaliditet som arbetsgruppen enats om skall användas vid skadereglering från och med 1 juli 2004.

Det nu föreliggande tabellverket innehåller i sak små ändringar jämfört med 1996 års tabellverk. Utöver ändringar av redaktionell karaktär, främst i syfte att på ett bättre sätt förmedla systemet med ramvärde, är inga ändringar gjorda när det gäller värderingen av olika slag av funktionsnedsättningar jämfört med 1996 års tabellverk. Delramvärden som har bedömts ha ringa pedagogisk betydelse är borttagna.

Värk och smärta behandlas i det nya tabellverket i ett sammanhållet avsnitt tillsammans med andra tillstånd där besvärsbilden utmärks av subjektiva inslag (2.1.6). I detta avsnitt har också införts anvisningar om vilka faktorer som skall ligga grund för gradering av medicinsk invaliditet och om värderingen av vissa tillstånd som är att bedöma enligt avsnittet.

I. Inledning

I.I Historik

I.I.I Tyskland/Österrike

Våra första branschgemensamma invaliditetstabeller härstammar från slutet av 1800-talet i de ersättningsnormer som gällde i tysk privat olycksfallsförsäkring. Avsikten med dessa var i och för sig inte att fastställa medicinsk invaliditet i betydelsen funktionsförlust, utan i stället att få ett mått på ersättningsnivån vid olika skadetyper.

När den offentliga olycksfallsförsäkringen infördes i Tyskland påverkades den starkt av traditionerna inom den privata. Båda var kopplade till arbetsinkomsten. Särskilda skadehandläggare med juridisk kompetens och erfarenhet från arbetslivet skulle fastställa ersättningssatsen. Detta gjordes med ledning av uttalande från läkare om skadans art och omfattning, prognos och samband med olycksfallet. Den medicinska bedömningen visade sig snart få mycket stor betydelse för den slutliga ersättningssatsen. Denna utveckling torde vara den direkta orsaken till att begreppet "medicinsk invaliditet" kom att användas trots att man endast avsåg skadans inverkan på arbetsförmågan.

Försäkringsbolaget för arbetsskador i Österrike tillsatte i slutet av 1880 en kommitté med uppgift att värdera inverkan av de vanligaste skadeföljderna på förvärvsförmågan hos okvalificerade industriarbetare. En tariff antogs officiellt 1890 och torde vara den första officiella invaliditetstabellen, "Das Wienerschema". Det påpekades särskilt att den innehöll genomsnittliga normer som kunde frångås i det enskilda fallet. Das Wienerschema fick efterföljare i flera länder, framför allt i Tyskland.

I.I.2 Sverige

Lagen om arbetsgivarnas ekonomiska ansvar för skada till följd av olycksfall i arbetet infördes 1901. I lagtexten angavs invaliditetsgrader som allmänt skulle tillämpas, exempelvis 50 % för förlust av ena handen eller foten, 25 % för en tumme, 20 % vid blindhet på ett öga och 10 % vid ensidig hörsel förlust. Hänsyn skulle tas inte bara till den nedsättning av arbetsförmågan, som rent allmänt kunde anses föreligga, utan även till

speciella färdigheter, som krävdes för den skadades arbete.

I 1916 års olycksfallsförsäkringslag var de grundläggande principerna desamma som i 1901 års lag, men ändå angavs i lagen inga invaliditetsgrader. Man kom emellertid att tillämpa i stort sett samma riktlinjer som tidigare. Underhand bearbetades och förändrades invaliditetsgradera. Särskilt värderingen vid förlust av nedre extremiteterna ansågs vara för hög.

När yrkesskadeförsäkringslagen (YFL) kom 1954 framhölls uttryckligen att bedömningen inte borde vara alltför bunden av tabeller. Den faktiska arbetsoförmågan skulle tillmätas större betydelse. Anpassningssvårigheter skulle särskilt beaktas. Inom privat försäkring tillämpades under lång tid samma graderingsprinciper som enligt YFL. I vissa försäkringsvillkor infördes tabeller över grader för preciserade skadetyper, vilka i stort sett följde riktlinjerna inom yrkesskadeförsäkringen. Efter hand skedde dock en viss glidning mot ett mer renodlat begrepp "medicinsk invaliditet", bland annat på så sätt att man sökte undvika den anpassning till arbets situationen som var utmärkande för YFL. Omvärvärderingar och modernisering gjorde att graderingen i tabellverket "Grunder för gradering av kvarstående men efter skador (medicinsk invaliditet)", som kom 1981 och var det första branschgemensamma, i viss mån utgjorde ett mått på den funktionsnedsättning som skadan rent allmänt kunde anses medföra enligt medicinsk bedömning. Fortfarande byggde systemet dock på värderingar från yrkesskadeförsäkringen. Man hade således valt att sätta hel invaliditet, 100 %, vid förlust av synförmågan på båda ögonen och överlät medvetet åt vissa ersättningssystem att kompensera ännu större funktionsförluster.

1.2 Medicinsk invaliditet

I föreliggande tabellverk bortses helt från ersättningssystem och ersättningsformer. Endast funktionsförmåga, såväl förlorad som kvarvarande, har getts betydelse för graderingen. Utgångspunkten är att total medicinsk invaliditet, 100 %, föreligger när ingen funktion finns kvar.

1.2.1 Definition

Medicinsk invaliditet definieras som

fysisk och/eller psykisk funktionsnedsättning beroende av orsak och utan hän-syn till den skadades yrke, fritidsintressen eller andra speciella förhållanden.

Gradering av medicinsk invaliditet är ett sätt att inbördes värdera olika funktionsnedsättningar beroende av orsak. Eventuellt lyte skall således inte vägas in i den medicinska invaliditetsgraden. Typ av försäkring saknar betydelse. Däremot kan bevisreglerna för sambandsbedömningen variera mellan olika försäkringsformer.

1.2.2 Användningsområde

Inom individuell och kollektiv olycksfallsförsäkring är oftast den medicinska invaliditetsgraden helt avgörande för ersättningens storlek. Detta gäller också i stor utsträckning villkorsbundna försäkringar som Trygghetsförsäkring vid arbetsskada och Patientförsäkringen.

Vid skaderegleringen inom trafik- och ansvarsförsäkringen bestäms ersättningen enligt skadeståndslagen. Skadeståndets betydelse inom ersättningsrätten knyts alltmer till den ideella skadan. Vid bestämning av ersättning för denna är den medicinska invaliditeten oftast av avgörande betydelse. Ersättningen för nedsatt arbetsförmåga ("ekonomisk"/-förvärvmässig invaliditet) baseras däremot på den faktiska förlusten.

1.3 Den medicinske rådgivarens roll

Vid skadereglering biträder läkare, kunniga i försäkringsmedicin och representerande olika medicinska specialiteter, med framför allt sambands- och invaliditetsbedömning. Dessa medicinska rådgivare ansvarar för sina medicinska bedömningar på samma sätt som för sin övriga medicinska verksamhet. Den medicinske rådgivaren behöver för sin bedömning uppgifter om

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

Vid gradering av den medicinska invaliditeten är det funktionsnedsättningen i sig som är avgörande, men de övriga uppgifterna är ett nödvändigt tillägg för att kunna kontrollera att bedömningen blir riktig.

I tabellverket är funktionsnedsättningen inte alltid detaljbeskriven. Vid funktionsnedsättning på grund av defekt ledfunktion räcker till exempel gradtalsuppgift för att ge en erfaren medicinsk rådgivare tillräckligt bedömningsunderlag.

Rådgivaren har ofta för bedömningen mer relevant information än den intygsskrivande läkaren. Den medicinske rådgivaren är dessutom oberoende av personliga relationer till den skadade.

1.4 Användning av tabellverket

1.4.1 Ramvärde

Procenttalen i tabellen är värden för total förlust eller funktionsdefekt inom angiven anatomisk struktur/kroppsregion. Dessa procenttal har benämnts ramvärde men skulle också kunna kallas tak- eller maximalvärdet.

Ramvärdebegreppet har kommit fram genom multidisciplinärt samarbete. Den medicinska invaliditetsgraden, uttryckt som ramvärde efter exempelvis en amputation, motsvaras av den funktionsförlust som följer av att all neurologisk funktion nedom den aktuella nivån gått förlorad.

Fastställandet av ramvärdet för förlust av en kroppsdel har givit den ram, inom vilken samtliga regionala delinvaliditeter kan bestämmas. Invaliditetsgraden tar hänsyn inte bara till funktionsförlust utan även till bevarad funktionsförmåga. Ramvärdet för förlust av kroppsdel är därför vägt mot en bibehållen normal funktion i kroppen inklusive psykisk funktion.

Om funktionsbortfallet inte är totalt skall invaliditetsgraden utgöra en andel av ramvärdet.

1.4.2 Smärta, vegetativa och psykogena reaktioner

I ramvärdena är inräknat de vid aktuell funktionsnedsättning vanligen förekommande psykiska effekterna, de sekundära autonoma reaktionerna samt värk och smärta.

I vissa fall kvarstår ett smärttillstånd klart utöver det för skadan vanligen förekommande. Sådana smärttillstånd är att bedöma enligt 2.1.6.

Ibland medför ångest och smärta ansenlig funktionsnedsättning och också stor del av den samlade funktionsnedsättningen av en skada. Här erinras om det närmast generella fenomenet ”psykogen eller (oegentligt) funktionell pålagring”. Detta innebär att skadans besvär och upplevelsen av skadan ofta omedvetet förstärks, vilket ej bör förväxlas med mer medveten aggravation. Vid ”psykogen pålagring” är texten i punkt 2.1.6 tillämpbar.

Ångestinslag kan ge besvären en mer ”explosiv” innehörd, som hindrar rehabiliteringen. Om ansenligare invaliditetsgrad skall accepteras pga kvarstående ångestreaktion, bör tydligt högre dramatik krävas av utlösande omständigheter än vad regelmässigt ingår vid olycksfall och annat våld.

Handläggningen enligt avsnitt 1.4.2 förutsätter omfattande klinisk erfarenhet hos den medicinske rådgivaren.

Ibland kan det exempelvis vara av värde för rehabiliteringen att vänta med invaliditetsbedömning för att få smärt- eller ångesttillstånd i lugnare fas. Ibland kan det tvärtom vara väsentligt att avsluta försäkringsärendet snabbt.

1.4.3 Sammanvägning

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

Vid sammanvägning av flera samtidiga invaliditeter skall normalt *kumulativ procentuell sammanvägning tillämpas*. Principen innebär att man vid två eller flera samtidiga invaliditetstillstånd väljer det största som bas. Tillkommande funktionsförluster beräknas på resterande funktionsförmåga enligt formeln:

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

där A = den största invaliditeten och sålunda $(100 - A)$ = resterande funktionsförmåga samt B = invaliditetsgraden för den tillkommande funktionsförlusten. Tabell för kumulativ procentuell sammanvägning finns i bilaga 2.

Denna princip, som skall användas vid beräkning av totalinvaliditeten i det enskilda fallet, har använts vid uppbyggnaden av tabellverkets sifferor för stora, komplexa invaliditeter. Som exempel kan användas en total skada på ryggmärgens mellersta del, vilken leder till total förlust av:

funktion i höger ben 35 %
vänster ben 35 %
halva bålen 15 %
blåsans funktion 35 %
ändtarmens funktion 23 %
sexualfunktion 30 %

Dessa invaliditeter enkelt adderade ger den orimliga summan 173 %. Med kumulativ procentuell sammanvägning erhålls siffran 87 %, som återfinnes i tabellverket.

Metoden kan inte alltid tillämpas. Om till exempel en existerande medicinsk invaliditet förstärks av en tillkommande, ger den reduktion som metoden innebär inte en riktig gradering. Som exempel kan anföras förlust av båda händerna, där frånvaron av den andra handen markant förstärker förlusten av den första.

I vissa situationer kan även en tillkommande funktionsförlust "drunkna" i en redan existerande invaliditet. Så kan till exempel följa av en frakturskada sakna betydelse om den träffar en förut förlamad extremitet. Kumulativ procentuell sammanvägning ger ofta ojämna tal varför resultatet bör avrundas vid stora invaliditeter.

1.4.4 Avrundning av siffervärden

Det är uppenbart att den exakthet som speglas i tabellens siffervärden inte existerar i verkligheten. Exaktheten har ändå behållits för att representera ramvärdet, vilket ju används som utgångsvärde vid gradering (se ovan). Dessutom ger avrundade ingångsvärdena stora fel vid en kumulativ procentuell sammanvägning.

1.5 Slutord

Ett tabellverk kan aldrig göras så detaljerat att det täcker alla skadeföljder. Tabellerna blir därför endast rådgivande riktlinjer och måste användas med praktiskt kliniskt omdöme särskilt som många skador och skadekombinationer självtalat aldrig kan förutses.

2. Tabellverk

Om funktionsbortfallet inte är totalt skall invaliditetsgraden utgöra en andel av ramvärdet.

2.1 Skador på nervsystem och sinnesorgan

2.1.1 Afasi

Maximal (global) afasi	90
Förstår ej språksymboler. Inadekvat språk	70
Förstår språksymboler men kan ej kommunicera i tal eller skrift	35
Lätta svårigheter att förstå och/eller producera språk	10
(Anartri: se 2.1.8)	
Andra fokala neuropsykologiska störningar, t ex agnosia och apraxi värderas efter påverkan av ADL-funktionen	

2.1.2 Motoriska och sensoriska funktionsförluster

(Övre extremitetens perifera nerver: se 2.3.3
Nedre extremitetens perifera nerver: se 2.4.3)

Nervus olfactorius

Total förlust av luktsinnet, inklusive påverkan på smakupplevelse	7
Tillägg vid framträdande parosmi	4

Nervus trigeminus

Totalt sensibilitetsbortfall	10
N. maxillaris perifert om foramen infraorbitale	4
N. mandibularis perifert om foramen mandibulare	5
N. mandibularis perifert om foramen mentale	4
N. lingualis	3

(Tuggfunktion: se 2.1.8)

Nervus facialis

Total pares	13
-------------------	----

Hemisyndrom

Motoriskt, sensoriskt och/eller ataxiskt hemisyndrom utan förlust av kranialnervs- eller övrig cerebral funktion men med totalt halvsidigt motoriskt bortfall	75
---	----

2.1.3 Yrsel - balansstörningar

Yrsel och balansrubbning	26
Balansrubbning	18
Enbart yrsel, se 2.1.6	

2.1.4 Epilepsi

Svåra, ständiga symtom trots terapi	60
Täta anfall - ej aura	40
Täta anfall - med aura	20
Glesa anfall	10

(Ixodi: se 2.1.5)

2.1.5 Nedsatta psykiska elementarfunktioner och organiska psykosyndrom

Total demens	99
ADL-insufficiens med regelbundet behov av tillsyn	70
Markerade och ständigt förekommande - ADL klaras hjälpligt	40

2.1.6 Kronisk traumatisk smärta, reaktiva och psykogena tillstånd m m

Den medicinska invaliditeten vid dessa subjektiva symptomkomplex inkluderar en rad traumatiska följdar, t ex trötthet, yrsel, huvudvärk, kognitiva besvär, smärtbetingad rörelseinskränkning, känsel- och kraftnedsättning, tinnitus, ångest, asteni, fobier, depression, psykosomatiska reaktioner, generell smärtspridning och myofasciellt syndrom.

Lätta eller måttliga besvär som lätt kan lindras, innebär ingen medicinsk invaliditet. En viss invaliditet kan föreligga även vid besvär som inte medför någon väldefinierad funktionsnedsättning.

I första hand beaktas funktionsnedsättningar som påverkar ADL, psykiska elementarfunktioner och social aktivitet. I andra hand beaktas

av individen upplevda symptom. 35
(Följdtillstånd efter kotpelardistorsion graderas normalt till högst 18. Följdtillstånd efter hjärnskakning graderas normalt till högst 13.)

2.1.7 Ryggmärgsskador

Hög cervical tvärsnittslesion (ovanför C4) med total förlust av all neurologisk funktion nedom tvärsnittsnivån	97
Thoracolumbal spinal tvärsnittslesion med total förlust av all neurologisk funktion nedom tvärsnittsnivån	87
Total förlust av kontroll av både urinblåsa och tarm samt sexualfunktion	65
Total förlust av kontroll av både urinblåsa och tarm	50
Total förlust av kontroll av urinblåsa	35
Total förlust av ändtarmskontroll	23
Total förlust av sexualfunktion	30

2.1.8 Övriga skadeföljder

Förlust av respirationsfunktion	85
Total anartri	28
Förlust av tugg- och sväljfunktion	24
Käkled med kraftigt reducerad gapförmåga och med smärta/värk. Sväljningsfunktion och talpåverkan ej inräknad	14
Tandförlust med dålig protesfunktion	6
Förlust av salivsekretion, total	6
Total förlust av smaksinnet	4

Skada på endokrina system

Svåra ständiga symtom trots terapi	50
Inadekvat terapikontroll	20
Symtom men effektiv terapikontroll	10
Total förlust av sexuell förmåga på grund av endokrin skada, ryggmärgsskador (se 2.1.7), skada på bäckennerver eller deras rötter, anatomiska skador på bäcken och genitalorgan eller omfattande buktraumata	30

Däremot skall sexuella besvär efter hjärnskada ej beaktas separat om hypofysfunktionen är oskadd. De sexuella symtomen skall då beaktas tillsammans med övriga psykiska symtom.

Sterilitet

Kvinnor och män intill 50 år	30
Kvinnor över 50 år	0
Män 50 - 65 år	15
Män över 65 år	5

2.1.9 Synskador

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

Synskärpenedsättning

Beräkningen skall baseras på de synskärpevärdet som erhålls med bästa fördragbara korrektion.

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

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

Synfältsdefekter

Total homonym hemianopsi	35
Homonym kvadrantanopsi - nedåt	24
Homonym kvadrantanopsi - uppåt	17
Bitemporal hemianopsi	24
Ensidig defekt särskilt nedåt eller temporalt	7

Dubbelseende

Dubbelseende - som nödvändiggör occlusion	10
Dubbelseende - övriga fall	7

Afaki	
Ensidig med IOL	7
Ensidig utan IOL	10
Dubbelsidig med IOL	10
Dubbelsidig utan IOL	14
Ensidig och dubbelsidig afaki med IOL för personer > 35 år taxeras till	5
Traumatisk mydriasis med bländning	10

Ackomodationspares

Ensidig	7
---------------	---

Dubbelsidig	10
-------------------	----

Full menigradering för ackomodationspares kan endast komma ifråga under 35 års ålder.

2.1.10 Hörselskador

Total hörselförlust	60
---------------------------	----

Total hörselförlust på ett öra	15
--------------------------------------	----

Tinnitus, hyperakusi och andra parakustiska besvär, se 2.1.6.

2.2 Ryggskador

Funktionsnedsättning på grund av smärttillstånd bedöms lika oavsett om detta är lokaliserat till hals- bröst- eller ländryggens kotor, diskar eller mjukdelar. För gradering, se 2.1.6.

Vid markerad rörelseinskränkning, för halsryggen mindre än 60 grader sammanlagd rotation och för ländryggen mycket nära upphävd rörlighet, ges tillägg enligt följande:

Fixerad halsrygg

normalläge	12
andra lägen	20

Fixerad ländrygg

normalläge	4
andra lägen	15

2.3 Skador på övre extremiteterna

2.3.I Amputation

Unilateral

Interthoracoscapulär amputation	51
Exartikulation axelled	46
Överarm med dålig protesfunktion	45
Exartikulation armbåge	42
Underarm med förlust av pro-supination	41
Distal underarm med bibehållen pro-supination	37
Handled	37
Proximal mellanhand	35
Proximal mellanhand med kvarvarande tumme	33

Amputation av, eller på, ett finger

Tumme

1. ytter- och innerfalanger samt metacarpal	19
2. ytter- och innerfalanger	17
3. ytterfalangen	8
4. halva ytterfalangen med nagelförlust	5

Pekfinger

5. hela fingret med eller utan metacarpal	7
6. ytter- och mellanfalangerna	6
7. ytterfalangen	4
8. halva ytterfalangen med nagelförlust	2

Långfinger

9. hela fingret med eller utan metacarpal	7
10. ytter- och mellanfalangerna	4
11. ytterfalangen	2

Ringfinger

12. hela fingret med eller utan metacarpal	4
13. ytter- och mellanfalangerna	2
14. ytterfalangen	1

Lillfinger

15. hela fingret med eller utan metacarpal	4
16. ytter- och mellanfalangerna	3
17. ytterfalangen	2

Flerfingeramputationer (18-268): se bilaga I

Bilateral

Exartikulation axelleder	77
Handleder	65

Vid bilaterala amputationer *inom* händerna används ren addition, ej kumulativ. Justering skall då ej göras för icke dominant hand.

2.3.2 Ledskador

2.3.2.1 Skulderled

Rörelseomfång

Flexion

högst 45°	20
45° - 90°	10
90° - 120°	5
120° - 140°	0

Tillägg för upphävd rotation och/eller abduktion vid flexionsförmåga > 45°	10
Instabil humeroscapularled	12
Recidiverande luxationer i humeroscapularled	6
Resttillstånd i acromioclavicularled	3

2.3.2.2 Armbågsled

Fixerad i

0°	23
30°	20
60°	15
90°	12
120°	28
140°	37

Rörelseomfång

0° - 30°	19
0° - 60°	12
0° - 90°	6
0° - 120°	2
0° - 150°	0

30° - 60°	13
30° - 90°	9
30° - 120°	4
30° - 150°	2

60° - 90°	10
60° - 120°	6
60° - 150°	3

90° - 120°	10
90° - 150°	7

120° - 150°	26
-------------------	----

Underarmsrotation

Fixerad i optimalt läge (10° - 20° pronation)	10
Fixerad i maximal supination	22
Fixerad i maximal pronation	18

Rotation sammanlagt 30°

innehållande det optimala läget	8
---------------------------------------	---

Rotation sammanlagt 60°

innehållande det optimala läget	5
---------------------------------------	---

Rotation sammanlagt 120°	2
--------------------------------	---

Instabil armbågsled	10
---------------------------	----

2.3.2.3 Handled

Fixerad i 0° - 20° dorsalflexion med normal underarmsrotation	7
Fixerad i 45° volarflexion	11
Fixerad i maximal volarflexion	32
Fixerad i maximal dorsalflexion	15
Tillägg för fixation i ytterlägen av ulnar- eller radial flexion	2
Rörelseomfång 60° innefattande optimalt läge (= 10° dorsalflexion)	3

2.3.2.4 Fingrar

Tumme

Fixation av

CMC-led i god ställning	4
CMC-led i dålig ställning (t ex i ytterläge av ab- eller adduction)	15
MCP-led i god ställning (0° - 15°)	1
MCP-led i starkt funktionsinskränkande ställning	10
IP-led i god ställning (0° - 20°)	2
IP-led i starkt funktionsinskränkande ställning	7
MCP- och IP-led i god ställning	6

Annat finger

Fixation i

	MCP-led	PIP-led	DIP-led
Pekfinger	10° - 30° 2	10° - 50° 2	0° - 30° 1
Långfinger	10° - 40° 2	20° - 50° 2	10° - 40° 0
Ringfinger	20° - 50° 2	20° - 50° 2	10° - 40° 0
Lillfinger	20° - 50° 2	30° - 60° 2	10° - 40° 0

Fixation i andra lägen liksom i två leder ger invaliditet efter en glidande skala upp till invaliditet motsvarande amputation av fingret genom den proximala stela ledens Stelhet i samtliga leder i ett finger ger, oavsett läge, invaliditet som vid amputation av fingret.

Rörelseinskränkning i fingrar

Invaliditet för enskilda fingrar kan ej överstiga den för amputation av fingret. Hänsyn tas till såväl knytdiastas som besvärande sträckdefekt.

Antal fingrar	Knytdiastas			
	2 cm	3 cm	4 cm	5 cm
1	1	2	4	5
2	2	3	6	7
3	4	6	8	10
4	6	7	10	13

Funktionsinskränkande sträckdefekt kan medföra en höjning av ovanstående med upp till 2 enheter. Ringa sträckdefekt räknas inte som invaliditet.

Instabilitet

Tummens MCP-led

Starkt funktionsinskränkande i radial riktning 4

Rotations- eller vinkelfelställning

Vid kraftig felställning invaliditet som vid amputation

Köldkänslighet

Funktionsinskränkande utöver den på grund
av skadan förväntade

- liten 1
- stor 4

Kraftnedsättning

Besvärande kraftnedsättning utöver den på
grund av skadan förväntade förlust av halva
kraften jämfört med andra handen 4

2.3.3 Nervfunktionsförluster

Plexus- och kombinationsskador

Total plexuslesion	51
Förlust av medianus, ulnaris, radialis och musculocutaneus	46
Hög medianus + hög ulnaris	36
Hög medianus + hög ulnaris med bibehållen skyddssensibilitet	32
Låg medianus + låg ulnaris	29
Låg medianus + låg ulnaris med bibehållen skyddssensibilitet	23
Bilateral förlust av all nervfunktion	77

Nervus medianus

Hög skada utan skyddssensibilitet	23
Hög skada med skyddssensibilitet	20
Funktionsbortfall enbart i handen	
- oppositionsförmåga och skyddssensibilitet saknas	17
- oppositionsförmåga saknas men skyddssensibilitet finns	14
- oppositionsförmåga finns men skyddssensibilitet saknas	14
- oppositionsförmåga och skyddssensibilitet finns	11
- bortfall enbart av oppositionsförmåga	4

Nervus ulnaris

Hög skada utan skyddssensibilitet	16
Hög skada med skyddssensibilitet	15
Funktionsbortfall enbart i handen	
- utan skyddssensibilitet	11
Funktionsbortfall enbart i handen	
- med skyddssensibilitet	10
Tillägg för kontrakt kloställning	3

Nervus radialis

Totalt funktionsbortfall	17
Funktionsbortfall med bibehållen tricepsfunktion	15

Bibehållen dorsalflexion i handleden 12
 Funktionsbortfall enbart i sensibla grenen 1

Nervus thoracalis longus

Totalt funktionsbortfall 3

Nervus musculocutaneus

Totalt funktionsbortfall 5

Nervus accessorius

Totalt funktionsbortfall 7

Nervus axillaris

Totalt funktionsbortfall 7

Vid kombinationsskador används kumulativ procentuell sammanvägning.

Sensibilitetsförlust i fingrar

		Skyddssensibilitet	
		utan	med
<i>Tumme</i>	Dubbelsidig	8	5
	Radiala sidan	3	1
	Ulnara sidan	5	2
<i>Pekfinger</i>	Dubbelsidig	4	3
	Radiala sidan	3	2
	Ulnara sidan	0	0
<i>Långfinger</i>	Dubbelsidig	2	1
	Radiala sidan	1	0
	Ulnara sidan	0	0
<i>Ringfinger</i>	Dubbelsidig	1	1
	Ensidig	0	0
<i>Lillfinger</i>	Dubbelsidig	2	1
	Radiala sidan	1	0
	Ulnara sidan	2	1

Vid total nervskada eller amputation på finger ökar invaliditeten vid nervskada på övriga fingrar, dock ej över total sensibilitetsförlust på pekfinger. På amputationsstumpar ger sensibilitetsbortfall på toppen ingen invaliditet utöver amputationen. Ovanstående invaliditer innefattar ökad köldkänslighet. Om sensibilitetsnedsättningen ej motiverar någon högre invaliditet kan ökad köldkänslighet motivera tillägg.

2.3.4 Skador på ej dominant arm och hand

Dominant	Ej dominant
< 11	..... samma
11 - 20	..... avdrag 1
21 - 30	..... avdrag 2
31 - 40	..... avdrag 3
41 - 50	..... avdrag 4
51 - 60	..... avdrag 5
> 60	..... avdrag 6

2.4 Skador på nedre extremiteterna

2.4.1 Amputation

Unilateral

Hemipelvectomi	43
Exartikulation höftled	38
Lårben - dålig protesfunktion	33
Lårben - god protesfunktion	23
Exartikulation knäled	19
Underben - dålig protesfunktion	19
Underben - god protesfunktion	12
Fot	9
Framfot (Lisfranc)	6
Stortå	3

Bilateral

Exartikulation höftled	65
Underben - god protesfunktion	23
Framfot (Lisfranc)	12

2.4.2 Ledskador

Höftled

Fixerad i gott läge	12
(Siffran avser fixation i flexion < 15°, rotation och ab/adduktion < 5°)	
Fixerad i annat läge	30
(Siffran avser fixation i funktionellt sämsta läge dvs flexion > 60°)	
Rörlighet enbart 30° från sträckställning	10
Rörlighet enbart 60° från sträckställning	7
Rörlighet enbart 90° från sträckställning	5
Tillstånd efter ledplastik	40
Tillstånd efter ledresektion	40

Knäled

Fixerad i gott läge	14
(Siffran avser fixation i flexion < 15°)	
Fixerad i flexion	21
(Siffran avser fixation i funktionellt sämsta läge dvs flexion > 45°)	
Flexion 80° -100° från sträckställning	4
Sträckdefekt 25°	12
Tillstånd efter ledplastik	35
Symtomgivande instabilitet	17

Fot och fotled

Talocruralled fixerad i gott läge	6
(Siffran avser fixation i flexion < 10°)	
Fixerade subtalara leder	5
Pantalarisk fixation	7
Instabilitet	7
Hallux rigidus	2

2.4.3 Nervfunktionsförluster

Unilateral

Plexuslesion med förlust av all nervfunktion	39
Nervus ischiadicus, total funktionsförlust	21
Nervus femoralis, total funktionsförlust	14
Nervus peroneus, total funktionsförlust	7
Nervus obturatorius, total funktionsförlust	4

Bilaterala	
Förlust av all nervfunktion	62
Nervus peroneus	12

2.4.4 Andra skadeföljder	
Ortoskrävande benförkortning	10

2.5 Stomier m m

Tracheostomi, permanent efter skada på luftvägarna

- dålig funktion (se 2.1.8)	
- god funktion	15

Ureterostomi

- dålig funktion	35
- god funktion	15

KAD

- dålig funktion (jfr 2.1.7)	35
- god funktion	10

Ileostomi

- dålig funktion	35
- god funktion	15

Colostomi

- dålig funktion (jfr 2.1.7)	23
- god funktion	10

2.6 Organförluster

Tunga	45
Struphuvud	40
Lunga	25
Mjälte, före puberteten	5
Njure	5

Status efter organtransplantation – jämför gradering av skada
på endokrina system 2.1.8.

Bilaga I

Flerfingeramputationer

Amputation på två fingrar

(Nr 1-17 se 2.3.1)

18.	I+2	.....21	28.	2y+3	.....10
		ym .....20			ym .....8
		y .....19			y .....7
19.	Iy+2	.....13	29.	2+4	.....13
		ym .....12			ym .....10
		y .....10			y .....8
20.	I+3	.....22	30.	2ym+4	.....10
		ym .....19			ym .....8
		y .....18			y .....7
21.	Iy+3	.....12	31.	2y+4	.....8
		ym .....10			ym .....5
		y .....9			y .....5
22.	I+4	.....20	32.	2+5	.....12
		ym .....18			ym .....10
		y .....18			y .....8
23.	Iy+4	.....11	33.	2ym+5	.....10
		ym .....9			ym .....9
		y .....8			y .....8
24.	I+5	.....18	34.	2y+5	.....7
		ym .....18			ym .....7
		y .....17			y .....6
25.	Iy+5	.....10	35.	3+4	.....11
		ym .....10			ym .....10
		y .....9			y .....8
26.	2+3	.....13	36.	3ym+4	.....8
		ym .....10			ym .....6
		y .....9			y .....5
27.	2ym+3	.....12	37.	3y+4	.....7
		ym .....10			ym .....5
		y .....8			y .....4

38.	3+5	.....13	51.	I+2ym+4	.....26
		ym .....12			ym .....23
		y .....9			y .....21
39.	3ym+5	.....8	52.	I+2y+4	.....23
		ym .....7			ym .....21
		y .....6			y .....21
40.	3y+5	.....7	53.	Iy+2+4	.....19
		ym .....5			ym .....16
		y .....5			y .....15
41.	4+5	.....10	54.	Iy+2ym+4	.....17
		ym .....8			ym .....14
		y .....8			y .....14
42.	4ym+5	.....7	55.	Iy+2y+4	.....14
		ym .....5			ym .....12
		y .....5			y .....12
43.	4y+5	.....6	56.	I+2+5	.....26
		ym .....5			ym .....25
		y .....4			y .....24

Amputation på tre fingrar

44.	I+2+3	.....28	58.	I+2y+5	.....22
		ym .....26			ym .....21
		y .....25			y .....21
45.	I+2ym+3	.....27	59.	Iy+2+5	.....18
		ym .....24			ym .....17
		y .....22			y .....16
46.	I+2y+3	.....25	60.	Iy+2ym+5	.....16
		ym .....23			ym .....14
		y .....21			y .....14
47.	Iy+2+3	.....20	61.	Iy+2y+5	.....13
		ym .....17			ym .....13
		y .....16			y .....12
48.	Iy+2ym+3	.....19	62.	I+3+4	.....26
		ym .....16			ym .....25
		y .....16			y .....23
49.	Iy+2y+3	.....17	63.	I+3ym+4	.....26
		ym .....14			ym .....24
		y .....13			y .....22
50.	I+2+4	.....27	64.	I+3y+4	.....25
		ym .....25			ym .....22
		y .....24			y .....20

65.	$1y+3+4$	.....18	79.	$1y+4y+5$	.....14
	ym	17		ym	12
	y	16		y	11
66.	$1y+3ym+4$	.....17	80.	$2+3+4$	.....21
	ym	15		ym	20
	y	13		y	16
67.	$1y+3y+4$	.....15	81.	$2+3ym+4$	.....18
	ym	12		ym	15
	y	11		y	12
68.	$1+3+5$	.....26	82.	$2+3y+4$	.....14
	ym	25		ym	12
	y	23		y	10
69.	$1+3ym+5$	.....25	83.	$2ym+3+4$	.....17
	ym	24		ym	15
	y	22		y	13
70.	$1+3y+5$	.....24	84.	$2ym+3ym+4$	.....14
	ym	23		ym	12
	y	21		y	11
71.	$1y+3+5$	.....20	85.	$2ym+3y+4$	.....12
	ym	18		ym	10
	y	16		y	9
72.	$1y+3ym+5$	.....16	86.	$2y+3+4$	.....14
	ym	15		ym	12
	y	14		y	11
73.	$1y+3y+5$	.....14	87.	$2y+3ym+4$	.....12
	ym	13		ym	10
	y	12		y	9
74.	$1+4+5$	.....24	88.	$2y+3y+4$	.....10
	ym	23		ym	8
	y	22		y	8
75.	$1+4ym+5$	.....23	89.	$2+3+5$	.....20
	ym	21		ym	18
	y	20		y	16
76.	$1+4y+5$	.....21	90.	$2+3ym+5$	.....16
	ym	20		ym	14
	y	19		y	12
77.	$1y+4+5$	.....18	91.	$2+3y+5$	.....14
	ym	16		ym	13
		15		y	11
78.	$1y+4ym+5$	.....16	92.	$2ym+3+5$	.....17
	ym	14		ym	15
	y	13		y	13

93.	2ym+3ym+5	.....14	107.	3+4+5	.....18
	ym	13		ym	16
	y	11		y	15
94.	2ym+3y+5	.....12	108.	3+4ym+5	.....17
	ym	11		ym	16
	y	10		y	14
95.	2y+3+5	.....14	109.	3+4y+5	.....14
	ym	12		ym	13
	y	12		y	11
96.	2y+3ym+5	.....12	110.	3ym+4+5	.....16
	ym	10		ym	15
	y	10		y	14
97.	2y+3y+5	.....10	111.	3ym+4ym+5	.....15
	ym	9		ym	13
	y	9		y	11
98.	2+4+5	.....20	112.	3ym+4y+5	.....13
	ym	18		ym	12
	y	16		y	10
99.	2+4ym+5	.....18	113.	3ym+4+5	.....14
	ym	16		ym	13
	y	14		y	11
100.	2+4y+5	.....16	114.	3y+4ym+5	.....13
	ym	14		ym	11
	y	12		y	9
101.	2ym+4+5	.....17	115.	3y+4y+5	.....10
	ym	15		ym	8
	y	13		y	7
102.	2ym+4ym+5	.....14			
	ym	12			
	y	10			
103.	2ym+4y+5	.....12			
	ym	10			
	y	8			
104.	2y+4+5	.....14	116.	1+2+3+4	.....31
	ym	11		ym	31
	y	10		y	29
105.	2y+4ym+5	.....11	117.	1+2+3ym+4	.....31
	ym	9		ym	31
	y	8		y	29
106.	2y+4y+5	.....9	118.	1+2+3y+4	.....30
	ym	8		ym	29
	y	7		y	27

Amputation på fyra fingrar

116.	1+2+3+4	.....31
	ym	31
	y	29
117.	1+2+3ym+4	.....31
	ym	31
	y	29
118.	1+2+3y+4	.....30
	ym	29
	y	27
119.	1+2ym+3+4	.....31
	ym	30
	y	29

120.	I+2ym+3ym+4	.....	30	134.	I+2+3+5	.....	31
	ym	.....	29		ym	.....	31
	y	.....	27		y	.....	30
121.	I+2ym+3y+4	.....	29	135.	I+2+3ym+5	.....	31
	ym	.....	27		ym	.....	30
	y	.....	25		y	.....	29
122.	I+2y+3+4	.....	29	136.	I+2+3y+5	.....	30
	ym	.....	28		ym	.....	29
	y	.....	27		y	.....	27
123.	I+2y+3ym+4	.....	28	137.	I+2ym+3+5	.....	31
	ym	.....	27		ym	.....	31
	y	.....	25		y	.....	30
124.	I+2y+3y+4	.....	27	138.	I+2ym+3ym+5	.....	30
	ym	.....	25		ym	.....	29
	y	.....	24		y	.....	29
125.	Iy+2+3+4	.....	27	139.	I+2ym+3y+5	.....	29
	ym	.....	26		ym	.....	27
	y	.....	23		y	.....	25
126.	Iy+2+3ym+4	.....	25	140.	I+2y+3+5	.....	29
	ym	.....	21		ym	.....	28
	y	.....	18		y	.....	27
127.	Iy+2+3y+4	.....	21	141.	I+2y+3ym+5	.....	28
	ym	.....	18		ym	.....	27
	y	.....	17		y	.....	26
128.	Iy+2ym+3+4	.....	23	142.	I+2y+3y+5	.....	27
	ym	.....	21		ym	.....	25
	y	.....	20		y	.....	24
129.	Iy+2ym+3ym+4	.....	21	143.	Iy+2+3+5	.....	26
	ym	.....	19		ym	.....	25
	y	.....	18		y	.....	23
130.	Iy+2ym+3y+4	.....	19	144.	Iy+2+3ym+5	.....	23
	ym	.....	17		ym	.....	23
	y	.....	16		y	.....	20
131.	Iy+2y+3+4	.....	20	145.	Iy+2+3y+5	.....	20
	ym	.....	19		ym	.....	18
	y	.....	18		y	.....	17
132.	Iy+2y+3ym+4	.....	19	146.	Iy+2ym+3+5	.....	23
	ym	.....	17		ym	.....	23
	y	.....	16		y	.....	21
133.	Iy+2y+3y+4	.....	18	147.	Iy+2ym+3ym+5	.....	21
	ym	.....	16		ym	.....	20
	y	.....	16		y	.....	18

148.	1y+2ym+3y+5	.....19	162.	1y+2+4ym+5	.....23
	ym	18		ym	22
	y	17		y	20
149.	1y+2y+3+5	.....21	163.	1y+2+4y+5	.....20
	ym	21		ym	20
	y	20		y	18
150.	1y+2y+3ym+5	.....18	164.	1y+2ym+4+5	.....23
	ym	16		ym	22
	y	16		y	20
151.	1y+2y+3y+5	.....17	165.	1y+2ym+4ym+5	.....21
	ym	16		ym	20
	y	15		y	18
152.	1+2+4+5	.....31	166.	1y+2ym+4y+5	.....20
	ym	31		ym	19
	y	30		y	17
153.	1+2+4ym+5	.....31	167.	1y+2y+4+5	.....20
	ym	30		ym	19
	y	29		y	18
154.	1+2+4y+5	.....30	168.	1y+2y+4ym+5	.....18
	ym	29		ym	16
	y	27		y	16
155.	1+2ym+4+5	.....31	169.	1y+2y+4y+5	.....17
	ym	30		ym	16
	y	29		y	15
156.	1+2ym+4ym+5	.....29	170.	1+3+4+5	.....31
	ym	28		ym	31
	y	27		y	30
157.	1+2ym+4y+5	.....27	171.	1+3+4ym+5	.....31
	ym	27		ym	30
	y	25		y	29
158.	1+2y+4+5	.....29	172.	1+3+4y+5	.....30
	ym	28		ym	29
	y	27		y	29
159.	1+2y+4ym+5	.....28	173.	1+3ym+4+5	.....31
	ym	27		ym	30
	y	26		y	29
160.	1+2y+4y+5	.....27	174.	1+3ym+4ym+5	.....29
	ym	25		ym	28
	y	24		y	27
161.	1y+2+4+5	.....26	175.	1+3ym+4y+5	.....27
	ym	26		ym	27
	y	24		y	25

176.	1+3y+4+5	.....	.29	190.	2+3+4y+5	.....	.23
	ym	.....	.28		ym	.....	.23
	y	.....	.27		y	.....	.20
177.	1+3y+4ym+5	.....	.28	191.	2+3ym+4+5	.....	.25
	ym	.....	.27		ym	.....	.24
	y	.....	.26		y	.....	.23
178.	1+3y+4y+5	.....	.27	192.	2+3ym+4ym+5	.....	.23
	ym	.....	.26		ym	.....	.22
	y	.....	.24		y	.....	.21
179.	1y+3+4+5	.....	.25	193.	2+3ym+4y+5	.....	.21
	ym	.....	.24		ym	.....	.18
	y	.....	.23		y	.....	.17
180.	1y+3+4ym+5	.....	.24	194.	2+3y+4+5	.....	.23
	ym	.....	.23		ym	.....	.23
	y	.....	.21		y	.....	.20
181.	1y+3+4y+5	.....	.20	195.	2+3y+4ym+5	.....	.21
	ym	.....	.20		ym	.....	.18
	y	.....	.18		y	.....	.17
182.	1y+3ym+4+5	.....	.23	196.	2+3y+4y+5	.....	.19
	ym	.....	.22		ym	.....	.17
	y	.....	.20		y	.....	.16
183.	1y+3ym+4ym+5	.....	.21	197.	2ym+3+4+5	.....	.25
	ym	.....	.20		ym	.....	.23
	y	.....	.18		y	.....	.20
184.	1y+3ym+4y+5	.....	.20	198.	2ym+3+4ym+5	.....	.23
	ym	.....	.19		ym	.....	.21
	y	.....	.17		y	.....	.19
185.	1y+3y+4+5	.....	.19	199.	2ym+3+4y+5	.....	.20
	ym	.....	.18		ym	.....	.20
	y	.....	.17		y	.....	.17
186.	1y+3y+4ym+5	.....	.18	200.	2ym+3ym+4+5	.....	.23
	ym	.....	.18		ym	.....	.21
	y	.....	.16		y	.....	.19
187.	1y+3y+4y+5	.....	.17	201.	2ym+3ym+4ym+5	.....	.21
	ym	.....	.16		ym	.....	.20
	y	.....	.15		y	.....	.18
188.	2+3+4+5	.....	.28	202.	2ym+3ym+4y+5	.....	.18
	ym	.....	.25		ym	.....	.17
	y	.....	.24		y	.....	.14
189.	2+3+4ym+5	.....	.25	203.	2ym+3y+4+5	.....	.20
	ym	.....	.24		ym	.....	.20
	y	.....	.23		y	.....	.18

204.2ym+3y+4ym+5	.....	19	217.1+2+3+4y+5	.....	33
ym	.....	18	ym	.....	33
y	.....	16	y	.....	33
205.2ym+3y+4y+5	.....	16	218.1+2+3ym+4+5	.....	34
ym	.....	15	ym	.....	34
y	.....	13	y	.....	33
206. 2y+3+4+5	.....	20	219.1+2+3ym+4ym+5	.....	34
ym	.....	20	ym	.....	33
y	.....	18	y	.....	33
207.2y+3+4y+5	.....	20	220.1+2+3ym+4y+5	.....	33
ym	.....	19	ym	.....	33
y	.....	18	y	.....	32
208.2y+3+4y+5	.....	18	221.1+2+3y+4+5	.....	33
ym	.....	18	ym	.....	33
y	.....	16	y	.....	32
209.2y+3ym+4+5	.....	20	222.1+2+3y+4ym+5	.....	33
ym	.....	19	ym	.....	32
y	.....	18	y	.....	31
210.2y+3ym+4ym+5	.....	8	223.1+2+3y+4y+5	.....	32
ym	.....	16	ym	.....	32
y	.....	15	y	.....	29
211.2y+3ym+4y+5	.....	16	224.1+2ym+3+4+5	.....	34
ym	.....	15	ym	.....	34
y	.....	13	y	.....	33
212.2y+3y+4+5	.....	15	225.1+2ym+3+4ym+5	.....	33
ym	.....	14	ym	.....	33
y	.....	13	y	.....	31
213.2y+3y+4ym+5	.....	14	226.1+2ym+3+4y+5	.....	33
ym	.....	12	ym	.....	32
y	.....	11	y	.....	31
214.2y+3y+4y+5	.....	12	227.1+2ym+3ym+4+5	.....	33
ym	.....	11	ym	.....	32
y	.....	10	y	.....	31
Amputation på fem fingrar					
215.1+2+3+4+5	.....	34	228.1+2ym+3ym+4ym+5	.....	33
ym	.....	34	ym	.....	32
y	.....	33	y	.....	31
216.1+2+3+4ym+5	.....	34	229.1+2ym+3ym+4y+5	.....	31
ym	.....	34	ym	.....	31
y	.....	33	y	.....	29
230.1+2ym+3y+4+5	.....	33	230.1+2ym+3y+4+5	.....	33
ym	.....	32	ym	.....	32
y	.....	31	y	.....	31

231.1+2ym+3y+4ym+5	31	245.1y+2+3ym+4+5	31
ym	31	ym	30
y	30	y	29
232.1+2ym+3y+4y+5	31	246.1y+2+3ym+4ym+5	29
ym	30	ym	28
y	29	y	28
233.1+2y+3+4+5	33	247.1y+2+3ym+4y+5	29
ym	33	ym	28
y	32	y	27
234.1+2y+3+4ym+5	33	248.1y+2+3y+4+5	29
ym	32	ym	29
y	31	y	27
235.1+2y+3+4y+5	32	249.1y+2+3y+4ym+5	28
ym	31	ym	27
y	30	y	27
236.1+2y+3ym+4+5	33	250.1y+2+3y+4y+5	25
ym	33	ym	25
y	31	y	23
237.1+2y+3ym+4ym+5	32	251.1y+2ym+3+4+5	31
ym	31	ym	31
y	29	y	29
238.1+2y+3ym+4y+5	31	252.1y+2ym+3+4ym+5	31
ym	29	ym	30
y	28	y	29
239.1+2y+3y+4+5	31	253.1y+2ym+3+4y+5	29
ym	30	ym	28
y	29	y	27
240.1+2y+3y+4ym+5	29	254.1y+2ym+3y+4ym+5	29
ym	29	ym	29
y	27	y	28
241.1+2y+3y+4y+5	28	255.1y+2ym+3ym+4ym+5	28
ym	27	ym	27
y	26	y	26
242.1y+2+3+4+5	31	256.1y+2ym+3ym+4y+5	26
ym	31	ym	25
y	31	y	24
243.1y+2+3+4ym+5	31	257.1y+2ym+3y+4+5	28
ym	30	ym	27
y	29	y	27
244.1y+2+3+4y+5	29	258.1y+2ym+3y+4ym+5	27
ym	29	ym	25
y	28	y	25

259.1y+2ym+3y+4y+5	.....	.24	
	ym	.....	.23
	y	.....	.22
260.1y+2y+3+4+5	.....	.27	
	ym	.....	.26
	y	.....	.25
261.1y+2y+3+4ym+5	.....	.26	
	ym	.....	.25
	y	.....	.25
262.1y+2y+3+4y+5	.....	.25	
	ym	.....	.25
	y	.....	.23
263.1y+2y+3ym+4+5	.....	.27	
	ym	.....	.26
	y	.....	.25
264.1y+2y+3ym+4ym+5	.....	.25	
	ym	.....	.25
	y	.....	.23
265.1y+2y+3ym+4y+5	.....	.24	
	ym	.....	.23
	y	.....	.22
266.1y+2y+3y+4+5	.....	.23	
	ym	.....	.22
	y	.....	.21
267.1y+2y+3y+4ym+5	.....	.21	
	ym	.....	.21
	y	.....	.20
268.1y+2y+3y+4y+5	.....	.20	
	ym	.....	.20
	y	.....	.18

Bilaga 2

Ur Guides to the evaluation of permanent impairment, American Medical Association, 1971.

Kumulationstabell

Kombinerade värden grundas på formeln:

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

Man följer tabellen med procenttal som sträcker sig från 1 till 100, dels längs vänstermarginalen, dels längs botten. Ett kombinerat värde erhålls genom att välja det större värdet som tal i vänstermarginalen, och följa raden tills man kommer till den kolumn som utpekas av det andra, lägre talet, valt i bottenraden. Det sökta kombinerade värdet ligger i skärningen mellan utpekad rad och kolumn.

Till exempel, för att kombinera 35 % och 20 %, läs längs marginalen tills man kommer till det större värdet, 35 %. Följ den utpekade 35%-raden tills kolumnen utpekad av 20 % i bottenraden nås. I skärningen erhålls talet 48. Det kombinerade värdet av 35 % och 20 % blir alltså 48 %. Enligt konstruktionen av tabellen, måste det större värdet läsas i vänstermarginalen.

Om tre eller fler värden skall kombineras, välj godtyckligt ut två av dessa och sök upp deras kombinerade värde enligt beskrivningen ovan. Tag detta kombinerade värde och kombinera det i sin tur med det tredje värdet, och kombinationen av tre värden erhålls. Denna process kan fortsettas obestämt antal gånger tills alla tal i ursprungsserien är uttömda.

