

Medicinsk invaliditet

Gradering av medicinsk invaliditet - 1996

Medicinsk invaliditet.....	1
Gradering av medicinsk invaliditet - 1996.....	1
1 Inledning.....	2
1.1 Historik.....	2
1.2 Medicinsk invaliditet.....	3
1.2.1 Definition.....	3
1.2.2 Användningsområde.....	3
1.3 Sakkunnigläkarens roll.....	4
1.4 Användning av tabellverket.....	4
1.4.1 Ramvärde.....	4
1.4.2 Smärta, vegetativa och psykogena reaktioner.....	4
1.4.3 Sammanvägning.....	5
1.4.4 Avrundning av siffervärden.....	5
1.5 Slutord.....	5
2 Tabellverk.....	6
2.1 Skador på nervsystem och sinnesorgan.....	6
2.1.1 Afasi.....	6
2.1.2 Motoriska och sensoriska funktionsförluster.....	6
2.1.3 Yrsel - balansstörningar.....	6
2.1.4 Epilepsi.....	6
2.1.5 Nedsatta psykiska elementarfunktioner och organiska psykosyndrom.....	7
2.1.6 Posttraumatiskt cerebralt syndrom ofta kallat postcommotionellt syndrom.....	7
2.1.7 Reaktiva psykogena tillstånd, ej annorstädes invägda (se 1.4.2).....	7
2.1.8 Kronisk traumatisk smärtalvärk, ej annorstädes invägd (se 1.4.2).....	7
2.1.9 Ryggmärgsskador.....	7
2.1.10 Övriga skadeföljder.....	7
2.1.11 Synskador.....	8
2.1.12 Hörselskador.....	9
2.1.13 Skador på andra sinnesorgan.....	9
2.2 Ryggskador.....	9
2.2.1 Följdtillstånd efter kotpelardistorsion.....	9
2.2.2 Fixerad hals- eller ländrygg.....	9
2.3 Skador på övre extremiteterna.....	9
2.3.1 Amputation.....	9
2.3.2 Ledskador.....	10
2.3.2.1 Skulderled.....	10
2.3.2.2 Armbågsled.....	10
2.3.2.3 Handled.....	11
2.3.2.4 Fingrar.....	11
2.3.3 Nervfunktionsförluster.....	12
2.3.4 Skador på ej dominant arm och hand.....	14
2.4 Skador på nedre extremiteterna.....	14
2.4.1 Amputation.....	14
2.4.2 Ledskador.....	14
2.4.3 Nervfunktionsförluster.....	15
2.4.4 Andra skadeföljder.....	15
2.5 Stomier m m.....	15
2.6 Organförluster.....	16
3 Bilaga 2.....	16
3.1 Medicinsk ordlista.....	16
4 Bilaga 3.....	19
4.1 Kumulationstabell.....	19
5 Utgivning.....	19

Förord

Tabeller för bedömning av invaliditetsgrader har funnits 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. Dessa tabeller hade en stark anknytning till "Das Wienerschema" som tidigare fanns i Österrike.

Invaliditetstabellerna, som är gemensamma för svenskt försäkringsväsende, har under årens lopp blivit omarbetade. Sedan 1981 används tabellverket "Grunder för gradering av kvarstående men efter skador (medicinsk invaliditet)".

Krav på kompletteringar och förändringar i nyssnämnda tabellverk framkom efter hand vilket resulterade i att Personskadekommittén inom Försäkringsbranschens Serviceaktiebolag, FSAB, inhämtade synpunkter på invaliditetstabellerna från försäkringsbolag och sakkunnigläkare. Med anledning av de inkomna svaren beslöt Personskadekommittén under 1986 att bilda en projektgrupp vilken fick följande sammansättning:

Från försäkringsbranschen:

Torgny Wännström, AMF, ordförande
Jan Carlson, Skandia
Fredrik Jacobsen, Trygg-Hansa
Göran Norberg, Folksam

Från sakkunnigläkarna:

Lars-Åke Broström, ortoped
Erland Lysell, ortoped
Nils Rydell, ortoped
Lorenz Bergmann, neurolog
Bengt Naumann, neurolog

Projektgruppen arbetade under följande direktiv:

- Utvärdera befintliga riktlinjer.
- Analysera behovet av förändringar, kompletteringar och strukturering av befintliga normer.
- Prioritera områdena för översyn.

Projektgruppen framlade en delrapport och fick från Personskadekommittén ytterligare direktiv att prioritera ett komplement till 1981 års tabeller och parallellt arbeta med en ny tabell för invaliditetsgradering. Projektgruppens arbete med kompletteringar slutfördes och resulterade 1988 i en reviderad upplaga av "Grunder för gradering av kvarstående men efter skador" (medicinsk invaliditet).

Ett slutligt förslag till tabellverk presenterades av projektgruppen under 1992. Följande specialister har konsulterats under arbetets gång.

Neurologi	Ulf Lindblom, Hans Link
Psykiatri	Jan-Otto Ottosson
Ögonsjukdomar	Paul Enoksson, Björn Tengroth, Björn Wulfing
Öronsjukdomar	Alf Axelsson, Ingmar Klockhoff
Handkirurgi	Svante Edshage, Håkan Lugnegård, Lars Juhlin
Allmän kirurgi	Bo Brismar
Urologi	Bengt Johansson
Odontologi	Anders Frykholm, Bertil Hager

I slutbetänkandet (SOU 1995:33) Ersättning för ideell skada vid personskada från Kommittén om ideell skada uttrycker kommittén som sin mening att den medicinska bedömningen i fortsättningen bör göras med utgångspunkt i det sålunda föreslagna tabellverket.

Mot bakgrund av det ovanstående beslutade Försäkringsförbundets styrelse den 19 december 1995 rekommendera försäkringsbolagen att - i den mån försäkringsvillkoren inte ger närmare besked om efter vilken grund invaliditet skall fastställas - vid skadereglering fr o m den 1 juli 1996 tillämpa det slutgiltiga förslaget till medicinsk invaliditetstabell såsom det redovisas i denna publikation.

1 Inledning

1.1 Historik

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.

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 däremot angavs i lagen inga invaliditetsgrader. Man kom emellertid att tillämpa i stort sett samma riktlinjer som tidigare. Underhand bearbetades och förändrades invaliditetsgraderna. 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 arbetsförmågan 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 arbetssituationen som var utmärkande för YFL. Omvärderingar 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 överlätt medvetet åt vissa ersättningssystem att kompensera ännu större funktionsförluster.

1.2 Medicinsk in validitet

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 oberoende av orsak och utan hänsyn till den skadades yrke, fritidsintressen eller andra speciella förhållanden.

Gradering av medicinsk invaliditet är ett sätt att inbördes värdera olika funktionsnedsättningar oberoende 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 alltmör till den ideella skadan. Vid bestämning av ersättning för denna är den medicinska

invaliditeten oftast av avgörande betydelse. Ersättningen för nedsatt arbetsförmåga ("ekonomisk" /förvärvsmässig invaliditet) baseras däremot på den faktiska förlusten.

1.3 Sakkunnigläkarens roll

Vid skadereglering biträder läkare, kunniga i försäkringsmedicin och representerande olika medicinska specialiteter, med framför allt sambands- och invaliditetsbedömning. Dessa läkare - sakkunnigläkare - ansvarar för sina medicinska bedömningar på samma sätt som för sin övriga medicinska verksamhet.

Sakkunnigläkaren 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 sakkunnigläkare tillräckligt bedömningsunderlag.

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

1.4 Användning av tabellverket

1.4.1 Ramvärde

Poängvärdena i tabellen är värden för total förlust/funktionsdefekt inom angiven anatomisk struktur/kroppsregion. Detta värde har benämnts ramvärde men skulle också kunna kallas tak- eller maximalvärde.

Ramvärdebegreppet har kommit fram genom multidisciplinärt samarbete. Så är den medicinska invaliditetsgraden vid amputation lika med den vid förlust av all neurologisk funktion nedom amputationsnivån.

Fastställandet av maximalvärdet för förlust av en kroppsdel har givit den ram, inom vilken samtliga regionala delinvaliditeter kunnat 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 enligt nedanstående

Lätta defekter	5 - 35	% av ramvärdet
Medelsvåra defekter	30 - 70	% av ramvärdet
Svåra, subtotala defekter	65 - 90	% av ramvärdet

För vissa invaliditetstillstånd, framför allt reststillstånd efter lättare skallskador och efter nackdistorsioner, redovisas i tabelltexten vad som är beaktat inom ramvärdet.

1.4.2 Smärta, vegetativa och psykogena reaktioner

I de angivna graderna är inräknat de vid aktuell funktionsnedsättning vanligen förekommande psykiska effekterna, de sekundära autonoma reaktionerna samt värk och smärta. Ibland utgör begreppen ångest och smärta ansenligare delar av invaliditeten.

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 aggravaion, en mycket ovanlig företeelse, även om individuellt, etniskt et cetera betingade övergångsformer kan iakttas. Vid "psykogen pålagring" i mindre omfattning är texten i punkt 2.1.7-8 vanligen lätt tillämpbar. Vid större pålagring försvåras emellertid bedömningen av skadebetingad invaliditet. "Onda cirklar" med t ex muskelspänningsvärk, yrsel, bruk av analgetika osv. är vanligt vid "fixering" till skada eller besvär. Icke sällan kan faktorer, iatrogena eller från rätts- och försäkringsmoment m m, bidra.

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

Behandlingen av smärta har under senare år förbättrats. I ett mindre antal fall kvarstår emellertid, i och för sig godartade men ändå besvärande, smärt- och värktillstånd och någon enstaka gång även ett mer elakartat smärtsyndrom - rubricerat kausalgi - som motiverar bedömning enligt punkt 2.1.8.

Handläggningen enligt avsnitt 1.4.2 förutsätter omfattande klinisk erfarenhet hos sakkunnigläkaren.

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:

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

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 3.

Denna princip, som skall användas vid beräkning av totalinvaliditeten i det enskilda fallet, har använts vid uppbyggnaden av tabellverkets siffror 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 följderna 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 ingångsvärden stora fel vid en kumulativ procentuell sammanvägning.

1.5 Slutord

Ett tabellverk kan aldrig göras så detaljerat att det täcker alla skadeföljder. Vid vissa skadeföljder som t ex bukväggsärrbräck, posttraumatiska subileusbesvär, posttrombotiska tillstånd och cirkulatoriska insufficiensstillstånd får man ledning genom att bedöma hur stor andel av relevant ramvärde som motsvarar

beskriven funktionsnedsättning. Tabellerna blir därför endast rådgivande riktlinjer och måste användas med praktiskt kliniskt omdöme särskilt som många skador och skadekombinationer självklart aldrig kan förutses.

2 Tabellverk

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 2.1.10)

Andra fokala neuropsykologiska störningar, t ex agnosi 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 trigeminus

Totalt sensitivbortfall	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

(trigeminusneuralgi: se 2.1.8)

(tuggfunktion: se 2.1.10)

Nervus facialis

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

(smak: se 2.1.13)

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 balansrubbnings	26
Balansrubbnings .	18
Kronisk yrsel utan påvisbar nedsättning av balansfunktionen	10
Kompenserad, påvisad nedsättning av balansfunktionen .	5

(Ataxi: se 2.1.2)

2.1.4 Epilepsi

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

(Ixoidi: se 2.1.5)

2.1.5 Nedsatta psykiska elementarfunktioner och organiska psykosyndrom

Medvetande, minne, snabbhet, koncentrationsförmåga, simultankapacitet, omdöme, emotionalitet. Ixoidi, eufori.

Total demens	99
ADL-insufficiens med regelbundet behov av tillsyn	70
Ovan angivna besvär markerade och ständigt förekommande - ADL klaras hjälpligt	40
Lätta symtom - patologisk trötthet, uttrötthet, emotionell instabilitet	25
Lätta symtom - tydliga endast i stressade situationer	10

2.1.6 Posttraumatiskt cerebralt syndrom ofta kallat postcommotionellt syndrom.

Ett tillstånd efter våld mot huvudet med huvudvärk, sannolikt av spänningsnatur, med trötthet och framför allt med ängslighet. Den skadade är ängslig över att rote kunna göra något, har aktivitetsångest och företer eventuellt diverse pseudoneurologiska symtom.

Anamnestiskt föreligger också hyperirritabilitet och eventuellt en okaraktäristisk yrsel .	13
--	----

2.1.7 Reaktiva psykogena tillstånd, ej annorstädes invägda (se 1.4.2)

Ångest, fobier, asteni, obsession, konversion, depression, psykosomatiska och somatoforma reaktioner

Påtagliga symtom .	35
Lätta symtom - ständigt förekommande .	15
Lätta symtom - tydliga endast i stressade situationer	5

2.1.8 Kronisk traumatisk smärtalvärk, ej annorstädes invägd (se 1.4.2)

Excessiv, t ex causalgia major .	70
Påtagliga symtom .	35
Lätta symtom - ständigt förekommande	15
Lätta symtom - tydliga endast i stressade situationer	5

2.1.9 Ryggmärgsskador

Hög cervical tvärsnittlesion (ovanför C4) med total förlust av all neurologisk funktion nedom tvärsnittsnivån .	97
Thoracolumbal spinal tvärsnittlesion 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
Halvsidig total förlust av motorisk/sensorisk bålfunktion .	28

2.1.10 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

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 2.1.9), 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

2.1.11 Synskador

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

Synskärpenedsättning

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

Andra ögat

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

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

Synfältsdefekter

Total homonym hemianopsi	35
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

Ackomodationspres

Ensidig	7
Dubbelsidig :	10

Full menigradering för ackomodationspres kan endast ifrågakomma under 35 års ålder.

2.1.12 Hörselskador

Total hörsselförlust	60
Total hörsselförlust på ett öra	15
Tinnitus - problematisk, med svårartade återverkningar på levnadsbetingelserna och som kvarstår efter behandlingsförsök vid klinik som etablerat särskild sakkunskap inom området .	25
Tinnitus - signifikant besvärsbeskrivning av en obehagssensation som dock kan förträngas ur medvetandet	5

2.1.13 Skador på andra sinnesorgan

Total förlust av lukt- och smaksinnet	10
Total förlust av luktsinnet utan nämnvärd påverkan på smaksinnet	7
Total förlust av smaksinnet	4
Tillägg vid framträdande parosmi	4

2.2 Ryggskador

Vid sammanträde 1997-03-19 beslöt Försäkringsförbundets styrelse att rekommendera ett förtydligande av detta avsnitt, vilket härmed är inarbetat i boken. Ändringen innebär endast ett förtydligande gentemot tidigare skrivning.

2.2.1 Följdtillstånd efter kotpelardistorsion

Följdtillstånd efter kotpelardistorsion	18
---	----

Häri inbegrips exempelvis de symptom som uppstår efter vad som benämns whip lash associated disorder (WAD). Vissa av dessa symptom liknar dem som ses efter skalltrauma (posttraumatiskt cerebralt syndrom, se 2.1.6). Övergången mellan de båda syndromen är flytande. Däremot ingår inte tillstånd efter sensoriska eller motoriska bortfallssyndrom indikerande nervrotsskada eller myelopati.

2.2.2 Fixerad hals- eller ländrygg

Fixerad halsrygg

normalläge	12
andra lägen	20

Fixerad ländrygg

normalläge	4
andra lägen	15

2.3 Skador på övre extremiteterna

2.3.1 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 2

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 (grader)

	högst 45	20
	45 - 90	10
	90 - 120	5
	120 - 140	0
Tillägg för upphävd rotation och/eller abduktion vid flexionsförmåga > 450		10
Instabil humeroscapularled		12
Recidiverande luxationer i humeroscapularled		6
Resttillstånd i acromioclavicularled		3

2.3.2.2 Armbågsled

Fixerad i (grader)

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

Rörelseomfång (grader)

	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 (grader)

	Fixerad i optimalt läge (10 - 20 pronation)	10
	Fixerad i maximal supination	22
	Fixerad i maximal pronation	18
	Rotation sammanlagt 30 innefattande det optimala läget	8
	Rotation sammanlagt 60 innefattande det optimala läget	5
	Rotation sammanlagt 120	2

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

2.3.2.3 Handled

Fixerad i 0 - 20 grader dorsalflexion med normal underarmsrotation	7
Fixerad i 450 volarflexion	11
Fixerad i maximal volarflexion	32
Fixerad i maximal dorsalflexion	15
Tillägg för fixation i ytterlägen av ulnar- eller radial flexion	2
Rörelseomfång 600 innefattande optimalt läge (= 100 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 (00 -150)	1
MCP-led i starkt funktionsinskränkande ställning	10
IP-led i god ställning (00 - 200)	2
IP-led i starkt funktionsinskränkande ställning	7
MCP- och IP-led i god ställning	6

Annat finger

Fixation i

(grader)	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 leden. 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	32

skyddssensibilitet-	
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
Tumme	Dubbelsidig	8	5
	Radiala sidan	3	1
	Ulnara sidan	5	2

Pekfinger	Dubbelsidig	4	3
	Radiala sidan	3	2
	Ulnara sidan	0	0
Långfinger	Dubbelsidig	2	1
	Radiala sidan	1	0
	Ulnara sidan	0	0
Ringfinger	Dubbelsidig	1	1
	Ensidig	0	0
Lillfinger	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 invaliditeter 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

Hemipelvectomy	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 < 150, rotation och ab / adduktion < 50)	
Fixerad i annat läge	30
(Siffran avser fixation i funktionellt sämsta läge dvs flexion > 600)	
Rörlighet enbart 300 från sträckställning	10

Rörlighet enbart 600 från sträckställning	7
Rörlighet enbart 900 från sträckställning	5
Tillstånd efter ledplastik - dålig funktion .	40
Tillstånd efter ledplastik - god funktion	10
Tillstånd efter ledresektion - dålig funktion	40
Tillstånd efter ledresektion - god funktion .	20

Knäled

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

Fot och fotled

Talocruralled fixerad i gott läge 6 (Siffran avser fixation i flexion < 10 grader)	
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 2.1.10)	
• god funktion	• 15

Ureterostomi

• dålig funktion	• 35
• god funktion	• 15

KAD

• dålig funktion (jfr 2.1.9)	• 35
• god funktion	• 10

Ileostomi

• dålig funktion	• 35
• god funktion	• 15

Colostomi

• dålig funktion (jfr 2.1.9)	• 23
• god funktion	• 10

2.6 Organförluster

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

Status efter organtransplantation - jämför gradering av skada på endokrina system 2.1.10

3 Bilaga 2

3.1 Medicinsk ordlista

A	
abduktion	rörelse utåt (från kroppens medellinje); jämför elevation
ackomodations pares	bortfall av ögats förmåga till närinställning
afaki	avsaknad av ögonlins
afasi	förlust av talförmåga (p g a t ex stor hjärnskada)
afoni	röstförlust
agnosi	oförmåga att känna igen
akalkuli	oförmåga att räkna med
akromioklavikularleden	skulderleden, leden mellan nyckelbenet och skulderbladet
amusi	oförmåga att uppfatta musik
anestesi	känslöshet
anestesia dolorosa	smärtsam känslöshet
analgeticum (pl-a)	smärtstillande medel
analgetisk	smärtstillande
anankasm	tvångstanke eller tvångshandling
ankylos	stelhet i sammanväxt led
apraxi	oförmåga att utföra meningsfulla rörelser trots bibehållen muskelkraft
astenisk	(egentligen) svag kraftlös; (ofta) upplevd kraftlöshet inför för stora krav (på sig själv)
ataxi	koordinationsrubning
B	
Babinskis fenomen	retning av fotsulan medför uppåtböjning av stortån (tecken på skada på motorisk hjärncentras nervbana)
bitemporal hemianopsi	blindhet inom yttre synfälten på båda ögonen
C	
carpometacarpalled, CMC	led mellan basen av ett mellanhandsben och ett eller flera handlovsben
cerebellära	tillhörande lillhjärna
”cerebröläsionell”	som avser eller hör till skador eller sjukliga förändringar i hjärnan, ”hjärnskada”. Även enligt viss neurosteori när skada aldrig förelegat eller åtmonstone ej bevisats
cervikalsyndrom	en serie av besvär från halsryggraden
cutana grenen	hudgrenen (vanligen av en känselnerv)
D	
decubitalsår	trycksår (äldre liggsår)

demens	sinnesslöhet, stark nedsättning av förståndsgåvorna
depressiv	nedstämd
diabetes insipidus	s k falsk sockersjuka, sjukdom i hypofysen
diabetes mellitus	sockersjuka, rubbning i sockeromsättningen
diencephalon	mellanhjärnan
distal interfalangealled, dip	ytterled på fingrarna (och tårna)
dorsalflexion	handböjning åt handens ryggsida (motsats volarflexion)
dysartri	talsvårighet
dysestesi	ändrad eller störd känslighet
dysfagi	svårighet att svälja
dysfunktion	störd funktion
E	
elevation	höjning upplyftning (vanligen att föra armen framåt -uppåt); jämför abduktion
endogen	inifrån kommande
endorfin	smärtstillande ämne (endogent och morfinliknande ämne producerat av organismen själv)
exartikulation	ledamputation, dvs operationssnittet går igenom en ledhåla
expressiv afasi	oförmåga att uttrycka sig språkligt
extension	(ut)sträckning (motsats flexion)
F	
facialis pares	förlamning av ansiktets muskulatur
farmaka	läkemedel, medicin
fingerledsankylos	stelhet i fingerled
flexion (flekton)	böjning (motsats extension)
fobi	tvångsföreställning med ångestkomponent, ej förnuftsstyrd situationsångest
fractura radii	brott på strålbenet (vanligen precis ovan handloven)
G	
gibbus	puckel (på ryggraden)
gonad	könskörtel (manlig eller kvinnlig)
H	
hemipelvectomi	amputation av ben och halva bäckenet
homonym hemianopsi	(halv)blindhet åt samma håll på båda ögonen, endast höger resp vänster synfält fungerar på båda ögonen
homonym kvadrantanopsi	(kvarts)blindhet åt samma håll på båda ögonen, höger resp vänster synfälts övre eller nedre halva fungerar ej på båda ögonen
hyperalgesi	stegrad smärtekänsla
hypofysatrofi	hypofysförsvinnning
hypofysära	tillhörande hypofysen
I	
impressiv afasi	oförmåga att uppfatta eller förstå språk
intentionstremor	darrning vid startande av viss rörelse
ixoidi	tröghet, långradigt häftande uttryckssätt, "klistrig"
K	
kausalgia major	(större) brännande smärta efter nervskada
konversionsysteri	psykiska konflikter imiterande kroppssjukdom eller kroppsskada
L	
labyrinthbortfall	bortfall av innerörats funktion

ledplastik	operation att återställa en leds funktion
ledresektion	avlägsnande av led
ligamentskada	ledbandsskada
luxation	urledvridning, så att ledytorna (tillfälligt) ej ledar mot varandra
M	
metakarpofalangealled, MCP	leden mellan mellanhandsbenen och fingrets första ledande rörben
motorisk	som hör till rörelser (motsats sensorisk)
motorisk eller expressiv afasi	talstörning, oförmåga att tala
musculus serratus pares	förlamning av sågmuskeln (revbenshöjare)
mydriasis	pupillutvidgning
N	
neuralgier	anfallsvisa nervsmärtor
nervus accessorius	nerv till skulder- och halsmuskler
nervus axillaris	nerv till skuldermuskler och huden på överarmen
nervus cutaneus femoris lateralis	(känsl) hudnerv på lårets utsida
nervus femoralis	nerv till lårets muskler och hud
nervus ilioinguinalis	nerv i lumsregionen till bukmuskler och huden i underlivet
nervus ischiadicus	ischiasnerven (höftnerven)
nervus medianus	nerv till underarmens flesta böjmuskler samt till delar av huden
nervus radialis	nerv till underarmens sträckmuskler samt till delar av huden
nervus suralis	(känsl) hudnerv till fotens utsida
nervus trigeminus	femte hjärnnerven, går till muskler och hud i ansiktet
nervus ulnaris	känsl- (samt muskel-)nerv till underarm och hand
O	
occlusion	tillslutning
P	
palmarabduktion	lyftning av (tummen från) handflata
paraplegi	dubbelsidig förlamning (vanligen av nedre delen av kroppen)
parestesier	falska känselörnimmelser
parosmi	falsk luktförnimmelse
posttrombotiskt tillstånd	tillstånd efter blodpropp
proprioceptiva	tillhörande rörelsesinnet, att registrera kroppens egna rörelser och ställningar utan ögats hjälp
pro-supination	förkortning av pronation och supination. Vridningsrörelse i handleden
proximal-interfalangealled, PIP	mellanled på fingrar (och tår)
R	
radiala	riktad mot tummen
radialabduktion	(utåt-)rörelse av tumsidan
radialdeviation	snedställning åt tumsidan
rhizopathi	nervsmärta (ofta cervikal från halsryggen)
rotation	vridning
S	
scaphoideumfraktur	båtbensbrott i handloven (äldre navicularfraktur)
”sedativa”	lugnande medel
sensibilitetsförlust	känselförlust
sensibilitetsstörningar	känslstörningar
sensorisk	som hör till känsel (motsats motorisk)
sensoriska handikapp	handikapp rörande känseln
sensorisk eller impressiv afasi	talstörning, oförmåga att förstå tal (även det egna)

sfinkterparens	förlamning av urinblåsans och ändtarmens slutarmuskler (sfinktrar)
skyddssensibilitet	skyddskänsl
T	
tetraplegi	förlamning av såväl armar som ben
U	
ulnara	riktad mot lillfingret; som hör till lillfingersidan
ulnardeviation	snedställning i handleden åt lillfingersidan
V	
vegetativa	tillhörande vegetativa eller autonoma nervsystemet (utanför viljans kontroll), dvs styrelement för blodcirkulation, andning, tarmrörelser osv
volarflektion	handböjning åt handflatan; motsats dorsalflektion
W	
whiplash	pisksnärt (oftast lika med skada på halsryggen som vid ett våld kastats såsom en pisksnärt)
Y	
y	ytterfalang på finger
ym	ytter- och mellanfalang på finger
Ö	
ögonasymmetri	olikhet i ögonens ställning
ödem	sjuklig svullnad lokalt

4 Bilaga 3

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

4.1 Kumulationstabell

Kombinerade värden grundas på formeln:

4.1.1.1.1 $A \% + B (100 - A)\% = \text{det kombinerade värdet av } A \% \text{ och } B \%$

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 utpekats 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 fortsättas obestämt antal gånger tills alla tal i ursprungsserien är uttömda.

5 Utgivning

Utgivning: Försäkringsförbundet

Innehåll: Försäkringsbranschens Personskadekommitté och dess sakkunnigläkare

Anders Beskow, Försäkringsförbundet

Göran Thulin, Ifu utbildnings ab

Beställning: Ifu utbildnings ab, 115 87 Stockholm

Försäkringsförbundet är ett gemensamt organ för försäkringsbolag som bedriver försäkringsrörelse i Sverige. Försäkringsförbundet ska slå vakt om förutsättningarna för försäkringsbolagen att verka i Sverige och utomlands. Försäkringsförbundet arbetar bl a med kontinuerlig samhällsbevakning på områden som är av särskild betydelse för medlemsbolagen samt med utredningar och remissyttranden. Förbundet har också samarbete med andra näringslivsorganisationer. Förbundet är också representerat i internationella organisationer och har en egen konsult i Bryssel.

Ifu förlag ger ut ett 30-tal böcker med specialinriktning på försäkring. Innehållet i böckerna är skrivna av skickliga författare med anknytning till försäkringsbranschen. IFUs målsättning är att vara heltäckande inom försäkringsområdet med ständigt aktuella böcker. Ifu förlag har ett stort antal titlar inom person- och sakförsäkring, för såväl grund- och vidareutbildning, eller som referenslitteratur. Inom personskadeområdet ger IFU bl a ut "Personskadehandboken" och "Skadad - vart vänder jag mig? vilken ersättning kan jag få?". Håll ditt referensbibliotek uppdaterat, abonnera och beställ IFUs böcker på www.ifu.se.

Förlaget ingår i **Ifu utbildnings ab**, ett utbildningsföretag som bedriver en omfattande diplom-, kurs-, konsult- och seminarieverksamhet inom finans och försäkring.