

FINLANDS FÖRFATTNINGSSAMLING

2009

Utgiven i Helsingfors den 31 december 2009

Nr 1649—1650

INNEHÅLL

Nr		Sidan
1649	Social- och hälsovårdsministeriets förordning om invaliditetsklassificeringen enligt lagen om olycksfallsförsäkring	6931
1650	Social- och hälsovårdsministeriets förordning om anslag som av statsmedel betalas år 2010 för kostnaderna för utbildningen av specialister inom företagshälsovården	6960

Nr 1649

Social- och hälsovårdsministeriets förordning om invaliditetsklassificeringen enligt lagen om olycksfallsförsäkring

Given i Helsingfors den 29 december 2009

I enlighet med social- och hälsovårdsministeriets beslut föreskrivs med stöd av 18 c § i lagen av den 20 augusti 1948 om olycksfallsförsäkring (608/1948), sådan denna paragraf lyder i lag (1639/2009):

1 §

Allmänna bestämmelser

I denna förordning föreskrivs om den invaliditetsklassificering genom vilken men orsakade av olika skador och sjukdomar ställs i relation till varandra för bedömning av omfattningen av ett allmänt men som avses i lagen om olycksfallsförsäkring (608/1948).

I den invaliditetsklassificering som finns i bilaga 1 innebär invaliditetsklass 20 det största menet och invaliditetsklass 1 det minsta menet. Om ett visst variationsintervall har bestämts för omfattningen av ett men, bestäms invaliditetsklassen inom variationsintervallet enligt hur många av villkoren i vederbörande punkt som uppfylls och av vilken svårighetsgrad de är.

Om hjälpmedel, protetik eller ledprotesoperationer kan minska sådan funktionsned-

sättning som beror på en skada eller sjukdom, utfärdas närmare bestämmelser om villkoren för sänkning av invaliditetsklassen vid be-teckningen i fråga.

Av den tabell som finns i bilaga 2 framgår den invaliditetsklass som fås genom att slå samman två invaliditetsklasser med hjälp av formeln i 18 b § 4 mom. i lagen om olycksfallsförsäkring.

2 §

Höjning av en invaliditetsklass som beror på tidigare skada eller sjukdom

Storleken på den höjning som avses i 18 b § 3 mom. i lagen om olycksfallsförsäkring bedöms med beaktande av skadornas och sjukdomarnas art och svårighetsgrad så att den höjda invaliditetsklassen står i proportion till den ökning av menet som olyckan orsakat.

Om de skador eller sjukdomar som olyckan har orsakat samtidigt hänför sig till parvis förekommande organ som ersätter varandra eller till både syn- och hörselsinnet och medför en påtaglig funktionsnedsättning, och om invaliditetsklassificeringen inte omfattar en beteckning som beskriver deras sammanlagda men, höjs summan av de sammanlagda invaliditetsklasserna så att den motsvarar det uppskattade totala menet.

Helsingfors den 29 december 2009

Social- och hälsovårdsminister *Liisa Hyssälä*

3 §

Ikraftträdande

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2010.

Genom denna förordning upphävs social- och hälsovårdsministeriets beslut av den 23 december 1986 om den invaliditetsklassificering som avses i 18 a § lagen om olycksfallsförsäkring (1012/1986).

Regeringssekreterare Tiina Muinonen

Bilaga 1

INVALIDITETSKLASSIFICERING

1. Övre extremiteterna

De invaliditetsklasser som nämns i denna punkt avser den högra eller bättre handen. Invaliditetsklasserna för den vänstra eller sämre övre extremiteten är en invaliditetsklass lägre, utom i fråga om klass 1, som inte sänks.

1.1. Fingrarna och mellanhandsbenen

Fingrarnas delar: Varje falang av fingrarna III – V motsvarar 1/3 finger. Genom att addera de förlorade falangerna och dividera

denna summa med talet 3 erhålls det tal som utvisar hur många förlorade hela fingrar av fingrarna III – V skadan motsvarar. Förlust av tummens och pekfingerets falanger behandlas särskilt.

En fingerled som stelnat i ett ogynnsamt läge motsvarar amputation vid leden. En led som stelnat i gynnsamt läge utgör ett mindre men. En känslolös del av ett finger eller en del av ett finger som är avsevärt överkänslig för beröring motsvarar förlust av denna del av fingret. En till minst hälften förlorad falang motsvarar förlust av hela falangen.

Fingrarna och mellanhandsbenen	Invaliditetsklass
Förlust av ett finger:	
Tummens distala falang	2
Tummen	4
Tummen och det första mellanhandsbenet	5
Hela pekfingeret	2
Pekfingerets distala falang och mellanfalang	1
ett av fingrarna III – V	1
ett av fingrarna III – IV och mellanhandsbenet	2
Förlust av två fingrar:	
Tummen och ett av fingrarna III – V	5
Tummen och ett av fingrarna III – V samt motsvarande mellanhandsben	6
Tummen och pekfingeret	6
Tummen, pekfingeret och motsvarande mellanhandsben	7
Två fingrar, av vilka det ena är pekfingeret och det andra ett av fingrarna III – V	4
Två fingrar, av vilka det ena är pekfingeret och det andra ett av fingrarna III – V och motsvarande mellanhandsben	5
Två av fingrarna III – V	3
Två av fingrarna III – V och motsvarande mellanhandsben	4

Förlust av tre fingrar	
Tummen och två av fingrarna III – V	6
Tummen, pekfingret och ett annat finger	7
Tummen och två andra fingrar samt motsvarande mellanhandsben	7
Tre fingrar, inte tummen	4
Tre fingrar, inte tummen, samt motsvarande mellanhandsben	5
Förlust av fyra fingrar:	
Tummen och tre andra fingrar	8
Tummen och tre andra fingrar samt motsvarande mellanhandsben	9
Fyra fingrar, inte tummen	7
Fyra fingrar, inte tummen, samt mellanhandsbenen	8
Förlust av fem fingrar:	
Fem fingrar	9
Fem fingrar samt mellanhandsbenen	10

1.2. Övre extremiteterna, utom fingrarna

Det tal som anges i följande tabell vid amputationer avser det tillstånd när protes inte kan användas.

Protensens verkan: I övre extremiteter upp-nås inte ett lika gott funktionellt resultat som

i nedre extremiteter. En invaliditetsklass som fastställts utan protes kan på basis av ett gott funktionellt tillstånd sänkas med 1 – 2 invaliditetsklasser i fråga om en mekanisk protes och med 2 – 3 invaliditetsklasser i fråga om en myoelektrisk protes.

Övre extremiteterna, utom fingrarna	Invaliditetsklass
Handleden stel, gynnsamt läge	2
Handleden stel, ogynnsamt läge	3 – 4
Amputation vid handleden	10
Underarmens rotationsrörelse begränsad eller saknas, beroende på läge	2 – 4
Armbågsledens rörlighet 30 – 90°	2
Armbågsleden stel, gynnsamt läge	4
Armbågsleden stel, ogynnsamt läge	5 – 6
Amputation av underarmen, nedre delen	10
Amputation av underarmen, övre delen	11
Överarmen kan lyftas framåt högst 120°	2
Överarmen kan lyftas framåt högst 90°	3
Överarmen kan lyftas framåt 45 – 75°	4 – 5
Axelleden stel, överarmen kan lyftas framåt högst 40°	6
Amputation i armbågsleden eller den nedre delen av av överarmen	11
Amputation av den övre delen av överarmen eller av hela övre extremiteten	12
Amputation av båda handlederna	17
Amputation av båda övre extremiteterna	18
Total radialisförlamning nedanför nerven till musculus triceps	5
Total radialisförlamning ovanför nerven till musculus triceps	6
Total mediannervsförlamning	6

Total ulnarnervsförlamning	6
Total förlamning av två nerver i underarmen	9
Total förlamning av alla nerverna i underarmen	11
Total förlamning av axillarnerven	5
Total förlamning av plexus brachialis	12

1.3. Övre extremiteterna som helhet

Dessa bedömningsgrunder används, om en jämförelse med de detaljerade skadebeteck-

ningarna inte ger ett resultat som beskriver menet. Bedömningen gäller det men som en övre extremitet medför.

Övre extremiteterna som helhet	Invalitetsklass
Lätt funktionsnedsättning:	
Den grova kraften något nedsatt, fingerfärdigheten något nedsatt, men personen kan dock använda extremiteten för att skriva, knäppa knappar och sy, rörelseförmågan något begränsad.	0 – 3
Medelsvår funktionsnedsättning:	
Kraften rätt mycket nedsatt (svårt att ta ett ordentligt tag i arbetsredskap eller att lyfta ett föremål som väger ca 10 kg), fingerfärdigheten påtagligt nedsatt, men personen kan dock använda extremiteten för att äta och kamma sig, rörelseförmågan starkt begränsad.	4 – 8
Svår funktionsnedsättning:	
Kraften i övre extremiteterna påtagligt nedsatt och förlust av fingerfärdighet, men personen kan använda extremiteten till att stödja sig på eller skuffa med.	9 – 10
Synnerligen svår funktionsnedsättning:	
Övre extremiteten helt oanvändbar eller menet lika stort som vid amputation av övre extremiteten.	11 – 12

1.4. Komplext regionalt smärtsyndrom (complex regional pain syndrome, CRPS) i övre extremitet

Det men som CRPS orsakar bedöms enligt tabellen nedan som en helhet och menet kan inte förenas med eller räknas ihop med något annat sådant skadespecifikt men, orsakat av en övre extremitet, som beskrivits ovan. Som slutlig invaliditetsklass för en övre extremitet väljs antingen den invaliditetsklass som ovan

nämnda beteckning, övre extremiteterna som helhet, utvisar eller den invaliditetsklass som beteckningen CRPS utvisar. I ytterst svåra situationer kan även definitionen av allmän funktionsnedsättning tillämpas undantagsvis. Bedömning av menet på basis av CRPS-klassificeringen med hjälp av ovan nämnda grunder förutsätter en diagnos som uppfyller IASP:s (International Association for the Study of Pain) krav, objektiva fynd och förekomsten av ett orsakssammanhang.

Komplext regionalt smärtsyndrom (complex regional pain syndrome, CRPS) i övre extremitet	Invaliditetsklass
Lätt CRPS:	
Hyperestesi och ömhet försvårar normal daglig verksamhet, belastning och användning av extremiteten leder lätt till förvärrad smärta, användningen av den sjuka extremiteten är långsammare och klumpigare än normalt, muskelkraften och muskeluthålligheten i extremiteten är försvagad.	0 – 3
Medelsvår CRPS:	
Tydliga, objektivt påvisbara trofiska förändringar i hud, naglar eller ledkapslar, förtvinade muskler och avvikande smärtförmåelse som i betydande utsträckning försvårar funktionsförmågan.	4 – 8
Svår CRPS:	
Långt framskridna, objektivt påvisbara trofiska förändringar i hud, naglar eller ledkapslar. Muskelnerna är förtvinade i betydande utsträckning och muskelkraften är mycket svag. Extremiteten kan dock användas till att stödja sig på eller skuffa med.	9 – 10
Synnerligen svår CRPS:	
Extremiteten kan inte användas ens till att skuffa med eller stödja sig på, okontrollerbara smärtor förekommer oavbrutet, personen klarar endast av begränsad verksamhet.	11 – 12

2. Nedre extremiteter

2.1. Skador i de nedre extremiteterna

Det tal som anges i följande tabell vid amputationer avser det tillstånd när protes inte kan användas.

Protesens verkan: Ett klart bättre funktionellt resultat kan uppnås med protes i de nedre extremiteterna än i de övre. En invaliditetsklass som fastställts för en person utan protes sänks på grund av ett gott funktionellt tillstånd med hjälp av följande grunder:

1. Personen förmår att med protes gå långsamt utomhus och klarar av låga trappor,

kantstenar på gatan och mindre ojämnheter i underlaget. Personen är tvungen att använda käpp eller stav på sträckor som är längre än 100 – 200 m. Sänkningen är i fråga om underbensamputation en invaliditetsklass och i fråga om lårbensamputation två invaliditetsklasser.

2. Personen förmår variera gånghastigheten utomhus och klara av de dagliga sysslorna, men i jämförelse med en frisk person är gånghastigheten och den avlagda sträckan mindre. Sänkningen är enligt uppnådd funktionell nytta två invaliditetsklasser i fråga om underbensamputation och tre invaliditetsklasser i fråga om lårbensamputation.

Skador i de nedre extremiteterna	Invaliditetsklass
Förlust av stortå	1
Förlust av annan tå	0
Förlust av stortån och minst två andra tår	2
Förlust av fyra tår, ej stortån	2
Amputation vid mellanfotsbenen	3
Amputation av benen i fotens mittersta eller bakre del	4
Amputation vid vristen	5
Nedre vristleden stel, gynnsamt läge	2
Övre vristleden stel, gynnsamt läge	3
Övre vristleden stel, ogynnsamt läge (t.ex. spetsfot – pes equinus)	4
Hela vristen stel	4
Amputation av underbenet	6
Knäleden böjer sig högst 90°	1
Knäleden böjer sig högst 60°	3
Knäledens extensionsdeficit under 5°	0
Knäledens extensionsdeficit 5 – 10°	1 – 2
Knäledens extensionsdeficit över 10°	3
Stel knäled, gynnsamt läge	4
Instabil knäled, okorrigerad, symptomgivande ledbandsskada	1 – 2
Instabilitet i knäleden i flera riktningar	3 – 4
Amputation vid knäleden	7 – 8
Stel höftled, gynnsamt läge	5
Svår funktionsnedsättning i höftleden	5 – 8
Artificiell led i höft eller knä:	
gott funktionellt resultat	2
status efter reoperation	3 – 4
dåligt funktionellt resultat.	5 – 8
Amputation av lårbenet	10
Förlust av hela nedre extremiteten	12
Amputation av båda underbenen	13
Amputation av ena underbenet och andra låret	15
Amputation av båda lårbenen	16
Total förlust av båda nedre extremiteterna	18
Nedre extremiteten förkortad med minst 3 cm	1 – 2
Nedre extremiteten förkortad över 5 cm	3

Partiell förlamning av nervus fibularis	1 – 2
Total förlamning av nervus fibularis	3
Total förlamning av nervus tibialis	4
Partiell förlamning av nervus femoralis eller nervus ischiadicus	3 – 5
Total förlamning av nervus femoralis eller nervus ischiadicus	6
Total förlamning av nervus femoralis och nervus ischiadicus	10

2.2. Nedre extremiteterna som helhet

Dessa bedömningsgrunder används, om en jämförelse med de detaljerade menbeteck-

ningar som nämns ovan inte ger ett resultat som beskriver menet. Men kan orsakas av nedsatt funktion i ena eller båda nedre extremiteterna.

Nedre extremiteterna som helhet	Invaliditetsklass
<i>Lätt funktionsnedsättning:</i>	
Något haltande gång, på ojämn mark är rörelseförmågan något begränsad, temporärt behov av hjälpmedel.	0 – 5
<i>Medelsvår funktionsnedsättning:</i>	
Haltar, betydande rörelsebegränsning, svårt att gå längre sträckor eller går långsamt, behöver hjälpmedel även på korta sträckor.	6 – 10
<i>Svår funktionsnedsättning:</i>	
Kan röra sig endast genom att stödja sig tungt mot hjälpmedlet och endast korta sträckor åt gången, svåra rörelsebegränsningar i flera leder.	11 – 15
<i>Synnerligen svår funktionsnedsättning:</i>	
Nedre extremiteterna obrukbara, måste använda rullstol.	16 – 18

2.3. Komplext regionalt smärtsyndrom (complex regional pain syndrome, CRPS) i nedre extremitet

Det men som CRPS orsakar bedöms enligt tabellen nedan som en helhet och menet kan inte förenas med eller räknas ihop med något annat sådant skadespecifikt men, orsakat av en nedre extremitet, som beskrivits ovan. Som slutlig invaliditetsklass för en nedre extremitet eller nedre extremiteter väljs anting-

en den invaliditetsklass som ovan nämnda beteckning, nedre extremiteter som helhet, eller den invaliditetsklass som beteckningen CRPS utvisar. I ytterst svåra situationer kan även definitionen av allmän funktionsnedsättning tillämpas undantagsvis. Bedömning av menet med hjälp av ovan nämnda grunder förutsätter en diagnos som uppfyller IASP:s (International Association for the Study of Pain) krav, objektiva fynd och förekomsten av ett orsakssammanhang.

Komplext regionalt smärtsyndrom (complex regional pain syndrome, CRPS) i nedre extremitet	Invaliditetsklass
Lätt CRPS: Hyperestesi och ömhet försvårar normal daglig verksamhet, belastning och användning av extremiteten leder lätt till förvärrad smärta, användningen av den sjuka extremiteten är långsammare och klumpigare än normalt, muskelkraften och muskeluthålligheten i extremiteten är försvagad.	0 – 3
Medelsvår CRPS: Tydliga, objektivt påvisbara trofiska förändringar i hud, naglar eller ledkapslar, förtvinade muskler och avvikande smärtförmåga som i betydande utsträckning försvårar funktionsförmågan.	4 – 8
Svår CRPS: Långt framskridna, objektivt påvisbara trofiska förändringar i hud, naglar eller ledkapslar. Muskeln är förtvinade i betydande utsträckning och muskelkraften är mycket svag. Extremiteten kan dock delvis användas som stöd.	9 – 10
Synnerligen svår CRPS: Extremiteten kan inte ens delvis användas till att stödja sig på, okontrollerbara smärtor förekommer oavbrutet, personen klarar av endast begränsad verksamhet.	11 – 12

3. Halskotpelaren

Halskotpelaren	Invaliditetsklass
Lätt funktionsnedsättning: Lindriga smärtsamma rörelsebegränsningar i halskotpelaren, lindriga neurologiska symptom och fynd i övre extremiteterna	0 – 3
Medelsvår funktionsnedsättning: Måttliga och smärtsamma rörelsebegränsningar i halskotpelaren, måttliga neurologiska symptom i övre extremiteterna och måttlig känsel, motorik- och finmotorik i övre extremiteterna	4 – 6

<i>Svår funktionsnedsättning:</i>	
Betydande och smärtsamma rörelsebegränsningar i halskotpelaren och störande felställning, påtagliga neurologiska symptom och störd känsel, motorik och finmotorik i övre extremiteterna	7 – 10

4. Ryggen

Ryggen	Invaliditetsklass
<i>Lätt funktionsnedsättning:</i>	
Lindriga smärtsamma begränsningar i ryggens böjningsrörelser, personen kan röra sig nästan normalt, lindriga neurologiska symptom och fynd.	0 – 3
<i>Medelsvår funktionsnedsättning:</i>	
Måttliga och smärtsamma rörelsebegränsningar i kotpelaren, måttligt hållningsfel, personen rör sig, klär på och av sig på ett klart avvikande sätt, måttliga neurologiska symptom i nedre extremiteterna och tydliga neurologiska fynd i nedre extremiteterna, konstaterad medelsvår nervrotsskada.	4 – 8
<i>Svår funktionsnedsättning:</i>	
Permanent höggradigt hållningsfel, svårt deformerad bröstorg eller bäcken, ryggraden påtagligt stel och smärtsam, personen har påtagliga svårigheter att klä av och på sig, svåra neurologiska symptom och fynd i nedre extremiteterna, konstaterad svår skada i en nervrot eller medelsvår skada i flera nervrötter.	9 – 14

5. Huvudet, ansiktet, kranialnerv

Men orsakat av skallfraktur bedöms på basis av därmed förknippad hjärnskada.

5.1. Skallfraktur

Skallfraktur	Invaliditetsklass
Skallfraktur utan neurologiska, otologiska eller andra symptom	0

5.2. Käkar och tuggorgan

Funktionellt men i käkar och tuggorgan bedöms särskilt på basis av hur personen

tuggar, sväljer och talar samt på basis av käkledens rörlighet. Som invaliditetsklass för käkar och tuggorgan väljs det högsta av ovan avsedda men.

Käkar och tuggorgan	Invaliditetsklass
<i>Förmåga att tugga och svälja</i>	
Fullständig eller betydande tandförlust, möjligt att använda protes.	1
Fullständig eller betydande tandförlust, svårt eller omöjligt att använda protes, partiell defekt av tungan.	2 – 4
Svår ocklusionsstörning	2 – 4
Endast flytande föda möjlig	5 – 6
Matningssond nödvändig, en del av födan ges via matningssond.	8
All intagning av föda sker genom stomi	10
<i>Tal</i>	
Skada eller defekt i tuggorganets struktur (t.ex. partiell förlust av tungan eller partiell förlust av läppar och gom), tal är otydligt, men förståeligt.	0 – 5
Betydande skada eller defekt i tuggorganets struktur, talet kan med svårighet förstås.	6 – 10
Oförmåga att tala förståeligt	11 – 13
<i>Käkledens rörlighet</i>	
Största gapöppning 10 – 39 mm	1 – 2
Största gapöppning under 10 mm	4
Käkspärr	6
Om den största rörelsen i sidled är högst 2 mm i en riktning, höjs graden av men med en invaliditetsklass.	

5.3. Näsan

Näsan	Invaliditetsklass
Båda näsgångarna täppta	2 – 3

5.4. Avvikelser i utseendet i ansiktsregionen

Avvikelser i utseendet i ansiktsregionen	Invaliditetsklass
Hudförändring som inte i betydande utsträckning deformerar ansiktsdragen och inte heller är avsevärt utbredd, partiell defekt av käkbenet, skelning, lagoftalmi, icke-korrigerbar förlust av synliga tänder eller svår felställning i käkar eller tänder, kraftigt intryckt kind- eller näsben.	0 – 3
Ärr eller deformitet som avsevärt förfular ansiktet, intryckt pannben, defekt av någon del av näsan, förlust av öga beroende på hur proteskorrigering har lyckats, defekt av huvudsvålen.	4 – 7
Ärr eller deformitet som i hög grad förfular ansiktet, såsom uppseendeväckande avvikelser i ansiktsdragen eller mimiken på grund av ärr, betydande defekt av näsan, öppen läpp- och gomspalt, förlust av båda öronmusslorna.	8 – 10

5.5. Kranialnerver

Kranialnerver	Invaliditetsklass
<i>I Luktnerven</i> : total förlust av luktsinnet	2
<i>II Synnerven</i> : bedöms enligt punkt 8	
<i>III Nervus oculomotorius, IV nervus trochlearis och VI nervus abducens</i> : hängande ögonlock eller störning i ögonrörelserna	
i ett öga, svår	1 – 2
i båda ögonen, medelsvår	3
i båda ögonen, svår	4 – 6
<i>VII Ansiktsnerven</i> :	
lindrig ensidig ansiktsnervförlamning	1 – 3
lindrig dubbelsidig ansiktsnervförlamning eller svår ensidig ansiktsnervförlamning	4 – 6
svår dubbelsidig ansiktsnervförlamning	7 – 8
<i>VIII Balans- och hörselnerven</i> : bedöms enligt punkt 9	
<i>XI Extranerven</i> :	
Muskelsvaghet och/eller spastisk nackspärr	1 – 3

Kranialnerverna V (trigeminus), IX (glosso-pharyngeus), X (vagus) och XII (hypoglossus):

Graden av men bedöms på basis av det funktionella men i käkar och tuggorgan och deformitet i ansiktsregionen som menet orsakar. I fråga om trigeminusnerven kan ovan nämnda grad av men höjas med 1 – 2 invaliditetsklasser i fall av medelsvårt smärttillstånd och med 3 – 4 invaliditetsklasser i fall av svårt smärttillstånd. Vid bortfall av känsel eller vid kraftigt nedsatt känsel i hornhinnan eller störning i ätfunktionen kan invaliditetsklassen höjas med 1 – 2 invaliditetsklasser.

6. Hjärnan

Vid bedömning av det allmänna menet orsakat av följd tillstånd efter hjärnskada ska det alltid utredas hur svår skada hjärnan tillfogats, med utnyttjande av objektiva uppgifter om symptomen under primärskedet och undersökningsfynd. Hit hör nedsatt medvetandegrad, minnesluckor och deras längd, i mån av möjlighet bedömda genast efter skadan, objektiva observationer av medvetandet och annat neurologiskt tillstånd vid första hjälpen samt resultaten av utbildningsundersökningar av hjärnan. Primärskedets svårighetsgrad hänger i allmänhet samman med följd tillståndets svårighetsgrad. För att det men som orsakats av följd tillståndet ska kunna fastställas krävs i allmänhet en grundlig neurologisk utredning jämte specialundersökningar. Vid bedömning av det totala men som orsakats av en hjärnskada är det viktigaste förändringar i kapacitet och personlighet och i vissa fall psykiska men, såsom förändringar i kognitiva funktioner, beteende och känsloliv. Utöver dessa förekommer hos en del hjärnskadade neurologiska lokala fenomen, såsom t.ex. sensorisk eller motorisk

afasi, dysfasi eller epilepsi. Om lokala rubbningar förekommer, t.ex. synfältsbortfall, bedöms de som en del av den totala grad av men som hjärnskadan har lämnat och inte som ett särskilt men i fråga om synen. Sådana förändringar i lukt- och smaksinnet som hänför sig till en hjärnskada bedöms som en del av det totala men som hjärnskadan orsakat. Andra symptom, såsom huvudvärk, svindel, trötthet, minnessvaghet och nedsatt koncentrationsförmåga, förekommer i varierande utsträckning. Dessa står inte i direkt proportion till skadans ursprungliga svårighetsgrad, utan de subjektiva symptomen kan vara svaga, t.ex. vid svåra skador. Objektiva uppgifter om psykosocial kapacitet, personlighetsdrag och hälsotillstånd både före och efter det att skadan inträffade utgör en grund för bedömningen av hur svårt följd tillståndet efter hjärnskadan är. Eventuell kronisk smärta och spasticitet kan beaktas som en faktor som höjer invaliditetsklassen. Det men som uppstår efter en hjärnskada kan inte alltid bedömas ens ett år efter skadan, utan ofta klarar menets verkliga innebörd först efter flera års uppföljning.

Hjärnan	Invaliditetsklass
<i>Lätta följder av hjärnskada:</i>	
Uppgifter från begynnelseskedet tyder på lindrig eller medelsvår hjärnskada. Lindriga permanenta symptom, såsom benägenhet för huvudvärk, minnesosäkerhet vid stress, något nedsatt stresströskel. Den sociala kapaciteten är oförändrad.	0 – 5

Medelsvåra följder av hjärnskada:	
Uppgifter från begynnelsekedet tyder på åtminstone medelsvår hjärnskada. Lindriga, men tydligt skadliga permanenta symptom, såsom upprepad huvudvärk, försvagat minne, trötthet och initiativlöshet. Den sociala verksamhetsförmågan är något försvagad. Vid undersökningar konstateras störande svårigheter bl.a. i exekutiva funktioner och minne. Även speciella kognitiva rubbningar, epilepsi eller lindriga förlamningar kan förekomma.	6 – 10
Svåra följder av hjärnskada:	
Uppgifter från begynnelsekedet tyder på en svår hjärnskada. Det förekommer medelsvåra eller svåra symptom, såsom betydande huvudvärksbesvär eller tydlig försämring av den kognitiva kapaciteten, vilka är kännbara och i betydande utsträckning försvårar den dagliga verksamheten. Den sociala kapaciteten är tydligt försvagad. Även olika grader av neurologiska bortfallssymptom, såsom pareser och verbala rubbningar eller epilepsianfall, kan förekomma. Kan tidvis behöva handledning och tillsyn av en annan person.	11 – 15
Synnerligen svåra följder av hjärnskada:	
Uppgifter från ett tidigt skede tyder på en synnerligen svår hjärnskada. Synnerligen svåra symptom, såsom kvadriplegi, svår ataxi, svårbehandlad epilepsi. Sänkningen av den kognitiva nivån är omfattande och betydande. Personlighetsförändringar, svårigheter med exekutiva funktioner, långsamhet och andra neuropsykologiska fynd är så svåra att daglig hjälp och tillsyn behövs.	16 – 20

7. Ryggmärgen

Hos en del av de skadade har det samtidigt även uppkommit en hjärnskada, som bedöms separat. Rubbningarna delas in i olika områden, bl.a. extremiteternas (övre och nedre ex-

tremiteterna separat) funktionsförmåga, blåsans och ändtarmens funktion samt sexuallivet. Eventuell kronisk smärta och spasticitet kan beaktas som en faktor som höjer invaliditetsklassen.

Ryggmärgen	Invaliditetsklass
Lätta följder av ryggmärgsskada:	
Nedre extremiteternas funktion något försvagad, men inga hjälpmedel behövs. De övre extremiteterna fungerar normalt och det förekommer inte störningar i blåsans eller tarmens funktion.	0 – 5
Medelsvåra följder av ryggmärgsskada:	
Funktionsstörningar i de nedre extremiteterna försvårar gåendet avsevärt, men det är möjligt att gå med hjälpmedel. Det går inte att springa. Mind-	6 – 10

re funktionsstörningar kan förekomma i de övre extremiteterna. Blåsans och ändtarmens funktion är normal eller delvis försvagad.	
<i>Svåra följder av ryggmärgsskada:</i>	
Det är svårt att röra sig och detta lyckas endast korta sträckor åt gången med stöd av ett hjälpmedel. Lindriga eller måttliga funktionsstörningar kan förekomma i de övre extremiteterna. Kontrollen över blåsan och ändtarmen är bristfällig.	11 – 15
<i>Synnerligen svåra följder av hjärnskada:</i>	
De nedre extremiteterna fungerar inte och dessutom kan betydande förlamningar förekomma i de övre extremiteterna. Det är i allmänhet inte möjligt att röra sig på egen hand utan en annan persons hjälp. Ingen kontroll över blåsan och ändtarmen.	16 – 20

8. Ögonen och synförmågan

Effekten av försämrad synskärpa, synfältsdefekt och underliggande sjukdomar bedöms

som en helhet och graden av men bedöms inte i detta fall genom att invaliditetsklasserna slås samman eller adderas.

Ögonen och synförmågan									
<i>Den centrala synskärpan:</i>									
Ögonens synskärpa anges på tabellens överst rad och i vänster marginal och motsvarande invaliditetsklasser framgår av rutorna. Synskärpan anges efter korrigering av brytningsfel.									
	0,7 eller bättre	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	lägre än 0,1	
0,7 eller bättre	0	0	0	1	2	2	3	4	
0,6	0	1	1	1	2	2	3	4	
0,5	0	1	1	1	2	2	3	4	
0,4	1	1	1	2	3	3	4	6	
0,3	2	2	2	3	4	5	7	9	
0,2	2	2	2	3	5	10	11	14	
0,1	3	3	3	4	7	11	15	16	
lägre än 0,1	4	4	4	6	9	14	16	18	

		Invaliditets- klass
Fullständig blindhet på ena ögat		4
Fullständig blindhet på båda ögonen		18
Synfälten:		
Menet bedöms på basis av undersökning av ögonläkare.		
		Invaliditetsklass
Koncentrisk inskränkning så att fältets temporalgräns är	ett öga	båda ögonen
60°	0	2
40°	0	6
30°	2	9
20°	3	14
under 20°	4	16
		Invaliditets- klass
Homonym hemianopsi på sidan, beroende på sida: uppe,		6 – 8
nere.		5
Homonym kvadrantanopsi		10
Bitemporal hemianopsi		3 – 5
Binasal hemianopsi, förlorad fusion		5
Binasal hemianopsi, bevarad fusion		4
		2
Absoluta inre synfältsdefekter (skotom):		
Menet fastställs enligt skotomens läge och omfattning som följer:		
Stort absolut skotom i ett öga inom centrala 30°		2 – 3
Stort absolut skotom i båda ögonen eller i det binokulära fältet inom centrala 30°		4 – 8
Stort absolut skotom som sträcker sig över 30° i båda ögonen eller som är beläget mitt i det binokulära fältet. Dessutom beaktas eventuell kikarsyn, såsom vid ringdefekt.		9 – 14
Ringdefekter bedöms enligt fältets temporallinje, såsom vid koncentrisk kontraktion, dock med beaktande av utnyttjandegraden av synfältet utanför ringdefekten.		
Fullständig nattblindhet:		
Hela det skotopiska området saknar aktivitet; med Goldman-Weekers adaptometer eller motsvarande apparat konstateras en ökning med 3 logaritmenheter.		10

	Invaliditets- klass
Total avsaknad av dagsljusseende:	
Akromatopsi, dvs. total färgblindhet	10
Afaki (avsaknad av lins):	
på ett öga, beroende av möjligheten till korrigeringsmed glasögon	2 – 4
på båda ögonen	6
på enda ögat	6
Artificiell lins:	
Menet bedöms på basis av synförmågan.	
Dubbelbilder:	
om ena ögat måste täckas	4
förekommer endast när personen ser åt sidan	2
förekommer endast när personen ser nedåt	3
förekommer endast när personen ser uppåt.	0
Torra ögon:	
Konstaterat med Schirmers test eller motsvarande	1 – 3
Rinnande ögon:	
Konstant rinnande ögon	1
Mydrias:	
Till exempel traumatisk mydrias (bländning och svag djupskärpa).	2 – 4
Avvikelser i ögonmotoriken:	
Till exempel nystagmus, dystoni, tvångsrörelser, ophthalmoplegia externa (sub)totalis, internukleär oftalmoplegi	1 – 5

9. Nedsatt hörsel, talrubbning som är förknippad med nedsatt hörsel, öronrelaterad yrsel och balansrubbningar, tinnitus, dövblindhet och struphuvudet

9.1. Nedsatt hörsel

Nedsatt hörsel på ena örat: När den genomsnittliga hörsel som fastställts audiometriskt på det bättre örat utan hörapparat på frekvenserna 500, 1 000, 2 000 och 4 000 Hz

är bättre än 20 dB, fastställs invaliditetsklassen på basis av motsvarande genomsnittliga hörsel på det sämre örat enligt tabellen nedan. Fastställandet av invaliditetsklass förutsätter alltid en audiometrisk undersökning utförd av en yrkesutbildad hörselvårdsassistent. Om avsevärd nytta kan nås med ett hjälpmedel eller cochlea-implantat, kan invaliditetsklassen sänkas med 1 – 2 invaliditetsklasser, dock även med beaktande av hjälpmedlets användbarhet i synnerhet i bullriga miljöer.

Nedsatt hörsel	
<i>Nedsatt hörsel på ena örat:</i>	
Nedsatt hörsel	Invaliditetsklass
60 – 89 dB	2
90 – dB	3
<i>Nedsatt hörsel på båda öronen:</i>	
Invaliditetsklassen fastställs på basis av den nedsatta hörseln på det bättre örat i enlighet med ovan framförda principer i följande tabell:	
Nedsatt hörsel	Invaliditetsklass
20 – 29 dB	2
30 – 39 dB	3
40 – 49 dB	4
50 – 59 dB	5
60 – 69 dB	6
70 – 79 dB	7
80 – 89 dB	8
90 – dB	10
Om den genomsnittliga hörseln på det sämre örat är i genomsnitt minst 35 dB sämre än på det bättre örat på frekvenserna 500, 1 000, 2 000 och 4 000 Hz, ökas menet enligt tabellen ovan med en invaliditetsklass.	

9.2. Talrubbing som är förknippad med nedsatt hörsel

Talrubbing som är förknippad med nedsatt hörsel	Invaliditetsklass
Talet är otydligt, men lättförståeligt. Den invaliditetsklass som motsvarar nedsatt hörsel höjs i detta fall med 0 – 5 invaliditetsklasser, dock så att invaliditetsklassen inte kan vara högre än 12.	
Talet kan förstås med svårighet. Den invaliditetsklass som motsvarar nedsatt hörsel höjs i detta fall med 8 invaliditetsklasser, dock så att invaliditetsklassen inte kan vara högre än 14.	
Oförmåga att tala förståeligt. I menet ingår i detta fall även nedsatt hörsel.	14 – 16

9.3. Öronrelaterad yrsel och balansrubbningsar

Vid bedömning av yrsel och balansrubbningsar fästs uppmärksamhet vid objektiva observe-

rad balansrubbningsar och undersökningsfynd och inte på subjektiv yrsel. Balansrubbningsar orsakade av rubbningsar i andra organsystem bedöms enligt funktionsnedsättningen i organsystemet i fråga.

Öronrelaterad yrsel och balansrubbningsar	Invaliditetsklass
Lindrig balansrubbningsar:	
Medför olägenheter endast i ojämn terräng och vid t.ex. klättring. Personen behöver inte hjälpmedel som stöd för att röra sig.	0 – 1
Medelsvår balansrubbningsar:	
Medför olägenheter i de flesta dagliga sysslorna, personen behöver upprepade gånger använda käpp som stöd för att kunna röra sig. Kraftiga yrselanfall förekommer nästan varje vecka, men i övrigt små symptom.	2 – 5
Svår balansrubbningsar:	
Kan röra sig inomhus med käpp, men behöver rollator utomhus.	6 – 10

9.4. Tinnitus

Tinnitussymptom inverkar i regel inte på invaliditetsklassen för nedsatt hörsel. Om en skada i innerörat likväl på grund av ett särde-

les svårt och långvarigt eller bestående tinnitussymptom orsakar mer funktionsnedsättning än vad den annars på basis av nedsatt hörsel skulle orsaka, höjs invaliditetsklassen med en invaliditetsklass.

9.5. Dövblindhet

Dövblindhet	Invaliditetsklass
	20

9.6. Struphuvudet

Struphuvudet	Invaliditetsklass
Förlamning av ena stämbandets eller annan motsvarande heshet	2

Förlamning av båda stämbanden eller annan motsvarande heshet	6
Permanent trakeostomi eller förlust av struphuvudet	10
Förlust av struphuvudet, till vilken hänför sig trakeostomi och förlust av talförmågan	14

10. Andningsorganen

10.1. Kroniskt nedsatt andningsfunktion

Vid bedömningen av men som orsakas av lungsjukdomar kan man utgå från graden av andnöd i samband med olika funktioner. Funktionsnedsättningen bör bedömas genom

jämförelse av funktionsförmågan med en frisk person i samma ålder. Vid användning av nedanstående tabell bör det noteras att lungsjukdomen bör ha bekräftats genom undersökningar och att man under behandlingen bör ha följt med patientens tillstånd tillräckligt länge.

Kroniskt nedsatt andningsfunktion	Invaliditetsklass
<i>Lätt funktionsnedsättning:</i>	
Andnöd uppstår endast vid de allra största ansträngningarna, dock inte vid t.ex. gång i uppförsbacke eller uppför trappor.	0 – 5
<i>Medelsvår funktionsnedsättning:</i>	
Andnöd uppstår vid medelstora ansträngningar, t.ex. när vederbörande skyndar sig, anstränger sig en längre tid eller går uppför trappor, men inte vid gång i normal takt på jämn mark eller vid de normala hemsysslorna.	6 – 10
<i>Svår funktionsnedsättning:</i>	
Andnöd uppstår redan vid liten ansträngning, t.ex. när vederbörande går i normal takt på jämn mark, går uppför trapporna till följande våning eller sköter sina normala hemsysslor. Gång i långsammare takt än normalt på jämn mark är möjlig.	11 – 14
<i>Synnerligen svår funktionsnedsättning:</i>	
Andnöd uppstår redan vid små rörelser eller liten ansträngning, t.ex. vid tvättning eller påklädning, tidvis även i vila.	15 – 18
<i>Lungfunktionsprov vid bedömningen av invaliditetsklassen</i>	
Vid bedömningen av men som orsakats av andnöd vid lungsjukdomar bör man stödja sig på lungfunktionsprov. Resultaten av dessa prov bör överensstämma med resultaten av fastställandet av den ovan angivna invaliditetsklassen och av en eventuell mätning av den fysiska prestationsförmågan. Menet får inte fastställas på basis av enstaka lungfunktionsprov.	

Vitalkapacitet (VC/FVC) i % av referensvärdet	Sekundkapacitet (FEV1) vid utandning i % av referensvärdet	Diffusionskapacitet (D1) i % av referensvärdet	Invaliditetsklass
65 – 79	65 – 79	60 – 74	0 – 5
50 – 64	50 – 64	45 – 59	6 – 10
35 – 49	35 – 49	30 – 44	11 – 15
under 35	under 35	under 30	16 – 18

10.2. I varierande grad nedsatt andningsfunktion

En typisk lungsjukdom med varierande symptom är astma. Bedömningen av menet grundar sig alltid på en långvarig uppföljning efter det att behandlingen av patienten har uppnått optimal nivå. Det måste under minst ett år bakåt i tiden finnas uppgifter som med säkerhet anger att läget är permanent. Vid bedömningen beaktas bl.a. behovet av medi-

cinering, toppflödesvärdenas nivå och variabilitet, förmågan att utstå fysisk ansträngning inomhus och utomhus, inverkan av luftens temperatur och orenheter på sjukdomen, förekomsten av respiratoriska infektioner och deras inverkan på symptomen, sjukdomens inverkan på nattsömnen samt frekvensen och graden av sjukdomens svårare perioder (bl.a. förändringar i medicineringen, behovet av vård av jourkaraktär och behovet av sjukhusvård).

I varierande grad nedsatt andningsfunktion	Invaliditetsklass
Obetydlig funktionsnedsättning: Patienten har sporadiska symptom och sporadisk medicinering.	0 – 1
Lätt funktionsnedsättning: Normalt är symptomen lindriga, men förvärras av fysisk ansträngning, luftföroreningar, kall luft och luftvägsinfektioner. Patienten har regelbunden medicinering, till vilken hör inhalerbara steroider.	2 – 3
Medelsvår funktionsnedsättning: Symptom förekommer nattetid varje vecka och toppflödesvärdena är kontinuerligt dåliga på morgnarna och långtidsverkande sympatomimetika korrigerar dem inte på ett tillfredsställande sätt. Patienten har stora svårigheter att röra sig utomhus under kalla vinterdagar. Medicineringen består av inhalerbara steroider och långtidsverkande luftrörsutvidgande mediciner och upprepade orala steroidkurer eller kontinuerlig oral steroidbehandling.	4 – 8

<i>Svår funktionsnedsättning:</i>	
Ansträngning orsakar andnöd även inomhus. Permanent svår obstruktion konstateras vid lungfunktionsundersökningar. Patienten tar utöver den regelbundna medicineringen dessutom stora doser luftrörsutvidgande tilläggsmedicinering.	9 – 14
<i>Synnerligen svår funktionsnedsättning:</i>	
Maximal användning av mediciner. Svår, permanent obstruktion. Personen måste tillbringa största delen av tiden sittande i sängen eller i en stol. Behöver hela tiden utomstående hjälp. Personen är nästan kontinuerligt i behov av sjukhus- eller motsvarande anstaltsvård.	15 – 18
<i>Sömnapné</i>	
Regelbunden behandling med övertryck i luftvägarna som bidrar till att symptom förekommer endast i liten utsträckning.	0 – 1
Trots regelbunden behandling med övertryck i luftvägarna konstateras på basis av subjektiv bedömning och mätningar som beskriver vakenheten kontinuerlig dagtrötthet.	2 – 4

11. Cirkulationsorganen

Vid bedömningen av den funktionsnedsättning som sjukdomar i cirkulationsorganen orsakar är utgångspunkten nedsättningen i den allmänna prestationsförmågan. Symptom som medför funktionsnedsättningar är bl.a. smärta, andnöd, rytmstörningar och klaudikation. Bedömningen ska basera sig på en genom undersökningar bekräftad varaktig sjukdom som man följt med under en tillräckligt lång behandlingstid. Resultaten av olika undersökningar som mäter prestationsförmå-

gan, t.ex. kliniskt belastningsprov som utförts med optimal medicinering, är nödvändiga vid fastställandet av funktionsnedsättningen. De utgör emellertid inte den enda grunden för bedömningen, utan menat bedöms på basis av helhetssituationen. De värden som anges i tabellen är referensvärden för en medelålders man. I nedanstående normativa bedömningsklassificering har det tagits in exempel på bedömningen av funktionsnedsättningen vid vissa sjukdomar i cirkulationsorganen eller deras följdtilstånd.

Cirkulationsorganen	Invaliditetsklass
<i>Lätt funktionsnedsättning:</i>	
Sjukdom har konstaterats, men symptom framträder endast vid de största ansträngningarna, likväl inte under gång på jämn mark eller uppför trappor. Hit hör t.ex. personer som drabbats av hjärtinfarkt och personer som genomgått lyckad hjärtseptumoperation eller aortokoronar by-passoperation. Konstaterats rytmstörningar utan betydande hemodynamiska verkningar. Belastningsnivån vid belastningsprov > 125 W, MET >8, NYHA grad I.	0 – 5

Medelsvår funktionsnedsättning:	
Symptom uppstår vid medelstora ansträngningar, t.ex. när vederbörande skyndar sig, anstränger sig en längre tid eller går uppför trappor, men inte vid gång i normal takt på jämn mark eller vid de normala hemsysslorna. Hit hör personer som försetts med pacemaker eller konstgjord klaff, om inte symptomens svårighetsgrad gör menet större. Belastningsnivån vid belastningsprov 75 – 125 W, MET 5 – 8, NYHA grad II.	6 – 10
Svår funktionsnedsättning:	
Symptom uppstår redan vid liten ansträngning, t.ex. vid gång i normal takt på jämn mark, vid gång uppför trapporna en våning eller vid skötsel av normala hemsysslor. Gång i långsammare takt än normalt på jämn mark är möjlig. Säkerställd hjärtinsufficiens av olika orsaker, som hålls i balans med medicinering (svår blodtryckssjukdom, följd tillstånd av hjärtinfarkt, följd tillstånd av hjärtransplantation). Belastningsnivån vid belastningsprov 25 – 75 W, MET 2 – 5, NYHA grad III.	11 – 14
Synnerligen svår funktionsnedsättning:	
Symptom uppstår redan vid små rörelser eller liten ansträngning, t.ex. vid tvättning eller påklädning, tidvis även i vila. Personer med behandlingsresistent hjärtinsufficiens. Belastningsnivån vid belastningsprov < 25 W, MET < 2, NYHA grad IV.	15 – 18

12. Bukhålans och bäckenets organ samt bukbetäckningarna

Bukhålans och bäckenets organ samt bukbetäckningarna	Invaliditetsklass
Förlust av mjälten	1
Förlust av ena njuren, den andra frisk	1
Njurinsufficiens:	
lindrig (glomerulär filtrationshastighet GFR 60-89 ml/min/1,73m ²),	0 – 3
medelsvår (glomerulär filtrationshastighet GFR 30-59 ml/min/1,73m ²),	4 – 8
svår (glomerulär filtrationshastighet GFR under 30 ml/min/1,73m ²), dialysbehandling.	9 – 13
Följd tillstånd av njurtransplantation	3 – 5
Följd tillstånd av levertransplantation	3 – 5
Förlust av penis	10
Blåsinkontinens:	
Lindrig, endast vid ansträngning,	1 – 3
Medelsvår, inkontinensskydd används, kan inte kontrolleras med terapeutiska hjälpmedel,	4 – 6

Svår, bedöms i samband med men orsakat av ryggmärgsskada eller enligt allmän funktionsnedsättning.	
Lindrig analinkontinens, kan inte kvarhålla lös avföring	2
Medelsvår analinkontinens	4
Total analinkontinens	10
Kontinent urostomi	2 – 4
Urostomi med påse	5 – 7
Ileostomi	8 – 10
Kolostomi	6
Bråck i ärr, bråckbälte nödvändigt	2 – 4
Följdtillstånd av gastrektomi eller betydande följdtilstånd efter tarmresektion, gastropares orsakad av neuropati.	1 – 5
Korttarmssyndrom, där mindre än en meter tarm återstår och som medför permanent eller återkommande behov av intravenöst dropp.	6 – 10
<i>Lyte, skada eller sjukdom i genitalorganen, som medför ofruktsamhet hos en person som var fertil före skadan:</i>	
anknyter till förlust av könskörtlar,	5
beror på annat.	3 – 4
<i>Erekttil dysfunktion:</i>	
lindrig, tablett- eller injektionsbehandling hjälper,	1 – 2
svår, pump eller protes används,	3 – 4
total erektil dysfunktion.	5
<i>Övriga organ i bukhålan:</i>	
Graden av men fastställs enligt bedömningsgrunderna för allmän funktionsnedsättning i punkt 15.	

13. Huden

13.1. Utslag

Utslag	Invaliditetsklass
Permanent benägenhet för utslag, som kan undvikas genom enkla skyddsmetoder eller genom undvikande av vissa sysslor. Utslaget ger obetydliga symptom och förekommer tidvis. Symptomfri allergisering, som orsakats av en ovanlig faktor som kunde undvikas, medför inte något ersättningsberättigat men. Den hudsjukdom som detta orsakar medför däremot ett men som ersätts.	0 – 2

Utslag förekommer nästan oavbrutet eller det är svårt att undvika de retningar som orsakar utslaget, tillståndet kan kontrolleras med behandling, permanent symptomgivande utslag orsakat av t.ex. krom eller gummikemikalier, när behovet av behandling är kontinuerligt.	3 – 5
Permanent utslag som medför betydande begränsningar i de dagliga sysslorna	6 – 10
Omfattande svårt utslag som permanent är aktivt och leder till allmänna symptom, t.ex. allt vanligare erytrodermi.	11 – 15

13.2. Ärr

Men som orsakas av ärr bedöms på basis av slutresultatet av korrigerande kirurgi. Betydelsen av ärr på extremiteterna och bålen beaktas på basis av bedömningsgrunderna för

menet på det anatomiska området, om ärrnen medför funktionella men. Förfulande ärr beaktas i enlighet med denna punkt. Ärr i ansiktsregionen bedöms på basis av men som orsakas av avvikelser i ansiktsformen.

Ärr	Invaliditetsklass
Avsevärt förfulande ärr på bålen och extremiteterna	1 – 2

14. Funktionsnedsättning orsakad av rubbningar i den mentala hälsan

Bedömningen av funktionsnedsättningen bör basera sig på långvarig (under minst två år bakåt i tiden) kännedom om sjukdomen och i fråga om bedömningen av funktions-

nedsättningen på undersökningar som utförts av en specialist på området.

När rubbningar i den mentala hälsan under en lång tid har lett till och alltfjämt leder till situationer som begränsar individens deltagande och kapacitet, kan invaliditetsklassen bedömas enligt följande:

Funktionsnedsättning orsakad av rubbningar i den mentala hälsan	Invaliditetsklass
Lätt funktionsnedsättning:	
Rubbningen i den mentala hälsan är av varaktig karaktär och den är tidvis värre så att verksamhetsförmågan sjunker under krisperioder. Behandlingen hänförs i första hand till krisperioderna och är såtillvida effektiv att patientens verksamhetsförmåga, med undantag för krisperioder, är bevarad.	0 – 5
Medelsvår funktionsnedsättning:	
Rubbningen i den mentala hälsan är av långvarig karaktär och krisperioderna återkommer ofta. Verksamhetsförmågan försvåras på ett avgörande sätt för en lång tid till följd av sjukdomen. Behandlingen är långvarig och regelbunden, ges i huvudsak i öppenvård. Tidvis brister i patientens förmåga att ta hand om sig själv.	6 – 10

<i>Svår funktionsnedsättning:</i>	
Rubbningen i den mentala hälsan är av långvarig karaktär och verksamhetsförmågan är permanent nedsatt så att patienten tidvis behöver sjukhus- eller anstaltsvård. Behovet av regelbunden och fortgående behandling, men trots det förekommer permanent symptom eller funktionsstörningar. Upprepade brister i patientens förmåga att ta hand om sig själv, behovet av utomståendes stöd upprepas regelbundet.	11 – 14
<i>Synnerligen svår funktionsnedsättning:</i>	
Rubbningen i den mentala hälsan är synnerligen allvarlig och fortgående, verksamhetsförmågan är permanent svag. Personen är oförmögen att agera självständigt eller utan betydande stöd av utomstående, självständigt boende är omöjligt. Behovet av behandling och omvårdnad förutsätter daglig öppenvård eller anstaltsvård.	15 – 18

15. Allmänt nedsatt funktion

I denna punkt föreskrivs om de grunder med hjälp av vilka menet fastställs, bedömt på basis av den allmänt nedsatta funktion som en skada eller sjukdom orsakar. Av nedanstående klassificering framgår genom exempel funktionsnedsättningar som olika skador och sjukdomar orsakar och motsvarande invaliditetsklasser. Menet fastställs på basis

av punkter som beskriver olika grader av funktionsnedsättning genom att beakta antalet olika funktionsnedsättningar som beskrivs i punkterna och deras svårighetsgrad.

Vid bedömningen av allmänt nedsatt funktion kan även synpunkter på behandlingen av skadan eller sjukdomen beaktas samt beteendestörningar som hänför sig till skadan eller sjukdomen, såsom humörsvängningar, aggressivitet, ritualer och tvångshandlingar.

Allmän funktionsnedsättning	Invaliditetsklass
<i>Lätt funktionsnedsättning: Invaliditetsklasserna 0 – 5</i>	
Är tvungen att undvika vissa ämnen på grund av överkänslighet. Är tvungen att föra diet på grund av sjukdom. Sjukdomen medför inte något betydande men i det normala livet, men de begränsningar som sjukdomen medför bör noteras i speciella situationer.	0 – 2
Under goda förhållanden kan personen röra sig självständigt, men på ojämnt underlag är rörelseförmågan något begränsad. Klarar i allmänhet av att ta hand om sig själv. Fingerfärdigheten är försämrad så att det är svårt att knäppa knappar och skriva. Behandlingen av sjukdomen medför viss ansträngning, behöver t.ex. permanent använda hudsalvor på hela kroppen eller föra diet, diabetes med insulinbehandling utan tillkommande diabetesrelaterade sjukdomar. Framträdande dyslexi, men kan läsa och skriva enkel text i sitt vardagliga liv för att klara sig.	3 – 5

Medelsvår funktionsnedsättning: Invaliditetsklasserna 6 – 10	
Klarar inte av uppgifter som kräver fortgående precision och koncentration. Behandlingen av sjukdomen orsakar ansträngning och tar tid varje dag och försummad behandling medför fara för hälsan. Diabetes som behandlas med insulin och dessutom tillkommande diabetesrelaterade sjukdomar. Att utföra vissa funktioner, t.ex. att ta hand om sig själv, tar mera tid än normalt eller kräver att hjälpmedel används. Har enkla grundläggande färdigheter i läsning, skrivning och räkning. Klarar självständigt av att lösa rutinproblem, men behöver när det gäller komplicerade uppgifter handledning i mindre utsträckning i främmande situationer, klarar självständigt av t.ex. vardagliga sysslor och butiksärenden, möjligen svårigheter i kontakten med bank och myndigheter.	6 – 7
Påtagliga svårigheter med att oavbrutet stå eller gå. Behöver på längre sträckor, t.ex. utomhus, hjälpmedel (rollator, rullstol), men klarar sig i huvudsak självständigt med hjälpmedel. Brådska medför svårigheter på grund av att sjukdomssymptomen förvärras. Försummad behandling av sjukdomen medför allvarlig fara för hälsan. Svårigheter med att läsa och skriva. Klarar sig i anpassad undervisning. Klarar sig i regel på egen hand hemma trots försämrad iakttagelse- och koordinationsförmåga samt försämrade kognitiva funktioner, men behöver i viss mån handledning eller olika arrangemang i ärenden utanför hemmet. Behöver i liten utsträckning handledning med att lösa rutinproblem t.ex. i främmande situationer. Talet kan med svårighet förstås (utan hörselskada). Är så gott som självständig i social växelverkan.	8 – 10
Svår funktionsnedsättning: Invaliditetsklasserna 11 – 15	
Klarar endast lätta eller begränsade uppgifter. Kan röra sig endast korta sträckor åt gången med hjälpmedel. Den behandling som sjukdomen fordrar orsakar stor ansträngning och kräver regelbunden hjälp eller tillsyn av en annan person. Sjukdomsattacker förekommer regelbundet trots behandlingen och medan patienten har symptom är han eller hon inte funktionsduglig. Bristfälliga grundläggande färdigheter i läsning, skrivning och räkning. Utförandet av komplicerade uppgifter eller rörelser som kräver koordination har försämrats, och därför behöver patienten i viss mån, t.ex. varje vecka, hjälp eller handledning och tillsyn av en annan person när det gäller förmågan att ta hand om sig själv samt hjälp med ärenden utanför hemmet (butik-, bank- och myndighetsärenden).	11 – 12
Svårigheter med att ta hand om sig själv. Påtagliga svårigheter med av- och påklädning. Behov av hjälp, handledning och tillsyn kan förekomma i viss personlig rutin dagligen eller i många personliga rutiner, men inte dagligen och inte under några längre stunder. Klarar inte av att lösa rutinproblem eller minnas saker utan handledning i stor utsträckning. Behöver på grund av mycket nedsatt iakttagelse- och koordinationsförmåga samt mycket försämrade kognitiva funktioner i viss mån handledning och tillsyn i personliga rutiner, i konkret behov av hjälp i ärenden utanför hemmet. Vid kommunikation nödvändigt att använda bilder, tolkhjälp, teckenspråk eller motsvarande hjälp för att uttrycka sig. Ärenden utanför hemmet sköts allt som oftast av anhöriga eller intressebevakaren. Behöver i social växelverkan handledning i stor utsträckning t.ex. på grund av opassande beteende eller brist på initiativförmåga.	13 – 15

<i>Synnerligen svår funktionsnedsättning: Invaliditetsklasserna 16 – 10</i>	
Klarar på sin höjd hobbyartade uppgifter tidvis. Konkret behov av hjälp i många personliga rutiner under långa stunder dagligen eller i betydande utsträckning regelbundet behov av handledning och tillsyn. Påtagliga svårigheter med att kommunicera, äta och svälja. Total blås- och analinkontinens. Klarar inte av att använda de nedre extremiteterna för att röra sig. Behöver fortgående primär- och sjukvård dygnet runt samt annan omsorg t.ex. på grund av djup utvecklingsstörning eller psykiatrisk sjukdom.	16 – 17
Är i sina dagliga sysslor nästan helt beroende av en annan persons hjälp, t.ex. tetraplegiker.	18 – 20

Bilaga 2

Tabell över sammanslagning av invaliditetsklasser

Av nedanstående tabell fås direkt den sammanslagna invaliditetsklassen av två separata invaliditetsklasser med hjälp av formeln i 18 b § 4 mom. i lagen om olycksfallsförsäkring. I tabellen söks först den rad som

avser den högre invaliditetsklassen i den fetstilade lodräta kolumnen i vänster marginal. Därefter söks den kolumn som avser den mindre eller lika stora invaliditetsklassen i den fetstilade bottenraden. Den enligt formeln sammanslagna invaliditetsklassen framgår av skärningen mellan nämnda rad och kolumn.

Invaliditetsklassen enligt formeln för sammanslagning framgår av skärningen mellan rad och kolumn.

1	2																			
2	3	4																		
3	4	5	6																	
4	5	6	6	7																
5	6	7	7	8	9															
6	7	7	8	9	10	10														
7	8	8	9	10	10	11	12													
8	9	9	10	10	11	12	12	13												
9	10	10	11	11	12	12	13	13	14											
10	11	11	12	12	13	13	14	14	15	15										
11	11	12	12	13	13	14	14	15	15	16	16									
12	12	13	13	14	14	14	15	15	16	16	16	17								
13	13	14	14	14	15	15	15	16	16	17	17	17	18							
14	14	15	15	15	16	16	16	16	17	17	17	18	18	18						
15	15	16	16	16	16	17	17	17	17	18	18	18	18	19	19					
16	16	16	17	17	17	17	17	18	18	18	18	18	19	19	19	19				
17	17	17	17	18	18	18	18	18	18	19	19	19	19	19	19	19	20			
18	18	18	18	18	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	20	20	20	20		
19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Nr 1650

Social- och hälsovårdsministeriets förordning**om anslag som av statsmedel betalas år 2010 för kostnaderna för utbildningen av specialister inom företagshälsovården**

Given i Helsingfors den 29 december 2009

I enlighet med social- och hälsovårdsministeriets beslut föreskrivs med stöd av 3 a § 4 mom. och 3 b § 3 mom. i lagen av den 24 februari 1978 om arbetshälsoinstitutets verksamhet och finansiering (159/1978), sådana de lyder i lag 1270/2009:

1 §

Anslag för utbildning av specialister inom företagshälsovården

Beloppet av den ersättning som betalas för en specialläkarexamen inom företagshälsovård och som avses i 3 a § 2 mom. i lagen om arbetshälsoinstitutets verksamhet och finansiering (159/1978), nedan *finansieringslagen*, är 64 700 euro.

2 §

Fördelningen av anslaget mellan universiteten

Av det anslag som arbetshälsoinstitutet fått med stöd av 3 a § 1 mom. i finansieringslagen kan institutet till universiteten i Helsingfors, Kuopio, Tammerfors, Uleåborg och Åbo för den utbildning av specialister inom företagshälsovården som de tillhandahåller betala ersättning enligt paragrafens 4 mom. uppgående till högst 81 000 euro per universitet för avlöningskostnader och andra kostnader för tjänster för kliniska lärare inom företagshälsovården eller för universitetslä-

rare. Dessutom betalas till nämnda universitet sammanlagt högst 190 000 euro för andra kostnader för utbildningen av specialister.

Arbetshälsoinstitutet betalar ersättningen efter att av universiteten har fått en skriftlig redogörelse för de lönekostnader och andra kostnader som tjänster för kliniska lärare eller för universitetslärare föranleder samt om de andra kostnader som utbildningen av specialister föranleder.

Arbetshälsoinstitutet kan dessutom av det i 1 mom. avsedda anslaget betala ersättning om sammanlagt 295 000 euro till de universitet som nämns i momentet för kostnader föranledda av det av Helsingfors universitet samordnade och för universiteten gemensamma virtuella universitetet, för att användas till utbildningen av specialister inom företagshälsovården samt för utvecklandet och den riksomfattande samordningen av denna utbildning. Arbetshälsoinstitutet kan betala ersättningen till universiteten efter att institutet av Helsingfors universitet har fått en skriftlig redogörelse för det virtuella universitetsprojektet som hänför sig till utvecklandet av utbildningen av specialister inom företagshälsovården och om kostnaderna för genomförandet av projektet.

Om uppgifterna i de redogörelser som avses i 2 och 3 mom. för ändras, ska universiteten omedelbart underrätta Arbetshälsoinstitutet om detta.

3 §

*Fördelningen av anslaget till
Arbetshälsoinstitutet*

Av det anslag som Arbetshälsoinstitutet fått med stöd av 3 a § 1 mom. finansieringslagen kan det enligt paragrafens 4 mom. användas 1 340 000 euro för kostnader för sådan utbildning av specialister inom företagshälsovården som Arbetshälsoinstitutet själv tillhandahållit, om kostnaderna föranses av

1) lönekostnader och andra kostnader för tre tjänster som specialläkare som utbildar specialister inom företagshälsovården,

2) lönekostnader och andra kostnader för elva specialiseringstjänster för specialister inom företagshälsovården,

3) utarbetandet och underhållet av system som hänför sig till uppföljningen och utvecklandet av utbildningen av specialister inom företagshälsovården samt samordningen och förvaltningen av utbildningen av specialister inom företagshälsovården.

Arbetshälsoinstitutet får inte använda det i 1 mom. avsedda anslaget för de kostnader som institutet får statsandel för i enlighet med 3 § 1 mom. finansieringslagen.

4 §

*Fördelningen av anslaget mellan privata
hälsovårdsproducenter och arbetsgivares
företagshälsovårdscentraler*

Arbetshälsoinstitutet kan på ansökan av det anslag som det fått med stöd av 3 a § 1 mom. i finansieringslagen betala ersättning enligt paragrafens 4 mom. till privata hälsovårdsproducenter och arbetsgivares hälsovårdscentraler högst 1 500 euro per utbildningsmånad enligt ett utbildningsprogram som universitetet har godkänt och för varje läkare som deltagit i utbildningen. Det sammanlagda antalet utbildningsmånader får uppgå till högst 1 375.

Ersättningen enligt 1 mom. ska fördelas

per läkare som deltagit i utbildningen och utbildningsmånad för

1) handledning av läkare som specialiserar sig på företagshälsovård 600 euro,

2) anordnande av annan utbildning av specialister inom företagshälsovården som universitetet har godkänt och för de obligatoriska lönebikostnader som betalas för handledning enligt 1 punkten sammanlagt högst 900 euro.

5 §

*Ansökan om ersättningar till privata
hälsovårdsproducenter och arbetsgivares
företagshälsovårdscentraler*

Privata hälsovårdsproducenter och arbetsgivares företagshälsovårdscentraler som utbildar specialister inom företagshälsovården ska skriftligen hos Arbetshälsoinstitutet i efterhand ansöka om sådan ersättning som avses i 4 § senast tre månader efter utgången av respektive halvårsperiod.

För att ansökan ska godkännas förutsätts det att universitetet och utbildningsplatsen har ingått ett skriftligt utbildningsplatsavtal om att de läkare som genomgår utbildningen är verksamma på utbildningsplatsen.

Till ansökan ska fogas en kopia av det utbildningsplatsavtal som avses i 2 mom.

6 §

Utbildningsplatsavtalets innehåll

I ett utbildningsplatsavtal som avses i 5 § 2 mom. ska det

1) nämnas antalet läkare som genomgår utbildning,

2) anges en eller flera utbildare som universitetet godkänt så att utbildaren ska vara specialist inom företagshälsovården eller i fråga om rehabiliteringsinrättningar vid behov en specialist inom ett annat lämpligt specialiseringsområde, vilken godkänts av den som ansvarar för företagshälsovårdens utbildningsprogram och att en och samma utbildare samtidigt kan handleda högst tre läkare per kalendermånad, samt

3) finnas utbildarens förbindelse att ge en läkare som genomgår utbildning individuell

FÖRFS/ELEKTRONISK VERSION

Nr 1650

handledning två timmar i veckan enligt ett utbildningsprogram som universitetet har godkänt.

7 §

Ändrade uppgifter

Om uppgifterna i en ansökan enligt 5 § avsedd ansökan för ändras, ska den privata hälsovårdsproducenten och arbetsgivarens företagshälsovårdscentral omedelbart underätta Arbetshälsoinstitutet om detta.

8 §

Redovisning för användningen av anslag

Universitetet ska lämna den i 3 b § 3 mom. i finansieringslagen avsedda redovisningen angående år 2010 skriftligen till Ar-

Helsingfors den 29 december 2009

betshälsoinstitutet före utgången av mars 2011.

Privata hälsovårdsproducenter och arbetsgivares företagshälsovårdscentraler ska lämna den i 3 b § 3 mom. i finansieringslagen avsedda redovisningen till Arbetshälsoinstitutet i samband med ansökan om ersättning.

Arbetshälsoinstitutet ska lämna i 3 b § 3 mom. i finansieringslagen avsedda redovisningar och sammandrag gällande år 2010 skriftligen till social- och hälsovårdsministeriet före utgången av september 2011.

9 §

Ikraftträdande

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2010 och gäller till och med den 31 december 2010.

Omsorgsminister *Paula Risikko*Regeringssekreterare *Liisa Katajamäki*