

Udskriftsdato: 18. december 2025

VEJ nr 9690 af 30/06/2016 (Historisk)

Méntabel (Arbejdsskadestyrelsens vejledende procenttabel til brug ved afgørelser om godtgørelse for varigt mén, truffet den 1. juli 2016 og senere i arbejdsskadesager).

Ministerium: Beskæftigelsesministeriet

Journalnummer: Beskæftigelsesmin.,
Arbejdsskadestyrelsen j. nr. 2009-0018882

Senere ændringer til forskriften

VEJ nr 9086 af 03/02/2017

Méntabel

(Arbejdsskadestyrelsens vejledende procenttabel til brug ved afgørelser om godtgørelse for varigt mén, truffet den 1. juli 2016 og senere i arbejdsskadesager).

Det er Arbejdsmarkedets Erhvervssikring og Ankestyrelsen, der træffer konkrete afgørelser om fastsættelse af ménprocenten i arbejdsskadesager.

Almindelige retningslinjer og vejledning

1. Varigt mén

Begrebet "mén" defineres i forsikringsmedicinen som en medicinsk bedømmelse af den daglige ulempe i den personlige livsførelse, som en skade har medført.

Varigt mén fastsættes på grundlag af en skades medicinske art og omfang og under hensyn til skadens forvoldte ulemper i den tilskadekomnes personlige livsførelse. Ulemperne ved en skade vurderes stort set ens, uanset erhverv, alder, køn, indtægt med videre, da ulempen ved en bestemt skade grundlæggende anses for at være den samme for forskellige mennesker.

Varigt mén vurderes ud fra følgerne af en skade. Som udgangspunkt har det ikke betydning for vurderingen, på hvilken måde det varige mén er opstået. Eksempelvis er det underordnet, om smerter i lænden er opstået som følge af mange års løftearbejde eller ved et slag over lænden.

1.1. Varighed

Et varigt mén kan som udgangspunkt først fastsættes, når den helbredsmæssige tilstand er varig. Det betyder, at tilstanden ikke kan forventes bedret, hverken af sig selv eller ved behandling. Følger af en skade vil ofte først være varige flere måneder efter skaden. Det er en konkret vurdering, hvornår dette tidspunkt foreligger.

1.2. Fastsættelse af ménprocent

Arbejdsmarkedets Erhvervssikring fastsætter et varigt mén med procenterne 5, 8, 10, 12, 15, 18, 20, 25, 30, 35, 40, 45 og så videre, stigende med intervaller med 5 procent til i alt 100 procent. Dette skyldes, at der ved vurdering af mén historisk er taget udgangspunkt i brøker, hvor $1/20 = 5$ procent, $1/12 = 8$ procent og $1/10 = 10$ procent og så videre.

Efter en konkret vurdering kan der dog i særlige tilfælde samlet fastsættes en skæv ménprocent, som for eksempel 17 procent. Det drejer sig om tilfælde, hvor der er tale om flere skader, som hver for sig kan vurderes tabellarisk efter tabellen og hvor der samtidig er tale om skader flere forskellige steder på kroppen, det vil sige at der ikke foreligger symptomoverlap. Eksempelvis symptomer efter et middelsvært brud i lænden, som efter méntabellens punkt B. 1.3.4. vurderes til 12 procent og tab af milt, som efter méntabellens punkt F. 1.1. vurderes til 5 procent.

Maksimum mén udgør normalt 100 procent. I ganske særlige tilfælde kan et varigt mén vurderes til 120 procent. Ménen kan dog ikke vurderes til 105, 110 eller 115 procent.

1.3. Forværring af varigt mén

Ved fornyet vurdering af varigt mén i en sag, som tidligere er afgjort, skal det vurderes, om der er sket en forværring af det varige mén.

En forværring kan godt i sig selv være en "skæv procent", eksempelvis 2 - fra 8 til 10 procent, eller 3 - fra 5 til 8 procent.

Hvis den første afgørelse har været mindre end 5 procent, vil Arbejdsmarkedets Erhvervssikring vurdere, om forværringen har medført, at det samlede mén nu bliver på 5 procent eller derover.

Den samlede ménprocent (den første vurdering + forværringen) vil dog altid blive vurderet til 5, 8, 10, 12 procent og så videre, som det fremgår af afsnit 1.2.

2. Vejledende normaltabel

Tabellen er en vejledende normaltabel, hvilket vil sige, at Arbejdsmarkedets Erhvervssikring normalt vil følge tabellens satser, men kan fravige dem, når der foreligger særlige forhold. Tabellens satser kan fraviges ved enten at vurdere ménet til en højere eller en lavere værdi end anført i tabellen.

Det har ikke været muligt i alle tilfælde kun at fastsætte én ménprocent for en skade. Derfor er der i nogle tilfælde angivet intervaller og i enkelte tilfælde angivet, at ménet er mindre end eller lig med en bestemt værdi. Dette giver plads til variationer og gør de enkelte vurderinger fleksible.

2.1. Fravigelse af tabellen

Hvis en forudbestående sygdom, som ikke har nogen sammenhæng med arbejdsskaden, medfører, at arbejdsskaden får usædvanlige følger, vil dette indgå i vurderingen af ménprocenten.

2.1.1. Tab af særlige færdigheder

Kun i ganske særlige tilfælde, hvor skaden har givet ganske specielle ulemper i det daglige som følge af tab af særlige færdigheder, vil der være grundlag for at fravige méntabellen.

Eksempel 1. Tillæg for tab af særlige færdigheder

Ved en skade på den dominante hånds 1. og 2. finger kan ménet skønsmæssigt blive fastsat til 12 procent. Skadefølger ved ophævet følesans i pincetgrebet svarer til et tabellarisk varigt mén på 8 procent (D. 1.9.6.3.). De resterende 4 procent gives, fordi arbejdsskaden, på grund af en betydelig forudbestående, privat skade i venstre hånd, har forvoldt større ulemper i tilskadekomnes personlige livsførelse, end skaden med en rask venstre hånd ellers ville have gjort.

Som følge af de 2 hænders samlede funktionstab har tilskadekomne besvær med af- og påklædning. Personlig hygiejne er besværet. Alle finmotoriske procedurer, der ikke kan vejledes af synet, er påvirket. Tilskadekomne er således hæmmet i en lang række gøremål, fordi de 2 hænder ikke ville kunne supplere og kompensere hinanden som tidligere.

3. Om vurdering af varigt mén

3.1. Tabellarisk vurdering af varigt mén

Tabellarisk vurdering af varigt mén anvendes, når skadens følger direkte fremgår af tabellen.

1. Ménprocenten vurderes svarende til den anførte ménprocent i tabellen
2. Der vil blive anvendt samme tekst til beskrivelse af ménet som anført i tabellen

3.2. Ikke tabellarisk vurdering af varigt mén

Ved ikke tabellarisk vurdering af varigt mén anvendes et skøn i følgende situationer:

1. Når skadens følger ikke direkte fremgår af méntabellen
2. Hvis skadens følger slet ikke er medtaget i méntabellen
3. Hvis der er multiple skader

3.2.1. Skadens følger fremgår ikke direkte af tabellen

- i. Ménprocenten bliver fastsat efter et skøn, med baggrund i tabellen
- ii. Der vil så vidt muligt blive sammenholdt med eventuelt lignende, men ikke identiske punkter i méntabellen

Der vil blive anvendt en anden tekst til beskrivelse af ménet end anført i tabellen

Eksempel 2. Vurdering af varigt mén, hvor skadens følger ikke direkte fremgår af méntabellen

Et indirekte lænderygtraume har medført svære daglige smerter og middelsvær bevægeindskrænkning. Dette findes ikke direkte i tabellen.

Det fremgår af méntabellen, at

- 1) middelsvære, daglige rygsmerter, eventuelt med udstrålende bensmerter, med middelsvær bevægeindskrænkning vurderes til 15 procent. Se punkt B. 1.3.5.
- 2) svære, daglige rygsmerter, eventuelt med udstrålende bensmerter, med svær bevægeindskrænkning vurderes til 20 procent. Se punkt B. 1.3.6.

Da ménprocenten for den aktuelle skade ikke fremgår direkte af méntabellen, fastsættes ménprocenten efter et skøn, der findes at ligge derimellem, fordi der er svære, daglige smerter og middelsvær bevægeindskrænkning, hvorfor det varige mén skønsmæssigt vurderes til 18 procent.

I eksemplet er det muligt at anføre, hvorfor den højere ménprocent, der fremgår af méntabellen, ikke er anvendt. Derfor bør det af afgørelsen fremgå, at det varige mén er fastsat skønsmæssigt til 18 procent, da der i den konkrete sag ikke er svære, daglige smerter med svær bevægeindskrænkning, som vurderes til 20 procent efter tabellen.

3.2.2. Skadens følger fremgår slet ikke af tabellen

- i. Ménprocenten bliver fastsat efter et skøn, med baggrund i tabellen
- ii. Der vil så vidt muligt blive sammenholdt med eventuelt lignende, men ikke identiske punkter i méntabellen

Der vil blive anvendt en anden tekst til beskrivelse af ménet end anført i tabellen.

Eksempel 3. Vurdering af varigt mén, hvor skadens følger ikke fremgår af méntabellen

En discusprolaps fra 4. lændediscus med påvirkning af den 5. nervelænderod har medført lammelse af fodens opadbøjning. Følger efter påvirkning af nerverødder i form af en lammelse af føddernes opadbøjning findes ikke i tabellen. Det fremgår af méntabellen, at total lammelse af nervous peroneus med følelsesløshed vurderes til 15 procent (se punkt D. 2.10.4.2.).

Selvom den aktuelle skade ikke er en direkte påvirkning af nervous peroneus, kan følgerne efter lammelse af fodens opadbøjning sammenlignes med punktet i D. 2.10.4.2. Derfor kan det bruges som udgangspunkt for vurdering af det varige mén.

3.2.3. Der er tale om multiple (flere) skader

Når der er tale om en skade, der omfatter flere af de områder, der er fastsat procenter for i méntabellen, sker der ikke automatisk en fuld sammenlægning af de forskellige procenter.

Den samlede ménprocent vil blive fastsat efter et skøn, hvor det samlede funktionsniveau vurderes. Ved multiple skader forstås i denne sammenhæng, at der i samme sag skal vurderes mere end ét varigt mén.

Når der i en sag er flere skader, skal der ved vurderingen af det samlede mén tages stilling til, om følgerne af de enkelte skader:

- i. Er uafhængige af hinanden ($1 + 1 = 2$)
- ii. Forstærker hinanden ($1 + 1 > 2$)
- iii. Har fælles symptomer ($1 + 1 < 2$)

3.2.3.1. Multiple skader, hvor de enkelte skader er uafhængige af hinanden

Hvis det drejer sig om skader, hvor vurderingen af varigt mén for den ene skade kan foretages helt uafhængigt af den anden, vurderes det samlede mén som summen af de enkelte mén.

Eksempel 4. Skader, der er uafhængige - brud på håndled og nakkeprolaps

Ved ulykken har den tilskadekomne pådraget sig brud på et håndled og en nakkeprolaps. De to skader er helt forskellige, og det gør ikke håndleddet værre eller bedre, om man samtidig har en nakkeprolaps. Vurderingen sker således:

A) Følger efter brud på håndled, som er helet med svære smerter og svært nedsat bevægelighed, der vurderes til 12 procent efter tabellens punkt D. 1.2.4.

B) Lette - middelsvære symptomer efter nakkeprolaps, som vurderes til skønsmæssigt 8 procent efter tabellens punkter B. 1.1.1. og B. 1.1.3.

Det samlede varige mén vurderes skønsmæssigt til 20 procent på baggrund af funktionstab, da skadernes følger er uafhængige af hinanden. Der henvises i øvrigt til afsnit 1.2. vedrørende skæve ménprocenter.

3.2.3.2. Multiple skader, hvor de enkelte skader forstærker hinanden

Hvis det drejer sig om skader, hvor vurderingen af varigt mén for den ene skade, sammen med det varige mén for den anden skade, forstærker de samlede følger, vurderes det samlede mén til at være større end summen af de enkelte mén.

Eksempel 5. Skader, der forstærker hinanden - dobbeltsidig tennisalbue

Som følge af arbejdet har tilskadekomne pådraget sig dobbeltsidig tennisalbue. Alt andet lige er det medicinsk set værre at have to samtidige tennisalbuer, hvor man på samme tid har to dårlige arme, end det er at have de to sygdomme på forskellig tid. Vurderingen sker således:

A) På højre side er der følger efter tennisalbue med daglige, belastningsudløste smerter og normal bevægelighed, som vurderes til 5 procent efter tabellens punkt D. 1.4.10.

B) På venstre side er der følger efter tennisalbue med daglige, belastningsudløste smerter og normal bevægelighed, som vurderes til 5 procent efter tabellens punkt D. 1.4.10.

Det samlede varige mén vurderes herefter skønsmæssigt til 12 procent, på baggrund af funktionstab, da skadernes følger forstærker hinanden og derfor er større end summen.

3.2.3.3. Multiple skader, hvor der er fælles symptomer

Hvis det drejer sig om skader, hvor der er sammenfald af følger, vurderes det samlede mén til at være mindre end summen af de enkelte mén. I den sammenhæng er det vigtigt at vurdere, hvilke objektive fund og/eller subjektive klager, der medicinsk set vil eller kan overlappe hinanden.

Eksempel 6. Brud på torntappe på ryghvirvel og diskusprolaps i lænden

Ved en ulykke har en tilskadekommen pådraget sig brud på torntappe på ryghvirvler i lænden og samtidig diskusprolaps i samme niveau. De to skader har så mange fælles symptomer (overlapping), at det medicinsk ikke er muligt at vurdere, hvilke symptomer der er forårsaget af hvilken skade. I sådanne situationer må man foretage en skønsmæssig vurdering af det samlede funktionstab uden at angive præcis, hvilke symptomer der kommer fra hvilken skade. Vurderingen sker således:

Følgerne af diskusprolaps i lænderyggen og brud på torntappe i ryghvirvler vurderes skønsmæssigt til 20 procent (fremgår ikke direkte af tabellen).

Det samlede varige mén vurderes derfor til 20 procent, på baggrund af funktionstab, da skaderne har overlappende symptomer og objektive fund.

4. Forudbestående og konkurrerende sygdomme/skader

At der er en eller flere forudbestående sygdomme eller skader i forhold til den skade, der skal vurderes, kan få forskellig betydning, når Arbejdsmarkedets Erhvervssikring træffer afgørelse om størrelsen af et varigt mén.

4.1. Forudbestående sygdom forværrer skadens følger

Hvis de medicinske følger af en arbejdsskade bliver større på grund af invaliditet eller et handicap, som tilskadekomne har i forvejen, kan der blive tale om at fastsætte en højere ménprocent end den, der fremgår af méntabellen.

Et eksempel kunne være, at der gives en højere ménprocent for tab af en tommelfinger, hvis den anden hånd mangler i forvejen. Se også eksempel 1.

4.2. Samme område rammes - fradrag

Hvis arbejdsskaden rammer et område, der i forvejen er varigt skadet, kan det bevirke et fradrag i ménvurderingen, hvis det er overvejende sandsynligt, at den forudbestående sygdom/skade er medvirkende til den nuværende tilstand.

Fradrag i ménprocenten kan kun ske, hvis sygdommen/skaden har været symptomgivende før arbejdsskaden og der er lægelig dokumentation for dette, eller der foreligger en sikker prognose for, at sygdommen/skaden ville have givet symptomer, selv om arbejdsskaden ikke var sket.

Ved afgørelsen om fradrag vil Arbejdsmarkedets Erhvervssikring overveje, om

1) der skal fastsættes en samlet ménprocent og derefter skønsmæssigt fastsættes en procent for den del af ménet, der skyldes skaden,

eller

2) der kan ses helt bort fra den forudbestående skade eller sygdom ved fastsættelsen af ménet for skaden

Eksempel 7. Samlet ménprocent med fradrag for forudbestående (situation 1)

Tilskadekomne har slået lænden, men har i forvejen haft vedvarende lænderygsmærter og bevægeindskrænkning som følge af en tidligere skade. Det samlede mén fastsættes efter tabellens punkt B. 1.3.5. om lænderyggen, hvor middelsvære daglige rygsmærter, eventuelt med udstrålende bensmærter, med middelsvær bevægeindskrænkning vurderes til 15 procent. Det vurderes skønsmæssigt, at 5 procent med overvejende sandsynlighed skyldes andet end arbejdsskadens følger. Det varige mén som følge af arbejdsskaden fastsættes derfor til 10 procent.

I situation 2 fastsættes ménet kun på baggrund af skadens følger, og der ses bort fra de symptomer, der med overvejende sandsynlighed ikke skyldes skadens følger.

Eksempel 8. Der ses bort fra gener i skulderen ved vurderingen af ménet (situation 2)

Tilskadekomne har slået lænden og får på et senere tidspunkt ondt i den ene skulder. Det drejer sig om en "frossen" skulder. Der ses bort fra generne i skulderen, da tilskadekomne ved skaden kun slog lænden. Klagerne fra skulderen må anses for, med overvejende sandsynlighed, at skyldes andet end arbejdsskaden. Det varige mén efter arbejdsskaden fastsættes derfor til 10 procent, svarende til tabellens punkt B. 1.3.3. om lænderyggen, svarende til lette daglige rygsmærter med udstrålende bensmærter, uden eller med let bevægeindskrænkning.

4.3. Traumets eller påvirkningens sværhedsgrad og den tidsmæssige og medicinske sammenhæng

Fastsættelsen af et varigt mén vil i et vist omfang bero på, hvor svært traumet eller påvirkningen har været. Den tidsmæssige og medicinske sammenhæng mellem en arbejdsskade og en påvirkning vil indgå i vurderingen af det varige mén.

5. Reglen om "parrede organer"

Ved en arbejdsskade på et af de såkaldte parrede organer (eksempelvis øjne, høreorganer, lunger og nyrer) vil ménet blive beregnet efter ménprocenterne i tabellen.

Hvis der ved den aktuelle arbejdsskade sker tab af det ene organ og der i forvejen er tab af det andet organ, bliver ménet udmålt som forskellen mellem den samlede ménprocent for tab af begge organer og ménprocenten for det forudbestående tab af det ene organ.

Hvis for eksempel et øje i forvejen er blindt af en anden årsag end den aktuelle arbejdsskade og det andet øje bliver blindt på grund af arbejdsskaden, vil ménprocenten for det arbejdsskadede øje blive beregnet således:

100 procent (tab af syn på begge øjne svarende til tabellens punkt A. 5.12.) minus 20 procent (tab af syn på ét øje svarende til tabellens punkt A. 5.9.) = 80 procent mén for det arbejdsskadede øje.

Hvis der tidligere er givet godtgørelse for en arbejdsskade på det ene af de parrede organer og det andet bliver skadet, vil sagen kunne genoptages, og godtgørelsen for den oprindelige arbejdsskade vil blive fastsat efter reglen for parrede organer, selv om den anden skade ikke er en arbejdsskade.

Som et eksempel kan nævnes en person, der har fået tilkendt 20 procent for tab af synet på et øje efter en arbejdsskade, og som senere bliver blind på det andet øje af anden årsag. Sagen kan i dette tilfælde blive genoptaget, og ménprocenten vil blive beregnet som i det nævnte eksempel.

6. Højre- og venstrehåndet

Hvor der i méntabellen er angivet forskellige satser for højre og venstre, gælder satserne for højrehåndede. Der er således en skelnen mellem den dominante og ikke-dominante hånd. Hvis den tilskadekomne er venstrehåndet, vurderes denne hånd som den dominante.

Arbejdsskadestyrelsen, den 30. juni 2016

JESPER HARTVIG PEDERSEN

/ Helle Klostergaard Christensen

Méntabel

Méntabellen

Méntabellen er en procenttabel, og tallet ud for en tekst er derfor et procenttal.

A. Hoved

A. 1. Tænder/kæber

Når implantater er indsat og vokset fast (integreret), betragtes de som almindelige tænder.

A. 1.1. Tab af én eller flere tænder, hvor der kan retableres et sufficient tandsæt	
A. 1.1.1. Ved hjælp af kroner og broer (fast protetik) med eller uden implantater	<5
A. 1.1.2. Ved hjælp af delproteser (aftagelig protetik)	5
A. 1.2. Tab af alle tænder (over- eller underkæbe)	
A. 1.2.1. Hvor der restaureres med broer forankret (retineret) på implantater	<5
A. 1.2.2. Hvor der restaureres med helprotese forankret (retineret) på implantater	5
A. 1.2.3. Hvor der restaureres med almindelig, aftagelig helprotese i overkæbe	8
A. 1.2.4. Hvor der restaureres med almindelig, aftagelig helprotese i underkæbe	10
A. 1.3. Kæbedysfunktion	
A. 1.3. 1. Kæbedysfunktion med for eksempel væsentligt reduceret gabeevne og smerter og/eller kosmetisk skæmmende	5-10
A. 1.4. Væsentlige føleforstyrrelser i kæber, tænder, læber og tunge	
A. 1.4.1. En nervegren, eksempelvis buccalis, mentalis, infraorbitalis	5-10
A. 1.4.2. Flere nervegrene i én side	10-15
A. 1.4.3. Flere nervegrene bilateralt	10-20
A. 1.5. Tab af større dele af kæbeskelettet, eksempelvis halv maxil eller halv mandibel	30
A. 1.6. Mundtørhed	
A. 1.6.1. Mundtørhed i form af nedsat spyttproduktion. Det vil sige <0,5 ml ustimuleret spyt/5 min. eller 2,5-3,5 ml stimuleret spyt/5 min.	15
A. 1.. 6.2 Mundtørhed med udtalte slimhindeforandringer (mucositis)	20

A. 2. Næse

A. 2.1. Brud på næseben med nedsat luftgennemstrømning	5
For vansir kan der gives tillæg.	Se punkt H. 3.
For tab af lugtesans.	Se punkt A. 7.1.

A. 3. Strube

A. 3.1. Ensidig stemmebåndslammelse med betydeligt talebesvær	12
---	----

A. 4. Hjernen

A. 4.1. Postkommotionelt syndrom (følger efter hjernerystelse) Det vil sige kognitive og affektive symptomer opstået efter hjernerystelse. Stort overlap med symptomer under punkt B. 1.1. Det er ofte ikke muligt at afgøre om der er en hjernerystelse med sekundære nakkesmerter eller en nakkeskade med sekundære ledsagesymptomer imiterende følger efter hjernerystelse. Hovedpine og nakkehovedpine vurderes under et.	
A. 4.1.1. Lette symptomer, f.eks. isoleret daglig let hovedpine eller lette kognitive symptomer m.m. uden ledsagende hovedpine.	5
A. 4.1.2. Middelsvær daglig hovedpine samt lettere kognitive symptomer, alkoholintolerance, øget søvnbehov m.m.	10
A. 4.1.3. Svær daglig hovedpine samt middelsvære kognitive symptomer, alkoholintolerance, øget søvnbehov m.m.	15
A. 4.1.4. Meget svær eventuel migrænoid hovedpine samt svære kognitive symptomer, alkoholintolerance, øget søvnbehov og betydelig indskrænkning i den daglige livsførelse.	20

A. 4.2. Demens

A. 4.2.1. Kognitiv svækkelse efter hjerneskade: Subjektive klager over ændret funktionsniveau samt objektive ændringer i specielt hukommelsesprøver. Kriterierne for demens er ikke opfyldt.	5-15
A. 4.2.2. Let demens: Interfererer med normale hverdagsaktiviteter	25
A. 4.2.3. Middelsvær demens: Kan ikke klare sig uden hjælp fra andre	50
A. 4.2.4. Svær demens: Kontinuerlig pleje og overvågning nødvendig	75 (100)

A. 4.3. Fokale hjerneskader

Der er mange forskellige former for fokale (regionale) hjerneskadesyndromer, der kan optræde i forskellige sværhedsgrader, og som ikke er led i en diffus hjerneskade.
Tabellen omfatter følgende 2 syndromer: Afasi og frontalt syndrom.

A. 4.3.1. Afasi

A. 4.3.1.1. Lette kommunikationsproblemer	10
A. 4.3.1.2. Middelsvære kommunikationsproblemer	25
A. 4.3.1.3. Svære kommunikationsproblemer	50-75

A. 4.3.2. Frontalt syndrom

A. 4.3.2.1. Lette symptomer	10
A. 4.3.2.2. Middelsvære symptomer	25
A. 4.3.2.3. Svære symptomer	50-75

A. 4.4. Motoriske symptomer efter hjerneskade

A. 4.4.1. Halvsidig spastisk lammelse

A. 4.4.1.1. Lette symptomer (eksempelvis let lammelse af arm og ben)	15
--	----

A. 4.4.1.2. Middelsvære symptomer (eksempelvis lammelse med indskrænket brug af arm og ben, men med nogen gangfunktion)	40
A. 4.4.1.3. Svære symptomer (eksempelvis total lammelse af arm og svær lammelse af ben)	75

A. 4.4.2. Ataksi og koordinationsforstyrrelse uden lammelse

A. 4.4.2.1. Lette symptomer	10
A. 4.4.2.2. Middelsvære symptomer	30
A. 4.4.2.3. Svære symptomer uden lammelse	50
A. 4.4.2.4. Meget svære symptomer uden lammelse	75

A. 4.5. Posttraumatisk epilepsi

A. 4.5.1. Enkeltstående anfald uden behandling	<5
A. 4.5.2. Behandlingskrævende epilepsi, men velbehandlet med ingen eller sjældne anfald	10
A. 4.5.3. Behandlingskrævende epilepsi, men trods behandling svære hyppige anfald	25

A. 4.6. Dysartri

A. 4.6.1. Uden særlige kommunikationsproblemer	10
A. 4.6.2. Middelsvære kommunikationsproblemer	25
A. 4.6.3. Svære kommunikationsproblemer	50

A. 5. Øje og syn

A. 5.1. Synsstyrken udtrykkes som synsbrøk eller decimaltal.

Øjenmén i procent aflæses i nedenstående tabel ud fra de to øjnes synsstyrker henholdsvis lodret og vandret (eksempel: $0,25=6/24$ og $0,2=6/30$ giver 40 procent i varigt mén).

Synsstyrken skal vurderes med bedst mulig brille eller kontaktlinse på hvert øje for sig.

	Decimal	1,0	0,7	0,5	0,4	0,3	0,25	0,2	0,17	0,1	0,03	0
Decimal	Synsbrøk	6/6	6/9	6/12	6/15	6/18	6/24	6/30	6/36	6/60	2/60	-L
1,0	6/6	0	0	0	0	5	8	10	10	12	15	20
0,7	6/9	0	0	0	5	8	10	10	12	15	18	20
0,5	6/12	0	0	5	5	10	10	10	12	15	18	20
0,4	6/15	0	5	5	10	12	15	15	18	20	25	30
0,3	6/18	5	8	10	12	25	30	35	40	45	50	55
0,25	6/24	8	10	10	15	30	35	40	45	50	55	60
0,2	6/30	10	10	10	15	35	40	45	50	60	65	70
0,17	6/36	10	12	12	18	40	45	50	55	65	70	75
0,1	6/60	12	15	15	20	45	50	60	65	75	80	85
0,03	2/60	15	18	18	25	50	55	65	70	80	95	100
0	-L	20	20	20	30	55	60	70	75	85	100	100

A. 5.2. Monokulære synsfeltdefekter

Defekter udtrykkes i procent af øjets normale synsfelt.

A. 5.2.1. > 25 procent defekt i øvre del	5
A. 5.2.2. > 20 procent defekt i nedre del	5
A. 5.2.3. > 40 procent defekt i nedre del	10

A. 5.3. Binokulære synsfeltdefekter

A. 5.3.1. Hemianopsi med maculaudsparring	35
A. 5.3.2. Hemianopsi uden maculaudsparring	45
A. 5.3.3. Øvre kvadrantanopsi	8
A. 5.3.4. Nedre kvadrantanopsi	15
A. 5.4. Tab af samsyn (hvor eventuelt øjenmén på grund af synsstyrken er < 5 procent) forårsaget af anisometriopi eller astigmatisme, som ikke kan korrigeres med kontaktlinse eller operation	5
A. 5.5. Tabt akkommodationsevne hos person under 50 år	5
A. 5.6. Tåreflåd	≤10
A. 5.7. Dobbeltsyn inden for de centrale 30° af blikfeltet (radiær udstrækning) på grund af objektiv, påviselig begrænsning af øjnenes bevægelighed	10
A. 5.8. Total ensidig ptose (lammelse af øjenlåg)	18
A. 5.9. Tab af synet på et øje	20
A. 5.10. Tab af ét øje eller tab af synet på ét øje med komplikationer (eksempelvis skrumpeøje)	25
A. 5.11. Tab af begge øjne	100
A. 5.12. Tab af synet på begge øjne	100
A. 5.13. Blænding, irritation og lignende på grund af objektive forandringer fremkaldt af relevant traume	5

A. 6. Øre/hørelse

A. 6.1. Ydre øre

A. 6.1.1. Tab af ydre øre	8
---------------------------	---

A. 6.2. Totalt høretab

A. 6.2.1. Totalt høretab på et øre	10
A. 6.2.2. Totalt høretab på begge ører	75

A. 6.3. Høre- og kommunikationsevne

Tabellen angiver, hvordan ménen ved forskellige kombinationer af høreevne (HE) og kommunikationsevne (KE) vurderes.

Evnen fastsættes på baggrund af taleaudiometri og den tilskadekomnes oplysninger.

	Ménprocent	HE:0	HE:1	HE:2	HE:3	HE:4	HE:5
	KE:0	0	5	12	20	35	-
	KE:1	-	8	15	30	40	55
	KE:2	5	12	20	35	50	60
	KE:3	-	15	30	40	55	65

KE:4	-	20	35	50	60	70
KE:5	-	30	40	55	65	75

0 - normal evne1 - let nedsat evne2 - let til middel nedsat evne3 - betydeligt nedsat evne4 - svært nedsat evne5 - totalt ophævet evne (døvhed)

Der gives normalt ikke varigt mén alene for brug af høreapparat, idet dette er indregnet i tabellen.

A. 6.4. Hørenedsættelse og samtidig stærkt generende og vedvarende tinnitus (øresusen)

A. 6.4.1. Stærkt generende, vedvarende tinnitus efter traumer, hvor der samtidig er opstået sikkert påviselig varig, men ikke nødvendigvis ménberettigende, hørenedsættelse	≤8
A. 6.4.2. Ved en erstatningsberettigende hørenedsættelse kan der ved samtidig stærkt generende og vedvarende tinnitus gives et tillæg til ménet for hørenedsættelsen på	≤8
Det samlede mén for hørenedsættelse og tinnitus efter A. 6.4.2. vurderes efter reglen om multiple skader.	

A. 7. Lugtesans

A. 7.1. Tab af lugtesansen på begge næsebor (med eller uden ændret smagssans)	10
---	----

A. 8. Lammelse af facialisnerv (ansigtsnerv)

A. 8.1. Ensidig lammelse af facialisnerven

A. 8.1.1. Delvis lammelse	8
A. 8.1.2. Total lammelse	20

A. 8.2. Dobbeltsidig lammelse af facialisnerverne

A. 8.2.1. Delvis lammelse	20
A. 8.2.2. Total lammelse	40

A. 9. Oversigt over kranienerv i tabellen

1. kranienerv: Lugtesansen - punkt A. 7.1.
2. kranienerv: Synet - punkt A. 5.
3. kranienerv: Øjenbevægelsen, regnes funktionelt som en del af 4. og 6. kranienerv - punkt A. 5.7. - dobbeltsyn
4. kranienerv: Øjenbevægelsen (trochlearis), regnes funktionelt som en del af 4. og 6. kranienerv - punkt A. 5.7. – dobbeltsyn
5. kranienerv: Ansigtspfølelsen og tyggemuskulaturen (trigeminus) - punkt A. 1.4.
6. kranienerv: Øjenbevægelsen (abducens), regnes funktionelt som en del af 4. og 6. kranienerv - punkt A. 5.7. – dobbeltsyn
7. kranienerv: Facialis - punkt A. 8.
8. kranienerv: Hørelse og balance - punkt A. 6.

9. kranienerve: Svælget (glossopharyngeus) - ikke nævnt i tabellen

10. kranienerve: Stemmebåndet - punkt A. 3.

11. kranienerve: Skuldermuskler - punkt D. 1.5.

12. kranienerve: Tungen (hypoglossus) – ikke nævnt i tabellen.

B. Hvirvelsøjle og bækken

B. 1. Hvirvelsøjlen

B. 1.1. Nakken

Følger efter forvridninger, diskusprolaps, brud og belastningsskader

Ved vurderingen af bevægeindskrænkningen tages der udgangspunkt i den forventede bevægelighed på baggrund af tilskadekomnes alder. Eventuel stivgørende operation kan indgå i vurderingen.

Ved væsentligt nerverodsudfald eller væsentlig rygmarvspåvirkning gives et tillæg med udgangspunkt i tabellens øvrige afsnit.

B. 1.1.1. Lette, daglige nakkesmerter uden eller med let bevægeindskrænkning	5
B. 1.1.2. Hyppige, svære nakkesmerter uden eller med let bevægeindskrænkning	5
B. 1.1.3. Middelsvære, daglige nakkesmerter uden eller med let bevægeindskrænkning, eventuelt med udstrålende armsmerter, og eventuelt lettere somatiske, kognitive og affektive ledsagesymptomer	10
B. 1.1.4. Svære, daglige nakkesmerter med middelsvær bevægeindskrænkning, eventuelt med udstrålende armsmerter og middelsvære somatiske, kognitive og affektive ledsagesymptomer	15
B. 1.1.5. Svære, daglige nakkesmerter med svær bevægeindskrænkning, eventuelt med udstrålende armsmerter og svære somatiske, kognitive og affektive ledsagesymptomer og betydelige indskrænkninger i den daglige livsførelse, samt symptomer efter sikker hjernerystelse	20
B. 1.1.6. Svære, daglige nakkesmerter som følge af brud eller diskusprolaps, eventuelt med udstrålende armsmerter, og betydelige indskrænkninger i den daglige livsførelse	20

B. 1.1.7. Erhvervsbetingede smerter i nakke-skulder/skulderåg

B. 1.1.7.1. Lette til middelsvære smerter med ingen eller let bevægeindskrænkning i nakke-skulder/skulderåg	8
B. 1.1.7.2. Svære smerter og mere udtalt bevægeindskrænkning i nakke-skulder/skulderåg	12

B. 1.2. Brystryggen

Følger efter forvridninger, diskusprolaps og brud	
B. 1.2.1. Lette, daglige rygsmerter	5
B. 1.2.2. Svære, hyppige rygsmerter	5
B. 1.2.3. Middelsvære, daglige rygsmerter, eventuelt med udstrålende smerter	10
B. 1.2.4. Svære, daglige rygsmerter, eventuelt med udstrålende smerter	15

Ved svært brud eller flere middelsvære brud, hvor der opstår gibbusdannelse (vinkling), kan der gives tillæg på 5-10 procent.

Ved væsentligt nerverodsudfald eller væsentlig rygmarspåvirkning gives et tillæg med udgangspunkt i tabellens øvrige afsnit.

B. 1.3. Lænderyggen

Følger efter forvridninger, diskusprolaps, brud og belastningsskader

Ved vurderingen af bevægeindskrænkningen tages der udgangspunkt i den forventede bevægelighed på baggrund af tilskadekomnes alder. Eventuel stivgørende operation kan indgå i vurderingen.

Ved væsentligt nerverodsudfald eller væsentlig rygmarspåvirkning gives et tillæg med udgangspunkt i tabellens øvrige afsnit.

B. 1.3.1. Lette, daglige rygsmarter uden eller med let bevægeindskrænkning	5
B. 1.3.2. Svære, hyppige rygsmarter uden eller med let bevægeindskrænkning	5
B. 1.3.3. Lette, daglige rygsmarter med udstrålende bensmerter, uden eller med let bevægeindskrænkning.	10
B. 1.3.4. Middelsvære, daglige rygsmarter, eventuelt med udstrålende bensmerter, med let bevægeindskrænkning	12
B. 1.3.5. Middelsvære, daglige rygsmarter, eventuelt med udstrålende bensmerter, med middelsvær bevægeindskrænkning	15
B. 1.3.6. Svære, daglige rygsmarter, eventuelt med udstrålende bensmerter, med svær bevægeindskrænkning	20
B. 1.3.7. Svære, daglige rygsmarter, eventuelt med udstrålende bensmerter, med meget svær bevægeindskrænkning og betydelige indskrænkninger i den daglige livsførelse	25

B. 1.4. Isoleret nerveudfald (rodspåvirkning)

B. 1.4.1. Isolerede radikulære smerter (udstrålende nervesmerter)	5
---	---

Radikulære udfald (lammelser af nerverod) vurderes ifølge tabellens satser for nerverelammelser.

B. 2. Bækken

Følger efter brud på bækken

B. 2.1. Lette, men ikke daglige smerter og uden asymmetri	<5
B. 2.2. Lette, daglige smerter og uden asymmetri	5
B. 2.3. Middelsvære, daglige smerter og uden asymmetri	8
B. 2.4. Svære, daglige smerter og uden asymmetri	10
B. 2.5. Lette, daglige smerter og asymmetri	12
B. 2.6. Middelsvære, daglige smerter og asymmetri	18
B. 2.7. Svære, daglige smerter og asymmetri	25

B. 3. Haleben

B. 3.1. Smerter efter læsion med eller uden brud	5
--	---

B. 4. Rygmarslæsioner

Skader på rygmarv og cauda equina (nervebundet fra rygmarven). Ménets størrelse afhænger af niveauet for skaden og antallet af fungerende muskler under niveauet (muskkelstyrke ≥ 3). Der kan gives tillæg for påvirket blære-, tarm- og seksualfunktion efter mentabellens øvrige afsnit. Inkomplet tetraplegi med behov for respiratorbehandling vil blive indplaceret i punkt B. 4.4. Der kan gives op til 120 % ved andre samtidige skader. Ved vurdering af méngraden anvendes ideelt ASIA-skemaet (American Spinal Injury Association).

B. 4.1. Inkomplet paraplegi	5-100
B. 4.2. Komplet paraplegi	100
B. 4.3. Inkomplet tetraplegi	5-120
B. 4.4. Komplet tetraplegi	120

C. Brystkasse

C. 1. Ribben

C. 1. 1. Følger efter brud på et eller flere ribben med daglige smerter, uden nedsat lungefunktion	5-8
Vedrørende nedsat lungefunktion se punkt E. 2.	

D. Ekstremiteter (arme og ben)

D. 1. Overekstremiteter (arme)

Hvor der i méntabellen er angivet forskellige satser for højre og venstre, gælder satserne for højrehåndede. Der er således en skelnen mellem den dominante og ikke-dominante hånd. Hvis den tilskadekomne er venstrehåndet, vurderes denne hånd som den dominante.

Vurderingen af en skade på overekstremiteten bygger på en samlet vurdering af smerter, bevægelighed, kraft, eventuelt muskelsvind, skurren og løshed.

D. 1.1. Fingre og mellemhånd

D. 1.1.1. Fingerskader

1. finger = tommelfinger			
2. finger = pegefinger			
3. finger = langfinger			
4. finger = ringfinger			
5. finger = lillefinger	Højre		Venstre
D. 1.1.1.1.			
Tab af alle fingre på en hånd	55		50
D. 1.1.1.2.			
Tab af tommelfinger med mellemhåndsbens	30		25
D. 1.1.1.3.			
Tab af tommelfinger	25		20
D. 1.1.1.4.			
Tab af tommelfingers yderstykke		12	
D. 1.1.1.5.			
Tab af tommelfingers halve yderstykke		8	

D. 1.1.1.6.			
Tommelfinger med stift yderled i god stilling		5	
D. 1.1.1.7.			
Tommelfinger med stift grundled i god stilling		<5	
D. 1.1.1.8.			
Tommelfinger med stift yder- og grundled i god stilling		15	
D. 1.1.1.9.			
Beskadigelse af sideledbånd i tommelfingerens grundled med generende løshed		5	
D. 1.1.1.10.			
Brud, der omfatter tommelfingerens rodled, med daglige, belastningsudløste smerter		5-8	
D. 1.1.1.11.			
Tommelfinger med stift rodled i god stilling		8	
D. 1.1.1.12.			
Tab af 2. finger		10	
D. 1.1.1.13.			
Tab af 2. fingers yder- og midterstykke		10	
D. 1.1.1.14.			
Tab af 2. fingers yderstykke		5	
D. 1.1.1.15.			
2. finger med stift grundled i strakt stilling		5	
D. 1.1.1.16.			
2. finger med 90 graders strækkemangel i midterled		5	
D. 1.1.1.17.			
Tab af 3. finger		10	
D. 1.1.1.18.			
Tab af 3. fingers yder- og midterstykke		8	
D. 1.1.1.19.			
Tab af 3. fingers yderstykke		5	
D. 1.1.1.20.			
3. finger med stift grundled i strakt stilling		5	
D. 1.1.2.21.			
3. finger med 90 graders strækkemangel i midterled		5	
D. 1.1.1.22.			
Tab af 4. finger		8	
D. 1.1.1.23.			
Tab af 4. fingers yder- og midterstykke		5	
D. 1.1.1.24.			
Tab af 4. fingers yderstykke		<5	
D. 1.1.1.25.			
4. finger med stift grundled i strakt stilling		5	
D. 1.1.1.26.			
4. finger med 90 graders strækkemangel i midterled		5	

D. 1.1.1.27.			
Tab af 5. finger		8	
D. 1.1.1.28.			
Tab af 5. fingers yder- og midterstykke		5	
D. 1.1.1.29.			
Tab af 5. fingers yderstykke		<5	
D. 1.1.1.30.			
Tab af 1. og 2. finger	40		35
D. 1.1.1.31.			
Tab af 1. og 2. fingers yderstykke		18	
D. 1.1.1.32.			
Tab af 1., 2. og 3. finger	50		45
D. 1.1.1.33.			
Tab af 1., 2. og 3. fingers yderstykke		20	
D. 1.1.1.34.			
Tab af 1., 2., 3. og 4. finger	55		50
D. 1.1.1.35.			
Tab af 2. og 3. finger		25	
D. 1.1.1.36.			
Tab af 2. og 3. fingers yder- og midterstykke		20	
D. 1.1.1.37.			
Tab af 2. og 3. fingers yderstykke		10	
D. 1.1.1.38.			
Tab af 2., 3. og 4. finger	35		30
D. 1.1.1.39.			
Tab af 2., 3. og 4. fingers yder- og midterstykke		25	
D. 1.1.1.40.			
Tab af 2., 3. og 4. fingers yderstykke		12	
D. 1.1.1.41.			
Tab af 2., 3., 4. og 5. finger	40		35
D. 1.1.1.42.			
Tab af 2., 3., 4. og 5. fingers yder- og midterstykke	35		30
D. 1.1.1.43.			
Tab af 2., 3., 4. og 5. fingers yderstykke		15	
D. 1.1.1.44.			
Tab af 3., 4. og 5. finger		30	
D. 1.1.1.45.			
Tab af 3., 4. og 5. fingers yder- og midterstykke		20	
D. 1.1.1.46.			
Tab af 3., 4. og 5. fingers yderstykke		10	
D. 1.1.1.47.			
Tab af 4. og 5. finger		20	
D. 1.1.1.48.			
Tab af 4. og 5. fingers yder- og midterstykke		15	

D. 1.1.1.49.			
Tab af 3. og 4. fingers eller 4. og 5. fingers yderstykke		5	
D. 1.1.1.50.			
3. og 4. finger med 90 graders strækkemangel i midterled		8	

De stivheder, der ikke er nævnt i tabellen, afgøres individuelt.

D. 1.1.2. Hvide fingre - morbus Raynaud

Hvide fingre er en sygdom i fingrene. Én eller flere fingre, på én eller begge hænder, kan være helt eller delvist inddraget. Ud over variation i udbredelsen forekommer der også variation i anfaldsfrekvensen.

Udbrudsfrekvens

Sjældne anfald:	Månedligt
Jævnlig anfald:	Månedligt/ugentligt
Hyppige anfald:	Næsten dagligt

Anfaldsfrekvens/udbredelse	Sjældne	Jævnlig	Hyppig
Fingerspidser på én eller flere fingre	5	8	8
Yder- og midterstykke på én eller flere fingre	8	10	12
De fleste fingres fulde udstrækning	10	12	15

D. 1.1.3. Mellemhånd

Brud på en eller flere mellemhåndsknogler med daglige belastningssmerter og let bevægelseskrænking i fingre eller fejlstilling/fejlrotation	5
---	---

D. 1.2. Hånd og håndled	Højre		Venstre
D. 1.2.1. Tab af hånd	60		55
D. 1.2.2. Håndledsbrud helet med lette smerter og let nedsat bevægelighed		5	
D. 1.2.3. Håndledsbrud helet med middelsvære smerter og middelsvært nedsat bevægelighed, samt eventuel forskydning og skurren		8	
D. 1.2.4. Håndledsbrud helet med svære smerter og svært nedsat bevægelighed, samt eventuel forskydning og skurren		12	
Ved eventuel komplikation til brud på håndled, for eksempel karpaltunnelsyndrom eller anden nervepåvirkning, vurderes følgerne med baggrund i regel om multiple skader. Se generelt afsnit 3.2.3.			
D. 1.2.5. Stivhed af håndled i god arbejdsstilling		10	
D. 1.2.6. Følger efter brud og/eller bløddelslæsioner på hånd/underarm, hvor de fire ulnare fingres blommer ved knytning af hånden har en afstand på 2 cm fra hulhånd		12	

D. 1.2.7. Følger efter brud og/eller bløddelslæsioner på hånd/underarm, hvor de fire ulnare fingres blommer ved knytning af hånden har en afstand på 5 cm fra hulhånd		20	
D. 1.2.8. Brud på håndrodsknogle eller ledbåndsskade i håndrod med daglige belastningssmerter og let nedsat bevægelighed i håndled (ved mere udtalt nedsættelse af bevægeligheden (sjældent) gradueres med reference til D. 1.2.3. og D. 1.2.4).		5	
D. 1.3. Underarm			
D. 1.3.1. Seneskedehindebetændelse - til tider belastningsudløste smerter og normal bevægelighed		<5	
D. 1.3.2. Seneskedehindebetændelse med daglige, belastningsudløste smerter og normal bevægelighed		5	
D. 1.3.3. Seneskedehindebetændelse med daglige smerter og let bevægeindskrænkning		8	
D. 1.4. Albue			
Følger efter forvridninger, ledscred, brud og belastningsskader.			
D. 1.4.1. Til tider belastningsudløste smerter og normal bevægelighed		<5	
D. 1.4.2. Daglige, belastningsudløste smerter og let nedsat bevægelighed		5	
D. 1.4.3. Daglige, belastningsudløste smerter og middelsvært nedsat bevægelighed ved bøjning og/eller drejning		8	
D. 1.4.4. Daglige, belastningsudløste smerter og svært nedsat bevægelighed til bøjning 90 grader		12	
D. 1.4.5. Ophævet drejebevægelighed af underarm med hånden i højkantstilling		20	
D. 1.4.6. Stivhed i albueled med 90 graders bøjning		25	
D. 1.4.7. Velfungerende kunstigt albueled		10	
D. 1.4.8. Ikke velfungerende kunstigt albueled		12-25	
D. 1.4.9. Tennisalbue eller golfalbue - til tider belastningsudløste smerter og normal bevægelighed		<5	
D. 1.4.10. Tennisalbue eller golfalbue med daglige, belastningsudløste smerter og normal bevægelighed		5	
D. 1.4.11. Tennisalbue eller golfalbue med daglige, belastningsudløste smerter og let nedsat bevægelighed		8	
D. 1.5. Skulder			
Følger efter forvridninger, ledscred, brud og belastningsskader (al bevægelighed regnes med ufikseret skulderblad)			
D. 1.5.1. Til tider belastningsudløste smerter og normal bevægelighed		<5	
D. 1.5.2. Daglige, belastningsudløste smerter og let nedsat bevægelighed		5	

D. 1.5.3. Daglige, belastningsudløste smerter og middelsvært nedsat bevægelighed til aktivt frem-op og ud-op 90 grader		10	
D. 1.5.4. Daglige, belastningsudløste smerter og svært nedsat bevægelighed til aktivt frem-op og ud-op 45 grader samt objektivi muskelsvind		25	
D. 1.5.5. Tilbagevendende ledskred i skulderleddet		10	
D. 1.5.6. Velfungerende kunstigt skulderled		10	
D. 1.5.7. Ikke velfungerende kunstigt skulderled		12-25	
D. 1.5.8. Stivhed i skulder med armen ind til kroppen samt objektivi muskelsvind		35	
D. 1.5.9. Forandringer i skulderleddets rotatorsener - til tider belastningsudløste smerter - og normal bevægelighed		<5	
D. 1.5.10. Forandringer i skulderleddets rotatorsener - med daglige, belastningsudløste smerter og normal bevægelighed		5	
D. 1.5.11. Forandringer i skulderleddets rotatorsener - med daglige, belastningsudløste smerter og let nedsat bevægelighed		8	
D. 1.6. Kraveben			
D. 1.6.1. Følger efter brud på kraveben - til tider belastningsudløste smerter - og normal bevægelighed		<5	
D. 1.6.2. Følger efter brud på kraveben med daglige, belastningsudløste smerter og let nedsat bevægelighed		5	
D. 1.6.3. Følger efter brud på kraveben med daglige, belastningsudløste smerter og mere udtalt bevægeindskrænkning		8	
D. 1.7. Skulderhøjdeled			
D. 1.7.1. Følger efter læsion af skulderhøjdeled - til tider belastningsudløste smerter - og normal bevægelighed		<5	
D. 1.7.2. Følger efter læsion af skulderhøjdeled med daglige, belastningsudløste smerter og let nedsat bevægelighed		5	
D. 1.7.3. Følger efter læsion af skulderhøjdeled med daglige, belastningsudløste smerter og mere udtalt bevægeindskrænkning		8	
D. 1.8. Arm			
D. 1.8.1. Tab af arm	70		65
D. 1.8.2. Amputation på overarm	65		60
D. 1.8.3. Amputation på underarm med god bevægelighed i albue	60		55
D. 1.8.4. Ikke helet ruptur af biceps (ved skulderleddet)			
D. 1.8.4.1. Med god kraft		5	
D. 1.8.4.2. Med nedsat skulder-/albuefunktion		10	
D. 1.8.5. Ikke helet ruptur af biceps (ved albueleddet)			
D. 1.8.5.1. Med god kraft		8	
D. 1.8.5.2. Med nedsat albuefunktion		12	
D. 1.9. Nervelesioner			

D. 1.9.1. Plexus brachialis			
D. 1.9.1.1 Total lammelse af plexus brachialis	70		65
D. 1.9.1.2. Partiel lammelse af plexus brachialis	20-60		15-55
D. 1.9.1.3. Total trapeziuslammelse	20		15
D. 1.9.2. Nervus radialis (spolebensnerven)			
D. 1.9.2.1. Total lammelse af nervus radialis på overarm	25		20
D. 1.9.2.2. Partiel lammelse af nervus radialis	5-20		5-15
D. 1.9.3. Nervus ulnaris (albuebensnerven)			
D. 1.9.3.1. Total lammelse af nervus ulnaris på overarm	30		25
D. 1.9.3.2. Partiel lammelse af nervus ulnaris	5-25		5-20
D. 1.9.4. Nervus medianus (midternerven)			
D. 1.9.4.1. Total lammelse af nervus medianus på overarm, med både sensoriske og motoriske skader	35		30
D. 1.9.4.2. Partiel lammelse af nervus medianus	5-25		5-20
D. 1.9.5. Karpaltunnelsyndrom			
D. 1.9.5.1. Med smerter og lette objektive føleforstyrrelser	5		5
D. 1.9.5.2. Med smerter, svære føleforstyrrelser og motoriske symptomer	12		10
D. 1.9.5.3. Med smerter, total lammelse, muskelsvind og objektive føleforstyrrelser	20		15
D. 1.9.6. Læsion af fingernerve til pincetgrebet			
D. 1.9.6.1. Totalt føletab på den halvdel af tommelfingerens yderstykke, som vender mod pegefingern (pincetgrebet), som følge af læsion af fingernerve	5		<5
D. 1.9.6.2. Totalt føletab på bøjesiden af hele tommelfingerens yderstykke som følge af læsion af begge fingernerver	10		8
D. 1.9.6.3. Totalt føletab på den halvdel af tommelfingerens yderstykke, som vender mod pegefingern, og samtidigt totalt føletab på den halvdel af pegefingerns yderstykke, der vender mod tommelfingern (pincetgrebet), som følge af læsion af fingernerver	8		5
D. 1.9.6.4. Totalt føletab på den halvdel af pegefingerns yderstykke, der vender mod tommelfingern (pincetgrebet), som følge af læsion af fingernerve	5		<5

D. 1.9.7. Funktionstab som følge af kvæstelser

For eksempel refleksdystrofi og neurogene smerter.

Ved vurderingen af refleksdystrofi vil både smerter og vægtning af andre forhold, som for eksempel nedsat bevægelighed, muskelsvind og trofiske forstyrrelser, indgå i vurderingen af ménnet.

Når der samtidig er tale om områder, hvor der er fastlagt satser i méntabellen, sker der ikke automatisk en fuld sammenlægning af satserne. Den samlede ménprocent vil blive fastsat efter et skøn, hvor det samlede funktionsniveau vurderes.

D. 2. Underekstremiteter (ben)

Vurderingen af en skade på underekstremiteten bygger på en samlet vurdering af smerter, bevægelighed, kraft, eventuelt muskelsvind, skurren og løshed.

D. 2.1. Fod

D. 2.1.1. Tab af fod med god protesefunktion	30
D. 2.1.2. Tab af fod med dårlig protesefunktion	40
D. 2.1.3. Amputation gennem mellemfod	15
Amputation gennem fodrod (Choparts eller Lis Francs led). (Amputation gennem ankelled, Symes operation, (sjældent) betragtes som tab af fod)	20
D. 2.1.4. Tab af alle tæer på én fod	10
D. 2.1.5. Tab af 1. tå og noget af dens mellemfodsben	8
D. 2.1.6. Tab af 1. tå	5
D. 2.1.7. Tab af 1. tås yderstykke	<5
D. 2.1.8. 1. tå med stivhed i grundled	5
D. 2.1.9. 1. tå med stivhed i yderled	<5
D. 2.1.10. Tab af 2. tå	5
D. 2.1.11. Tab af en af de andre tæer	<5
D. 2.1.12. Brud på en eller flere mellemfodsknogler med daglige belastningssmerter og nedsat bevægelighed i mellemfod og/eller bagfod eller deformitet	5-8
D. 2.1.13. Brud på fodrodsknogler andre end calcaneus og talus eller ledskred i Lis Franc's led eller Choparts led med daglige belastningssmerter og nedsat bevægelighed i mellemfod/bagfod eller deformitet	5-8

D. 2.2. Fodled

D. 2.2.1. Ledbåndsskade i fodled med smerter og klinisk løshed	5
D. 2.2.2. Brud på fodled helet med lette smerter og let nedsat bevægelighed	5
D. 2.2.3. Brud på fodled helet med middelsvære smerter og middelsvært nedsat bevægelighed, samt eventuel skurren	8
D. 2.2.4. Brud på fodled helet med svære smerter og svært nedsat bevægelighed, samt eventuel skurren	12
D. 2.2.5. Fodled stift i ret vinkel eller let spidsfod (10 grader - 15 grader)	15
D. 2.2.6. Fodled stift i udtalt spidsfodstilling	25
D. 2.2.7. Indsat ankelprotese med god protesefunktion	10
D. 2.2.6. Indsat ankelprotese med dårlig protesefunktion	12-25

D. 2.3. Akillessene

D. 2.3.1. Følger efter sprængning af akillessene med nedsat bevægelighed i fodled og muskelsvind af læg, samt eventuelt smerter	5

D. 2.4. Hælben

D. 2.4.1. Brud på hælben med lette smerter og let nedsat bevægelighed i bagfoden	8
D. 2.4.2. Brud på hælben med svære smerter og udtalt nedsat bevægelighed i bagfoden	10
D. 2.4.3. Brud på hælben med deformitet, svære smerter og ophævet bevægelighed i bagfoden	15

D. 2.5. Ben

D. 2.5.1. Tab af et ben	65
D. 2.5.2. Amputation i knæet eller på låret med god protesefunktion	50
D. 2.5.3. Amputation i knæet eller på låret med dårlig protesefunktion	60
D. 2.5.4. Tab af underben med god protesefunktion	30
D. 2.5.5. Tab af underben med dårlig protesefunktion	40
D. 2.5.6. Forkortning mindre end 3 cm	<5
D. 2.5.7. Forkortning mindst 3 cm	10
D. 2.5.8. Postthrombotisk syndrom i et ben	5-20
D. 2.5.9. Væsentlig forværrelse af åreknuder eller skinnebensår	8

D. 2.6. Underben

D. 2.6.1. Brud på skaftet af skinneben helet uden smerter og uden fejlstilling, fejlrotation eller forkortning	<5
D. 2.6.2. Brud på skaftet af skinneben helet med smerter og let fejlstilling, fejlrotation eller forkortning	5
D. 2.6.3. Brud på skaftet af skinneben helet med smerter og middelsvær fejlstilling, fejlrotation eller forkortning	8
D. 2.6.4. Brud på skaftet af skinneben helet med smerter og svær fejlstilling, fejlrotation eller forkortning	12

D. 2.7. Knæled

D. 2.7.1. Knæ stift i god stilling	25
D. 2.7.2. Knæ med indtil 5 graders strækkemangel	<5
D. 2.7.3. Knæ med bøjeevne nedsat til 90 grader	10
D. 2.7.4. Læsion af brusk i knæleddet med smerter, let muskelsvind og eventuelt bevægeindskrænkning	5
D. 2.7.5. Læsion af brusk i knæleddet med smerter, nogen muskelsvind og nogen bevægeindskrænkning	8
D. 2.7.6. Læsion af menisk uden smerter og med normal bevægelighed	<5
D. 2.7.7. Læsion af menisk med lette smerter, let muskelsvind, eventuelt let nedsat bevægelighed og eventuelt indeklemningstilfælde	5
D. 2.7.8. Habituel, hyppigt ledscred af knæskal	10
D. 2.7.9. Tab af knæskal	10
D. 2.7.10. Læsion af korsbånd med generende skuffeløshed og beskedne objektive fund	5
D. 2.7.11. Læsion af korsbånd med moderat skuffeløshed og let muskelsvind og/eller let bevægeindskrænkning	8

D. 2.7.12. Læsion af korsbånd med moderat skuffeløshed, moderat muskelsvind og/eller moderat bevægeindskrænkning	10
D. 2.7.13. Læsion af korsbånd med svær skuffeløshed, svært muskelsvind og/eller større bevægeindskrænkning	15
D. 2.7.14. Læsion af korsbånd med svær skuffeløshed, svært muskelsvind og/eller større bevægeindskrænkning samt svær sideløshed	20
D. 2.7.15. Læsion af korsbånd med svær skuffeløshed, svært muskelsvind og/eller større bevægeindskrænkning, svær sideløshed samt behov for konstant og daglig anvendelse af stabiliserende bandage	25
Er der foretaget korsbåndsrekonstruktion, vil vurderingen ske efter ovenstående satser på baggrund af operationsresultatet.	
D. 2.7.16. Isoleret læsion af sideledbånd med generende sideløshed og lette objektive fund	5
D. 2.7.17. Isoleret læsion af sideledbånd med svær sideløshed og svære objektive fund	10
Er der foretaget ledbåndsrekonstruktion, vil vurderingen ske efter ovenstående satser på baggrund af operationsresultatet.	
D. 2.7.18. Velfungerende kunstigt knæled	10
D. 2.7.19. Ikke velfungerende kunstigt knæled	12-25

D. 2.8. Lårben

D. 2.8.1. Brud på skaftet af lårben helet uden smerter og uden fejlstilling, fejlrotation eller forkortning	<5
D. 2.8.2. Brud på skaftet af lårben helet med smerter og let fejlstilling, fejlrotation eller forkortning	5
D. 2.8.3. Brud på skaftet af lårben helet med smerter og middelsvær fejlstilling, fejlrotation eller forkortning	8
D. 2.8.4. Brud på skaftet af lårben helet med smerter og svær fejlstilling, fejlrotation eller forkortning	10

D. 2.9. Hofte

D. 2.9.1. Brud på lårbenshals, helet med smerter og let nedsat bevægelighed	5
D. 2.9.2. Brud på lårbenshals, helet med smerter og middelsvært nedsat bevægelighed	8
D. 2.9.3. Brud på lårben, gennem omdrejningsknoerne, helet med smerter og let nedsat bevægelighed	5
D. 2.9.4. Brud på lårben, gennem omdrejningsknoerne, helet med smerter og middelsvært nedsat bevægelighed	8
D. 2.9.5. Hofte med svær indskrænkning af hoftefunktionen (Girdlestone's status)	35
D. 2.9.6. Velfungerende kunstigt hofteled	10
D. 2.9.7. Ikke velfungerende kunstigt hofteled	12-25
D. 2.9.8. Hofte med stivhed i gunstig stilling	30

D. 2.10. Nerverlæsioner

D. 2.10.1. Nervus ischiadicus

D. 2.10.1.1. Let lammelse	10
---------------------------	----

D. 2.10.1.2. Moderat eller partiel lammelse	30
D. 2.10.1.3. Total lammelse	50

D. 2.10.2. Nervus femoralis

D. 2.10.2.1. Let lammelse	12
D. 2.10.2.2. Total lammelse med følelsesløshed	30

D. 2.10.3. Nervus tibialis communis

D. 2.10.3.1. Let eller partiel lammelse	12
D. 2.10.3.2. Total lammelse med følelsesløshed	20

D. 2.10.4. Nervus peroneus

D. 2.10.4.1. Let eller partiel lammelse	8
D. 2.10.4.2. Total lammelse med følelsesløshed	15

E. Lunge- og hjertekarsygdomme og perifere karskader

E. 1. Astma

E. 1.1. Sikker astma, men ingen symptomer, når pågældende stof undgås og det er let at undgå	<5
E. 1.2. Sjældne anfald, men afhængig af medicin	10
E. 1.3. Hyppige anfald og afhængig af medicin (herunder anfald udløst ved anstrengelse, løb med videre)	25

E. 2. Begrænsning i funktionskapacitet ved lunge- og hjertekarsygdomme

Lunge- og hjertekarsygdomme vurderes under hensyntagen til den begrænsning i funktionskapaciteten, der betinges af sygdommen, ud fra følgende inddeling i funktionsgrupper:

E. 2.1. Ingen begrænsning af den fysiske aktivitet	<5
E. 2.2. Let begrænsning af den fysiske aktivitet, symptomerne fremkommer kun ved kraftig aktivitet	20
E. 2.3. Betydelig begrænsning af den fysiske aktivitet, symptomerne fremkommer også ved lettere aktivitet	50
E. 2.4. Enhver fysisk aktivitet udløser symptomer, og symptomerne kan være til stede i hvile	100

Funktionsinddelingen søges understøttet ved obstruktive lungesygdomme, eksempelvis astma og kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), med objektive målinger som mål for lungefunktionen, således forceret ekspirationsvolumen i første sekund, $FEV_{1.0}$.

Under forudsætning af, at der er tale om permanent reduktion af $FEV_{1.0}$, er

funktionsgruppe 1: $FEV_{1.0} = 80-100$ procent
funktionsgruppe 2: $FEV_{1.0} = 50-79$ procent
funktionsgruppe 3: $FEV_{1.0} = 30-49$ procent
funktionsgruppe 4: $FEV_{1.0} < 30$ procent

E. 3. Følger efter perifere karskader

Karskader opereret med godt resultat med indsættelse af karprotese vurderes individuelt efter den anatomiske position, det anvendte materiale og længden af rekonstruktionen.

E. 3.1. Autolog veneprotese over kort forløb på krop eller ben	<5
E. 3.2. Autolog veneprotese over længere forløb på ben	5
E. 3.3. Darcronprotese over aortofemoralt forløb	8
E. 3.4. PTFE-protese over længere forløb på ben	12

Karskader med påvirkning af blodforsyningen efter operation vurderes individuelt med udgangspunkt i tabellens satser for skader i det ramte organ.

F. Indre organer

F. 1. Bughule/bugvæg

F. 1.1. Tab af milten	5
F. 1.2. Kroniske smerter efter operation for lyske- eller bugvægsbrok	<8
F. 1.3. Bugvægsbrok, der ikke kan opereres	<25
F. 1.4. Bugvægsrelaksation, der ikke kan opereres	<20
F. 1.5. Spiserørsforsnævring, der ikke kan opereres	10-30
F. 1.6. Gastrointestinal bypass-operation	5-30
F. 1.7. Kronisk leverbetændelse	20
F. 1.8. Velfungerende transplanteret lever	40
F. 1.9. Kronisk bugspytkirtelbetændelse	5-20
F. 1.10. Subjektive mavesmerter uden objektive fund	<8
F. 1.11. Læsion af dybe galdeveje, med bevaret anatomi til tarm og uden leverpåvirkning, uden smerter	<5
F. 1.12. Læsion af dybe galdeveje, med stenose eller anastomose til tarm og uden leverpåvirkning	5-10
F. 1.13. Læsion af dybe galdeveje, med stenose, som kræver tilbagevendende dilatationsbehandling eller stent	10-20

F. 2. Tarme/afføringsforstyrrelser

F. 2.1. Korttarmssyndrom	10-40
F. 2.2. Ileostomi	30
F. 2.3. Kolostomi, venstre	20
F. 2.4. Kolostomi, midt og højre	25
F. 2.5. Inkontinens for luft	8
F. 2.6. Inkontinens for afføring, let	15
F. 2.7. Inkontinens for afføring, svær, der ikke kan opereres	≤50

F. 3. Nyrer/urinveje

F. 3.1. Tab af en nyre	10
F. 3.2. Tab af nyrefunktion med permanent dialyse	65
F. 3.3. Velfungerende transplanteret nyre	25
F. 3.4. Intern blærerekonstruktion (blæresubstitution)	10-15
F. 3.5. Urostomi med reservoir (Kock's)	25
F. 3.6. Urostomi uden reservoir (Bricker)	30

F. 3.7. Kunstig lukkemuskel, afhængig af funktion	15-30
F. 3.8. Let inkontinens	8
F. 3.9. Middelsvær inkontinens, der ikke kan opereres	40
F. 3.10. Svær inkontinens, der ikke kan opereres	50
F. 3.11. Permanent blærekateter	20
F. 3.12. Selvkateterisation (RIK)	15

F. 4. Kønsgorganer

F. 4.1. Tab af begge testikler, afhængigt af hormonelle og fertilitetsmæssige konsekvenser	5-25
F. 4.2. Tab af begge æggestokke, afhængigt af hormonelle og fertilitetsmæssige konsekvenser	5-25
F. 4.3. Tab af begge æggeledere, afhængigt af fertilitetsmæssige konsekvenser	5-10
F. 4.4. Tab af livmoder, afhængigt af fertilitetsmæssige konsekvenser	5-15
F. 4.5. Impotens, fysisk årsag	<15
F. 4.6. Andre skader i genitalregionen (tab af én testikel, én æggestok eller én æggeleder, samleje-problemer, herunder smerter ved rejsning med videre)	<15

G. Hudsygdomme

G. 1. Eksem

Udbrudsfrekvens

Sjælden:	Få gange årligt
Jævnlig:	En gang i kvartalet
Hyppig:	Mere end det

Ved vurderingen af graden af de kroniske forandringer indgår både udbredelse, lokalisation og art.

G. 1.1. Håndeksem alene

Udbrudsfrekvens/kroniske forandringer	Sjælden	Jævnlig	Hyppig
Ingen	<5	5	8
Lette	5	8	10
Moderate	10	12	15
Svære	20	25	30
G. 1.1.1. Meget svært kronisk håndeksem med konstant aktivitet			35

G. 1.2. Eksem på arme ved samtidigt håndeksem

G. 1.2.1. Let eksem på armene med samtidigt håndeksem	5
G. 1.2.2. Moderat eksem på armene med samtidigt håndeksem	8
G. 1.2.3. Svært eksem på armene med samtidigt håndeksem	10
G. 1.3. Allergi over for udbredte forekommende stoffer, for eksempel nikkel, krom, formaldehyd, gummitilsætningsstoffer og latex	5

Samtidig allergi over for flere stoffer adderes ikke.

G. 1.4. Eksem på mindre dele af kroppen (bortset fra ansigt og hænder), for eksempel på ben eller arme uden samtidigt håndeksem

Udbrudsfrekvens/kroniske forandringer	Sjælden	Jævnlig	Hyppig
Ingen	<5	<5	5
Lette	<5	5	8
Moderate	8	10	12
Svære	15	20	25

G. 1.5. Eksem i ansigtet

Udbrudsfrekvens/kroniske forandringer	Sjælden	Jævnlig	Hyppig
Ingen	<5	5	8
Lette	5	8	10
Moderate	10	12	15
Svære	20	25	30

Ved bedømmelsen af, om eksem i ansigtet er svært, indgår også en vurdering af graden af vansk, som til gengæld ikke tillægges.

G. 1.6. Eksem udbredt til større dele af kroppen

G. 1.6.1. Lette til middelsvære kroniske forandringer på hænder og med jævnlige udbrud på større dele af kroppen	50
G. 1.6.2. Svært håndeksem samt svært eksem med kronisk aktivitet på størstedelen af kroppen	65

Ménprocenter anført under G. 1.2. og G. 1.3. kan adderes til andet mén. Derudover kan der ikke adderes fuldt ud. Der vil i den situation ske en samlet vurdering af mén.

H. Vansk

Tabellens satser for varigt mén omfatter normale operationsar og lignende, der er en direkte følge af skaden.

Følgende satser finder anvendelse, hvor der er tale om vansk uden andre fysiske gener af betydning.

Hvis der både er vansk og andre skader, foretages vurderingen på baggrund af reglen om multiple skader (se generelt afsnit 3.2.3.).

H. 1. Ikke skæmmende ar i ansigtet eller på kroppen eller ekstremiteterne	<5
H. 2. Skæmmende ar i ansigtet, for eksempel større misfarvning, eller deformerede øjenlåg eller mundomgivelser	5-15
H. 3. Deform næse	5-15
H. 4. Større ar på kroppen eller ekstremiteterne	0-50
H. 5. Tab eller svær deformation af kvindebryst	10-15
H. 6. Tab af et ydre øre	8
H. 7. Skalpering	10

I. Kræftsygdomme

Kræftsygdomme har så forskellige følger, at det ikke er muligt at udarbejde en egentlig tabel. Følgende tjener imidlertid som udgangspunkt ved vurderingen af de kræftsygdomme, som det kan komme på tale at anerkende som erhvervsbetingede.

I. 1. Kræftsygdom, radikalt behandlet ved operation eller anden behandling med skønnet ringe risiko for tilbagefald	≤5
I. 2. Kræftsygdom, radikalt opereret/behandlet, men med stor eller meget stor risiko for tilbagefald	≤15
I. 3. Kræftsygdom, som ikke kan helbredes og med beskedne yderligere behandlingsmuligheder som udgangspunkt	100

Ved inoperable kræftsygdomme, hvor tilskadekomne er i fysisk velbefindende ved afgørelsen, kan ménets fastsættes til 50 procent. Der vil i så fald straks ske revision, og tilstanden vil blive fulgt løbende. Mengraderen afspejler den psykiske belastning og ændring i livssituation, som kræftlidelsen under alle omstændigheder medfører også ved fysisk velbefindende.

Følger efter kræftbehandling af enhver art derudover vurderes i overensstemmelse med tabellens øvrige satser.

J. Psykiske skader efter vold eller chok

Udsættelse for ubetydelig vold, trusler eller chok på grund af mindre psykisk traume antages ikke som eneste årsag at kunne medføre varigt psykisk mén på 5 procent eller derover.

J. 1. Posttraumatisk belastningsreaktion

Ved vurdering af sværhedsgraden lægges vægt på, hvor mange symptomer der optræder, disses hyppighed/intensitet samt deres indflydelse på den daglige personlige livsførelse.

Over tid sker der ofte en ændring af symptomerne i retning af diagnosen personlighedsændring efter katastrofeoplevelse, således at nogle gener svinder/aftager, mens andre kan komme til. Mennemæssigt behandles disse 2 tilstande derfor under et med en fælles mengrad jf. tabellen. I de fleste tilfælde er en posttraumatisk belastningsreaktion forbigående.

Hvis en posttraumatisk belastningsreaktion er aftaget, så diagnosekriterierne ved ménvurderingen ikke længere er opfyldt, kan der gives mén svarende til mindre end let sværhedsgrad, det vil sige 5-8 procent.

J. 1.1. Let posttraumatisk belastningsreaktion	10
J. 1.2. Moderat posttraumatisk belastningsreaktion	15
J. 1.3. Middelsvær posttraumatisk belastningsreaktion	20
J. 1.4. Svær posttraumatisk belastningsreaktion	25
J. 1.5. Svære symptomer på posttraumatisk belastningsreaktion og samtidige symptomer på anden psykisk sygdom som psykotiske symptomer og/eller svære symptomer på kronisk depression eller personlighedsændring.	35

J. 2. Uspecificeret belastningsreaktion

Ved en uspecificeret belastningsreaktion er symptomerne mindre specifikke end ved posttraumatisk belastningsreaktion. Ofte drejer det sig om vagtsomhed, irritabilitet, koncentrationsbesvær, støjfølsomhed, tristhed og lignende. I sammenligning med symptomerne ved posttraumatisk belastningsreaktion er de også i langt de fleste tilfælde mindre omfattende. Sværhedsgraden vurderes ud fra forekommende symptomer, disses sværhedsgrad og indflydelse på den daglige livsførelse.

J. 2.1. Lettere uspecificeret belastningsreaktion	5
J. 2.2. Sværere uspecificeret belastningsreaktion	10

J. 3. Kronisk depression

Ved depression forstås diagnosen depression i henhold til sygdomsklassifikation. De fleste er depressioner er forbigående, men et mindretal udvikler sig i kronisk retning. I overensstemmelse med sygdomsklassifikationen vurderes sværhedsgraden i henhold til forekommende gener, disses sværhedsgrad og deres indflydelse på hverdagen.

J. 3.1. Let kronisk depression	10
J. 3.2. Moderat kronisk depression	15
J. 3.3. Svær kronisk depression	20
J. 3.4. Svær kronisk depression med psykotiske symptomer	25

J. 4. Posttraumatisk angst

Ved posttraumatisk angst forstås tilstande, hvor der ikke er væsentlige gener udover angst. I mange tilfælde vil der være tale om forbigående gener, men i nogle tilfælde bliver angsten varig. Sværhedsgrad vurderes som ved øvrige psykiske tilstande.

J. 4.1. Let posttraumatisk angst	5
J. 4.2. Svær posttraumatisk angst	10

Der gives varigt mæn for den tungest vejende diagnose, idet angst hyppigt er et symptom ved posttraumatisk belastningsreaktion. Depression og depressive symptomer er hyppige ved posttraumatisk belastningsreaktion/personlighedsændring.