

Vejledning om erhvervssygdomme

anmeldt fra 1. januar 2005

Indholdsfortegnelse:

1. Generelle betingelser	7
1.1. Lovgrundlag	8
1.2. Medicinsk dokumentation	9
1.3. Betingelser for anerkendelse af sygdomme, der anmeldes fra 1. januar 2005.....	9
1.3.1. Anerkendelse efter fortegnelsen	9
1.3.2. Forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold	10
1.4. Sygdomme anmeldt før 1. januar 2005	10
1.5. Afgrænsning mellem ulykke og erhvervssygdom	11
1.6. Indhentelse af oplysninger	11
1.7. Oversigt over vejledninger om enkelte sygdomme.....	11
1.7.1. Sygdomme omfattet af denne vejledning	12
1.7.2. Sygdomme anmeldt fra 1. januar 2005 omfattet af andre gældende vejledninger.....	12
2. Støjbetinget hørenedsættelse (A.1)	13
2.1. Punkt på fortegnelsen	13
2.2. Krav til diagnosen	13
2.3. Krav til påvirkningen	14
2.4. Forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold.....	15
2.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen	18
2.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen.....	18
3. Kronisk lænderygssygdom (B.1)	26
3.1. Punkt på fortegnelsen.....	26
3.2. Krav til diagnosen	26
3.3. Krav til påvirkningen	27
3.3.1. Rygbelastende løftarbejde (B.1.a)	27
3.3.2. Rygbelastende løftarbejde med ekstremt tunge løft (B.1.b).....	29
3.3.3. Rygbelastende plejearbejde (B.1.c).....	30
3.3.4. Rygbelastende helkropsvibrationer (B.1.d)	32
3.3.5. Generelle betingelser for alle påvirkninger	35
3.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold.....	38
3.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen	38
3.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen.....	39
3.6.1. Rygbelastende løftarbejde (B.1.a)	39
3.6.2. Rygbelastende løftarbejde med ekstremt tunge løft (B.1.b).....	42
3.6.3. Rygbelastende plejearbejde (B.1.c).....	43
3.6.4. Rygbelastende helkropsvibrationer (B.1.d).....	47
4. Kroniske nakke-skuldersmerter (B.2)	50
4.1. Punkt på fortegnelsen.....	50
4.2. Krav til diagnosen	50
4.3. Krav til påvirkningen	52
4.3.1. De tidsmæssige krav.....	53
4.3.2. Øvrige belastningskrav	53
4.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold.....	57
4.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen	57
4.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen.....	58
5. Slidgigt i begge hofter (B.3)	65
5.1. Punkt på fortegnelsen.....	65

5.2. Krav til diagnosen	65
5.3. Krav til påvirkningen	67
5.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold	70
5.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen	70
5.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen	70
6. Sygdomme i hånd og underarm (C.1)	75
6.1. Punkt på fortegnelsen	75
6.2. Krav til diagnosen	75
6.3. Krav til påvirkningen	76
6.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold	77
6.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen	78
6.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen	78
7. Karpaltunnelsyndrom (C.2.)	85
7.1. Punkt på fortegnelsen	85
7.2. Krav til diagnosen	85
7.3. Krav til påvirkningen	86
7.3.1. Arbejde med kraftigt vibrerende værktøj (C.2.a)	87
7.3.2. Hurtigt gentagne, kraftfulde og/eller akavede arbejdsbevægelser (C.2.b)	89
7.3.3. Arbejde med genstande, der medfører direkte og vedvarende tryk (C.2.c)	90
7.3.4. Generelle betingelser for påvirkningerne a-c	90
7.3.5. Som komplikation til seneskedehindebetændelse (C.2.d)	91
7.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold	91
7.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen	92
7.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen	92
7.6.1. Arbejde med stærkt vibrerende håndværktøj (C.2.a)	92
7.6.2. Hurtigt gentagne, kraftfulde og/eller akavede arbejdsbevægelser (C.2.b)	93
7.6.3. Arbejde med genstande, der medfører direkte tryk (C.2.c)	98
7.6.4. Som komplikation til seneskedehindebetændelse (C.2.d)	99
8. Hånd-armvibrations sygdomme (hvide fingre, perifer neuropati, slidgigt, C.3)	101
8.1. Punkt på fortegnelsen	101
8.2. Krav til diagnosen	101
8.2.1. Hvide fingre	102
8.2.2. Perifer neuropati i hånd/fingre	103
8.2.3. Slidgigt i håndled og albue	106
8.3. Krav til påvirkningen	107
8.3.1. Krav til påvirkninger ved hvide fingre og perifer neuropati	107
8.3.2. Krav til påvirkningen for anerkendelse af slidgigt (artrose) i håndled og albueled	108
8.3.3. Om vibrationsstyrke, værktøjer og måleenheder	109
8.4. Behandling af sager uden for fortegnelsen	111
8.5. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen	112
8.5.1. Eksempler på afgørelser om hvide fingre	112
8.5.2. Eksempler på afgørelser om perifer neuropati	113
8.5.3. Eksempler på afgørelser om slidgigt i albue/håndled	116
9. Tennisalbue og golfalbue (C.4.)	117
9.1. Punkt på fortegnelsen	117
9.2. Krav til diagnosen	117
9.3. Krav til påvirkningen	118
9.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold	120
9.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen	120
9.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen	120
10. Skuldersygdomme (C.5)	128
10.1. Punkt på fortegnelsen	128
10.2. Krav til diagnosen	128
10.3. Krav til påvirkningen	130
10.3.1. Repetitive (gentagne) og kraftfulde skulderbevægelser (påvirkning a)	130
10.3.2. Statisk løft af overarmen (påvirkning b)	133
10.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold	134

10.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen	134
10.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen	134
10.6.1. Repetitive (gentagne) og kraftfulde skulderbevægelser (påvirkning a)	134
10.6.2. Statisk løft af overarmen (påvirkning b)	142
11. Slidgigt i knæledet (D.1)	145
11.1. Punkt på fortegnelsen	145
11.2. Krav til diagnosen	145
11.3. Krav til påvirkningen	146
11.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold	147
11.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen	147
11.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen	147
12. Bursitis (betændelseslignende forandringer i slimsæk, D.2 og J.1)	150
12.1. Punkt på fortegnelsen	150
12.2. Krav til diagnosen	150
12.3. Krav til påvirkningen	151
12.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold	152
12.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen	152
12.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen	152
13. Menisksygdom i knæledet (D.3)	155
13.1. Punkt på fortegnelsen	155
13.2. Krav til diagnosen	155
13.3. Krav til påvirkningen	156
13.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold	157
13.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen	157
13.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen	157
14. Springerknæ (D.4)	160
14.1. Punkt på fortegnelsen	160
14.2. Krav til diagnosen	160
14.3. Forudbestående og konkurrerende faktorer	161
14.4. Krav til påvirkningen	162
14.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen	163
14.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen	164
15. Pleurale plaques (E.3.3)	167
15.1. Punkt på fortegnelsen	167
15.2. Krav til diagnosen	167
15.3. Krav til påvirkningen	168
15.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold	169
15.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen	171
15.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen	171
16. Kronisk bronkitis/KOL (E.7)	174
16.1. Punkt på fortegnelsen	174
16.2. Krav til diagnosen	174
16.3. Krav til påvirkningen	175
16.3.1. Dampe/gasser/støv og/eller røg	175
16.4. Den tidsmæssige udstrækning	176
16.5. De arbejdsmæssige forhold	176
16.6. Konkurrerende forhold – rygning eller andre private årsagsfaktorer	176
16.7. Behandling af sager uden for fortegnelsen	177
16.8. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen	178
17. Astma (E.8)	179
17.1. Punkt på fortegnelsen	179
17.2. Krav til diagnosen	179
17.3. Krav til påvirkningen	182
17.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold	184
17.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen	184
17.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen	185

18. Lungesygdom med nedsat lungefunktion af obstruktiv type (E.9).....	188
18.1. Punkt på fortegnelsen.....	188
18.2. Krav til diagnosen.....	188
18.3. Krav til påvirkningen.....	189
18.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold.....	190
18.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen.....	190
18.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen.....	190
19. Lungebetændelse (E.10).....	192
19.1. Punkt på fortegnelsen.....	192
19.2. Krav til diagnosen.....	192
19.3. Krav til påvirkningen.....	192
19.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold.....	193
19.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen.....	193
19.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen.....	194
20. Posttraumatisk belastningsreaktion (F.1).....	195
20.1. Punkt på fortegnelsen.....	195
20.2. Krav til diagnosen.....	195
20.3. Krav til påvirkningen.....	196
20.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold.....	196
20.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen.....	196
20.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen.....	197
20.7. Afgrænsning mellem ulykke og erhvervssygdom.....	203
21. Kræftsygdomme (gruppe K).....	205
21.1. Punkter på fortegnelsen.....	207
21.2. Sygdommen/diagnosen.....	208
21.2.1. Hvad er kræft.....	208
21.2.2. Lægelige oplysninger.....	209
21.2.3. Konkurrerende sygdomme/forhold.....	211
21.2.4. Tobaksforbrug.....	212
21.3. Påvirkningen.....	213
21.4. Hasteprocedure ved særligt alvorlige kræftsygdomme.....	214
21.5. Nyere kræftforskning afspejlet i fortegnelsen.....	214
21.6. Enkelte kræftsygdomme.....	215
21.6.1. Lungekræft (K.4.1.).....	215
21.6.2. Lungehindekræft (K.4.2.) og bughindekræft (K.2.1.) – mesotheliom.....	223
21.6.3. Næse- og bihulekræft (K.4.3.).....	226
21.6.4. Blærekræft (K.5.2.).....	229
21.6.5. Hudkræft (K.3.).....	232
22. Sygdomme uden for fortegnelsen (arbejdets særlige art).....	237
22.1. Generelt om anerkendelse uden for fortegnelsen.....	237
22.2. Vurdering af sygdommen.....	238
22.2.1. Medicinsk dokumentation om årsagssammenhænge.....	238
22.2.2. Diagnose og sygdomsbillede.....	240
22.3. Vurdering af påvirkningen.....	241
22.3.1. Indhentelse af oplysninger og dokumentation.....	241
22.3.2. Forholdet til arbejdsmiljøloven og Retslægerådet.....	243
22.4. Forudbestående og konkurrerende tilstande.....	243
22.5. Sagens behandling i Arbejdsskadestyrelsen.....	244
22.5.1. Vurdering af, om en sag skal til udvalget eller afvises.....	244
22.5.2. Når sagen skal forelægges for udvalget.....	246
22.6. Eksempler på afgørelser uden for fortegnelsen.....	247
22.6.1. Høresygdomme.....	247
22.6.2. Sygdom i nakke, nakke-skulder, ryg og hofte.....	247
22.6.3. Sygdom i hånd, arm og skulder.....	252
22.6.4. Sygdom i fod, knæ og ben.....	263
22.6.5. Sygdom i lunger, luftveje og slimhinder.....	265
22.6.6. Sygdom i andre organer.....	268

22.6.7. Kræftsygdomme	268
22.6.8. Psykisk sygdom.....	272
22.6.9. Andre sygdomme	279
22.7. Om Erhvervssygdomsudvalget	281
23. Medicinsk dokumentation (bilag 1).....	283
23.1. Generelle betingelser.....	283
<i>Sygdomme på fortegnelsen</i>	285
23.2. Støjbetiget hørenedsættelse.....	285
23.3. Kronisk lænderygsygdom	287
23.4. Kroniske nakke-skuldersmerter	288
23.5. Slidgigt i begge hofter	291
23.6. Hånd og underarm.....	295
23.7. Opfølgning på senere forskning om sygdomme i hånd og underarm	296
23.8. Karpaltunnelsyndrom.....	299
23.9. Tennisalbue og golfalbue	301
23.10. Skuldersygdomme.....	304
23.11. Slidgigt i knæledet	307
23.12. Bursitis	312
23.13. Menisksygdom i knæledet	313
23.14. Springerknæ (jumper's knee).....	314
23.15. Muskel- og skeletbesvær.....	318
23.16. Pleurale plaques	321
23.17. Kronisk bronkitis/KOL	322
23.18. Posttraumatisk belastningsreaktion.....	325
23.19. Kræftsygdomme.....	326
23.19.1. Bilag 1: Uddrag af fortegnelsen (kræftsygdomme).....	326
23.19.2. Bilag 2: Oversigt og gennemgang af IARC's evidensvurderinger på kræftområdet	327
<i>Sygdomme uden for fortegnelsen</i>	337
23.20. Chondromalacia patella (blød brusk på bagsiden af knæskallen).....	337
23.21. Andre slidgigtsygdomme	337
23.22. Indeklimarelaterede symptomer (indeklimasyntomer)	338
23.23. Mangansygdomme	338
23.24. Stress og hjertesygdomme	340
23.25. Stress og psykiske sygdomme.....	342
23.26. Natarbejde og brystkræft.....	345
23.27. Metallisk kviksølv og neurologiske og neuropsykologiske sygdomme/gener	348
23.28. Frisører og kræft.....	351
23.29. Natarbejde/skifteholdsarbejde og hjertesygdomme	355
23.30. Degenerative forandringer i halshvirvelsøjlen	357
23.31. Lyskebrok.....	361
23.32. Sygdomme i hånd og underarm efter PC-arbejde.....	364
23.33. Dybe blodpropper	365
24. Medicinsk ordliste (bilag 2).....	367
24.1. Støjbetiget hørenedsættelse.....	367
24.2. Kronisk lænderygsygdom	368
24.3. Kroniske nakke-skuldersmerter	369
24.4. Slidgigt i begge hofter	370
24.5. Hånd og underarm.....	374
24.6. Karpaltunnelsyndrom.....	375
24.7. Tennisalbue og golfalbue	376
24.8. Skuldersygdomme.....	376
24.9. Slidgigt i knæledet	377
24.10. Bursitis	378
24.11. Menisksygdom i knæledet	378
24.12. Springerknæ	379
24.13. Pleurale plaques	381

1. Generelle betingelser

Indledning

Denne vejledning er skrevet af Arbejdsskadestyrelsen med henblik på at beskrive betingelserne for afgørelse i sager om erhvervssygdomme, der anmeldes fra 1. januar 2005.

Vejledningen gælder således kun for sygdomme anmeldt fra 1. januar 2005, der vurderes efter [lov om arbejdsskadesikring, jf. bekendtgørelse nr. 848 af 7. september 2009](#) med senere ændringer.

Sygdomme anmeldt før 1. januar 2005 vurderes efter [lov nr. 943 om sikring mod følger af arbejdsskade af 16. oktober 2000](#) med senere ændringer og er ikke omfattet af denne vejledning.

Vejledningen er skrevet til alle, der har brug for at orientere sig om behandlingen af erhvervssygdomme, herunder Arbejdsskadestyrelsens sagsbehandlere, fagforeninger, advokater og forsikringsselskaber.

Vejledningen skal være en hjælp til behandling af sagerne og skal give en forståelse af kravene til sammenhængen mellem en sygdom og en bestemt belastning.

Vejledningen er ikke udtømmende for alle sygdomme. Den omhandler dog de generelle vilkår for anerkendelse af alle sygdomme anmeldt fra 1. januar 2005, herunder både sygdomme optaget på fortegnelsen og sygdomme, der behandles uden for fortegnelsen efter lovens § 7, stk. 1, nr. 2, 1. og 2. led.

For en række sygdomme beskriver vejledningen også de nærmere betingelser for anerkendelse, herunder de nærmere krav til diagnose og belastning. Vejledningen er for disse sygdomme en præcisering af de overordnede krav til anerkendelse, som fremgår af fortegnelsen. Vejledningen afløser desuden eventuelle tidligere vejledninger for disse sygdomme.

Vejledningen indeholder også en særlig vejledning om sygdomme, der eventuelt kan anerkendes uden for fortegnelsen efter forelæggelsen for Erhvervssygdomsudvalget (kapitel 22).

Hvis sygdommen ikke er beskrevet i denne vejledning, men i en tidligere vejledning, kan den tidligere vejledning som udgangspunkt fortsat anvendes.

Arbejdsskadestyrelsen den . juni 2012

Merete Roos

/Rikke Nissen

1.1. Lovgrundlag

Reglerne for anerkendelse af erhvervssygdomme, der anmeldes fra 1. januar 2005, fremgår af bekendtgørelse af lov om arbejdsskadesikring, jævnfør bekendtgørelse nr. 848 af 7. september 2009, §§ 5, 7 og 8.

Det nye erhvervssygdomsbegreb (lovens § 7) gælder kun for sygdomme, der anmeldes fra 1. januar 2005.

Sygdomme anmeldt før 1. januar 2005 vil fortsat blive vurderet i henhold til § 10 i lov om sikring mod følger af arbejdsskade, jævnfør lov nr. 943 af 16. oktober 2000 med senere ændringer.

Lov om arbejdsskadesikring, jf. lovbekendtgørelse nr. 848 af 7. september 2009:

§ 5. Ved arbejdsskade i denne lov forstås ulykke, jf. § 6, og erhvervssygdom, jf. § 7, der er en følge af arbejdet eller de forhold, det er foregået under, jf. dog § 10 a.

§ 6. Ved en ulykke forstås efter denne lov en personskade forårsaget af en hændelse eller en påvirkning, der sker pludseligt eller inden for 5 dage.

Stk. 2. For ulykker gælder retsvirkningerne i denne lov fra den dag, hvor ulykken indtræder, eller hvor den påvirkning, der har forårsaget ulykken, ophører, medmindre andet er fastsat i loven.

§ 7. Ved erhvervssygdomme forstås efter denne lov:

1) Sygdomme, som efter medicinsk dokumentation er forårsaget af særlige påvirkninger, som bestemte persongrupper gennem deres arbejde eller de forhold, det foregår under, er udsat for i højere grad end personer uden sådant arbejde. Endvidere sygdomme hos et levendefødt barn, der er pådraget inden fødslen som følge af moderens arbejde under graviditeten.

Arbejdsskadestyrelsens direktør fastsætter efter forhandling med Erhvervssygdomsudvalget, jf. § 9, i en fortegnelse, hvilke sygdomme der anses for at være af denne karakter.

2) Andre sygdomme, herunder sygdomme hos et levendefødt barn pådraget inden fødslen, hvis det godtgøres, enten at sygdommen efter den nyeste medicinske dokumentation opfylder de krav, som er nævnt i nr. 1, 1. pkt., eller at den må anses for udelukkende eller i overvejende grad at være forårsaget af arbejdets særlige art.

Stk. 2. Sygdomme som følge af påvirkninger af forældrene før befrugtningen eller efter fødslen vil kunne henføres under loven ved ændring af fortegnelsen nævnt i stk. 1, nr. 1, eller efter stk. 1, nr. 2, hvis det godtgøres, at disse påvirkninger har skadende effekt på foster eller barn.

Stk. 3. Sygdomme, der er omfattet af stk. 1, nr. 2, og stk. 2, kan kun anerkendes efter forelæggelse for Erhvervssygdomsudvalget, jf. § 9. Disse sygdomme skal forelægges Erhvervssygdomsudvalget, når Arbejdsskadestyrelsen skønner, at der er mulighed for, at sygdommen vil kunne anerkendes.

§ 8. En person, der har pådraget sig en sygdom, som er optaget i fortegnelsen over erhvervssygdomme, jf. § 7, stk. 1, har krav på ydelser efter loven, medmindre det anses for overvejende sandsynligt, at sygdommen skyldes andre forhold end de erhvervsmæssige.

Stk. 2. For erhvervssygdomme gælder retsvirkningerne i denne lov fra den dag, hvor sygdommen anmeldes, medmindre andet er fastsat i loven.

1.2. Medicinsk dokumentation

Kravet for at optage nye sygdomme på fortegnelsen over erhvervssygdomme er med introduktionen af et nyt erhvervssygdomsbegreb pr. 1. januar 2005, at der foreligger tilstrækkelig ”medicinsk dokumentation”.

Medicinsk dokumentation indebærer, at der skal foreligge en dokumenteret sammenhæng mellem påvirkning og sygdom. Dokumentationen skal være underbygget ved undersøgelser, gennemført af anerkendte medicinske sagkyndige på et antal tilfælde, der giver grundlag for sammenhæng mellem påvirkning og sygdom.

Ved "medicinsk dokumentation" forstås, at følgende er opfyldt:

1. En biologisk naturlig og logisk forklaring på sygdommen
2. En påvirkning, der må have en karakter og et omfang, der gør sygdommen sandsynlig
3. En sammenhæng mellem påvirkning og sygdom, eksempelvis at øget påvirkning giver øget sværhedsgrad af sygdommen
4. Undersøgelser om udbredelser i befolkningen, der bekræfter en sammenhæng
5. Overbevisende rapportering af tilfælde, der er konstateret ved lægeundersøgelse
6. En betydelig overhyppighed af sygdommen blandt personer, der er udsat for denne påvirkning, i forhold til personer, der ikke er udsat

Som udgangspunkt skal alle ovenstående betingelser være opfyldt. Ved den konkrete vurdering af, om en sygdom kan optages på fortegnelsen over erhvervssygdomme, kan de enkelte betingelser dog tillægges forskellig vægt.

For yderligere oplysninger om medicinsk dokumentation, herunder om dokumentationen for de enkelte sygdomme i vejledningen, henvises til kapitel 21.

1.3. Betingelser for anerkendelse af sygdomme, der anmeldes fra 1. januar 2005

Efter loven kan en sygdom anmeldt fra 1. januar 2005 anerkendes som en erhvervssygdom, hvis:

- Sygdommen opfylder betingelserne for anerkendelse i henhold til den gældende bekendtgørelse om fortegnelse over erhvervssygdomme anmeldt fra 1. januar 2005, *eller*
- sygdommen kan anerkendes efter forelæggelse for Erhvervssygdomsudvalget (lovens § 7, stk. 1, nr. 2, 1. eller 2. led)

1.3.1. Anerkendelse efter fortegnelsen

For at en sygdom kan anerkendes efter [fortegnelsen over erhvervssygdomme anmeldt fra 1. januar 2005](#), gælder, at:

1. Sagen skal opfylde de overordnede krav til anerkendelse af en erhvervssygdom efter bekendtgørelse af lov om arbejdsskadesikring nr. 848 af 7. september 2009 med senere ændringer
2. Sygdommen skal derudover opfylde følgende generelle betingelser, jævnfør bekendtgørelse om fortegnelse over erhvervssygdomme § 1 og i henhold til lovens § 7, stk. 1, nr. 1:

1) Den skadelige påvirkning skal have en styrke og tidsmæssig udstrækning, som efter medicinsk dokumentation kan forårsage sygdommen

2) Sygdomsbilledet skal efter medicinsk dokumentation stemme overens med den skadelige påvirkning og sygdommen

3) Sygdommen må ikke overvejende sandsynligt skyldes andre forhold end de erhvervsmæssige, jævnfør lovens § 8, stk. 1

Desuden skal de særlige betingelser, der er nævnt under de enkelte punkter i fortegnelsen, være opfyldt.

Der kan derudover være beskrevet yderligere krav til sygdom og påvirkning i en gældende vejledning, der tilsvarende skal være opfyldt.

For anerkendelse af sygdomme uden for fortegnelsen henvises til vejledningens kapitel 22, der beskriver de generelle og en række konkrete betingelser for anerkendelse af sygdomme og påvirkninger, der ikke er omfattet af fortegnelsen.

1.3.2. Forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold

De sygdomme, der er nævnt i fortegnelsen, kan skyldes andre forhold end arbejdet.

Symptomerne kan for eksempel være betinget af alder eller anden sygdom, eller de kan skyldes påvirkninger i fritiden, herunder tidligere skader. Der er i så fald tale om enten forudbestående sygdom, som har været til stede før den arbejdsmæssige påvirkning, eller konkurrerende sygdom, det vil sige en anden sygdom end den anmeldte, som giver samme symptomer, eller om en sygdomstilstand, der er opstået som følge af andre påvirkninger end arbejdet.

Er der tale om en forudbestående eller konkurrerende sygdom eller om konkurrerende påvirkninger som årsag til sygdommens opståen, må det i det konkrete tilfælde vurderes, om det er den forudbestående eller konkurrerende sygdom eller de konkurrerende påvirkninger, der overvejende sandsynligt er den eneste eller altovervejende årsag til sygdommen. Hvis dette er tilfældet, kan sygdommen ikke anerkendes som arbejdsbetinget sygdom. (Lovens § 5, jævnfør § 7, og § 8, stk. 1)

Hvis de generelle og særlige betingelser for anerkendelse er opfyldt og der ikke fuldt ud eller altovervejende er tale om konkurrerende eller forudbestående sygdom eller konkurrerende påvirkninger, vil sygdommen kunne anerkendes som en arbejdsbetinget sygdom, hvis den i øvrigt opfylder kravene til anerkendelse.

Er der konkurrerende eller forudbestående sygdomme eller konkurrerende årsager eller påvirkninger, som ikke udelukker anerkendelse som erhvervssygdom, men bidrager til sygdomsudviklingen og generne, vil disse forhold kunne få betydning for erstatningsudmålingen. Det betyder, at vi eventuelt vil trække fra i godtgørelsen for men og/eller i en erstatning for tab af erhvervsevne. (Lovens § 12)

1.4. Sygdomme anmeldt før 1. januar 2005

Sygdomme, der er anmeldt før 1. januar 2005, vurderes efter den gældende [fortegnelse over erhvervssygdomme anmeldt før 1. januar 2005](#) og eventuelle tilhørende vejledninger.

Efter loven kan sager, der tidligere er afvist efter de betingelser, der var gældende før 1. januar 2005, som udgangspunkt ikke genoptages med henblik på vurdering efter den ny fortegnelse. Dette gælder normalt også de sager, hvor en afvist sygdom eller påvirkning senere optages på fortegnelsen over erhvervssygdomme anmeldt fra 1. januar 2005.

En sag, som er afvist efter den tidligere fortegnelse, vil dog eventuelt kunne genoptages, hvis den afviste sygdom eller påvirkning senere optages på den tidligere fortegnelse for sygdomme anmeldt før 2005.

1.5. Afgrænsning mellem ulykke og erhvervssygdom

Skader, der opstår som følge af kortere påvirkning af til og med 5 dages varighed, vurderes som udgangspunkt som ulykker. Se mere om betingelser for anerkendelse som ulykke i [vejledning om anerkendelse af ulykker](#).

Skader, der opstår efter længere tids påvirkning, vil normalt blive vurderet efter reglerne om erhvervssygdomme.

1.6. Indhentelse af oplysninger

Arbejdsskadestyrelsen har pligt til at indhente nødvendige oplysninger for at sikre, at afgørelserne træffes på et forsvarligt grundlag. Det følger af officialmaksimen.

Tilskadekomne medvirker ved sagens oplysning, eksempelvis ved at svare på spørgsmål eller ved at lade sig undersøge af en læge.

Hvis der er behov for nærmere oplysninger om sygdommen, påvirkningen eller andre forhold, vil vi undersøge sagen nærmere. Vi kan eksempelvis bede tilskadekomne om at uddybe beskrivelsen af sygdomsforløbet eller påvirkningen. Vi kan også bede arbejdsgiver om nærmere oplysninger eller indhente supplerende lægelige oplysninger.

Vi vil ved sagens behandling eventuelt indhente en arbejdsmedicinsk speciallægeerklæring. Speciallægen vil blandt andet blive bedt om indgående at beskrive og vurdere de konkrete arbejdsforhold og de konkrete belastninger. Speciallægen skal tillige foretage en individuel vurdering af belastningsforholdenes betydning for udvikling af sygdommen hos netop den undersøgte person. Speciallægen skal herunder beskrive sygdommens begyndelse og forløb og oplyse om eventuelle tidligere eller samtidige sygdomme/symptomer og deres eventuelle betydning for de aktuelle gener.

Vi kan også indhente andre former for speciallægeerklæringer eller lægelige oplysninger for at få belyst sygdomsforløbet og eventuelt forholdet til konkurrerende eller forudbestående sygdomme.

1.7. Oversigt over vejledninger om enkelte sygdomme

De særlige betingelser for anerkendelse af en række sygdomme er detaljeret beskrevet i denne vejlednings underafsnit. De enkelte sygdomme indeholdt i vejledningen er anført nedenfor.

Sygdomme, der ikke er medtaget i denne vejledning, kan være omfattet af en tidligere vejledning.

En oversigt over tidligere vejledninger, der fortsat er gældende for sygdomme, der anmeldes den 1. januar 2005 eller senere, er anført nedenfor.

1.7.1. Sygdomme omfattet af denne vejledning

- Støjbetinget hørenedsættelse (kapitel 2)
- Kronisk lænderygsygdom (kapitel 3)
- Kroniske nakke-skuldersmerter (kapitel 4)
- Slidgigt i begge hofter (kapitel 5)
- Sygdomme i hånd og underarm (kapitel 6)
- Karpaltunnelsyndrom (kapitel 7)
- Vibrationssygdomme – hånd-armvibrationer (kapitel 8)
- Tennis og golfalbue (kapitel 9)
- Skuldersygdomme (kapitel 10)
- Slidgigt i knæleddet (kapitel 11)
- Bursitis (kapitel 12)
- Menisksygdom i knæleddet (kapitel 13)
- Springerknæ (kapitel 14)
- Pleurale plaques (kapitel 15)
- Kronisk bronkitis/KOL (kapitel 16)
- Astma (kapitel 17)
- Lungesygdom med nedsat lungefunktion af obstruktiv type (kapitel 18)
- Lungebetændelse (kapitel 19)
- Posttraumatisk belastningsreaktion (kapitel 20)
- Kræftsygdomme (kapitel 21)
- Sygdomme uden for fortegnelsen (kapitel 22)

Sidst i vejledningen er bilag om medicinsk dokumentation og medicinske ordlister optrykt.

1.7.2. Sygdomme anmeldt fra 1. januar 2005 omfattet af andre gældende vejledninger

- [Kontakteksem](#)
- [Brok](#)
- [Tandskader](#)
- [Opløsningsmiddelforgiftning](#)

2. Støjbetinget hørenedsættelse (A.1)

- 2.1. Punkt på fortegnelsen
- 2.2. Krav til diagnosen
- 2.3. Krav til påvirkningen
- 2.4. Forudbestående og konkurrerende sygdomme
- 2.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen
- 2.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

2.1. Punkt på fortegnelsen

Følgende høresygdom er efter den anførte påvirkning optaget på fortegnelsen over erhvervssygdomme (gruppe A, punkt 1):

Sygdom	Påvirkning
A.1. Støjbetinget hørenedsættelse (<i>DLA professionalis</i>)	Kraftig støj gennem flere år

2.2. Krav til diagnosen

Der skal lægeligt være stillet diagnosen *DLA professionalis* (støjbetinget hørenedsættelse, ICD-10 H83.3).

Diagnosen skal være stillet på grundlag af et karakteristisk audiogram og oplysninger om kraftig støjudsættelse på arbejdet i mindst 5 år.

Et audiogram viser målinger af høretærsklen ved forskellige frekvenser. Hørekurven fremkommer ved, at punkterne forbindes. Et audiogram angiver i decibel hearing level (dB HL, fremover blot benævnt dB) den svageste hørbare styrke for hver angivet frekvens. Normale høretærskler er mindre end eller lig med 20 dB over hele frekvensområdet.

Lyd opstår, når luftmolekyler bringes til at svinge i takt. Ved bevægelsen af molekylerne presses molekylerne i luften foran sammen – trykstigning, og luften bagved fortyndes – trykfald. Det er kun svingningsenergien, der breder sig. Antallet af lydbølger per sekund betegnes frekvens og måles i hertz (Hz). 1.000 Hz er 1.000 lydbølger per sekund. Basområdet ligger i området op til og med 500 Hz, herefter kommer mellemområdet til og med 2.000 Hz og diskantområdet til og med 8.000 Hz.

Lydtryk måles i decibel (dB), som er en logaritmisk skala. En forøgelse på 6 dB udgør en fordobling af lydtrykket, og en forøgelse på 10 dB udgør en tredobling af lydtrykket. En forringelse af høretærsklen med 10 dB medfører derfor behov for tredobling af lydtrykket, førend lyden kan høres.

Symptomer

Der opleves en forringet opfattelse af lyd, men ikke nødvendigvis en forringet taleopfattelse eller et egentligt høre- og kommunikationshandicap. Ved høre- og kommunikationshandicap forstås en

hørenedsættelse, som påvirker kommunikationsevnen i et aktivt, dagligt liv. En vurdering af høre- og kommunikationsevnen bruges ved fastsættelsen af godtgørelse for varigt men, men ikke ved spørgsmålet om anerkendelse.

Forskellen mellem hørenedsættelse og hørehandicap skyldes, at det er frekvenserne 4.000-6.000 Hz, der først skades af støjpåvirkning. Den overvejende del af lydinformationerne i tale er i frekvensområdet under 4.000 Hz. En skade i frekvensområdet 4.000-6.000 Hz medfører derfor begrænsede problemer for taleopfattelsen.

Objektive tegn

Kontinuerlig støjpåvirkning medfører typisk et dip mest udtalt ved 4.000 Hz. Impulsstøj medfører et dip mest udtalt ved 6.000 Hz. Efter flere års udsættelse for kraftig støj vil en ikke ubetydelig gruppe have udviklet en mindre hørenedsættelse ved 4.000 Hz. Ved påvirkning over længere tid forværres denne skade, og andre frekvenser påvirkes. Den dårligste høretærskel skal være ringere end 20 dB, da der ellers er tale om en høretærskel inden for normalområdet.

Ved støjbetinget dip er høretærsklen ved 4.000 Hz ringere end ved 3.000 Hz. 2.000 Hz påvirkes først efter op mod 20 års støjpåvirkning, og høretærsklen skal derfor altid være bedre end ved 3.000 og 4.000 Hz. For personer yngre end 65 år skal høretærsklerne for højere frekvenser ligeledes være bedre end ved 4.000 eller 6.000 Hz. Grafisk vil hørekurven oftest være normal til og med 2.000 Hz og have en karakteristisk v-form, med spids ved 4.000-6.000 Hz. Ved meget lang tids støjpåvirkning vil såvel de højfrekvente målinger som 2.000-3.000 Hz påvirkes, og kurven vil – til dels på grund af aldersforandringer (se under afsnittet om konkurrerende sygdomme nedenfor) – have en tendens til ensidig hældning mod diskanten.

Et kraftigt fald fra 1.000 Hz eller dip ved 3.000 Hz skyldes anden høresygdom end støjbetinget hørenedsættelse.

Der skal som altovervejende hovedregel være tale om en symmetrisk hørenedsættelse, da længerevarende udsættelse for støj normalt er ensartet dobbeltsidig. At der kun er en hørenedsættelse på det ene øre taler derfor normalt imod anerkendelse.

Forværring efter arbejdsophør

Der skal også være tidsmæssig sammenhæng mellem påvirkningen og sygdommen. Støjskader forværres ikke efter udsættelsens ophør. Det betyder, at en arbejdsbetinget hørenedsættelse skal være konstateret senest kort tid efter støjudsættelsens ophør. Det forekommer dog, at tilskadedekomne først bemærker hørenedsættelsen efter støjudsættelsens ophør, i forbindelse med væsentligt ændrede livsforhold. Hvis der går flere år efter støjudsættelsens ophør, før hørenedsættelsen bemærkes, vil det tale imod, at hørenedsættelsen har sammenhæng med støjudsættelsen på arbejdet.

2.3. Krav til påvirkningen

Kraftig støj er mindst 85 dB som middelværdi for arbejdsdagen.

Kravet til støjbelastningens varighed i år afhænger af energimængden, det indre øre påvirkes med. Denne måles i dB LAeq, som er et udtryk for middelværdien af den vekslende lydintensitet, som en person udsættes for over et givet tidsrum. Ved bedømmelse af støjbelastningen på en arbejdsplads benyttes dB LAeq over 8 timer per dag. For en støjudsættelse på 85 dB LAeq per dag skal der have

været en påvirkningsperiode på mindst 5 år, før det kan anses for dokumenteret, at støjen kan medføre en hørenedsættelse.

Ved væsentligt kraftigere støj kan tidsgrænsen nedsættes.

2.4. Forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold

Hørenedsættelse kan skyldes andre forhold end arbejdet.

Hørenedsættelse kan for eksempel være forårsaget af arv, af anden sygdom eller af andre miljøpåvirkninger, for eksempel støj i fritiden. Hørenedsættelse er ofte aldersrelateret. I en del tilfælde er årsagen til hørenedsættelsen ukendt. I tilfælde af en hørenedsættelse, som ikke er støjbetinget, er der tale om enten en forudbestående sygdom, som har været til stede før den arbejdsmæssige påvirkning, om en konkurrerende sygdom, det vil sige en anden sygdom end støjbetinget hørenedsættelse, som giver samme udslag i et audiogram, eller om en hørenedsættelse, der er opstået som følge af andre årsager eller påvirkninger end arbejdet.

Konkurrerende eller forudbestående sygdomme fremgår almindeligvis af audiogrammet.

Er der tale om en forudbestående eller konkurrerende sygdom eller om konkurrerende årsager til sygdommens opståen, må det i det konkrete tilfælde vurderes, om det er den forudbestående eller konkurrerende sygdom eller de konkurrerende påvirkninger, der er den eneste eller altovervejende årsag til sygdommen. Hvis dette er tilfældet, kan sygdommen ikke anerkendes som arbejdsbetinget sygdom.

Hvis de generelle og særlige betingelser for anerkendelse er opfyldt og der ikke fuldt ud eller altovervejende er tale om konkurrerende eller forudbestående sygdom eller konkurrerende påvirkninger, vil sygdommen kunne anerkendes som en arbejdsbetinget sygdom, hvis den i øvrigt opfylder kravene til anerkendelse.

Er der konkurrerende eller forudbestående sygdomme eller konkurrerende årsager eller påvirkninger, som ikke udelukker anerkendelse som erhvervssygdom, men bidrager til sygdomsudviklingen og generne, vil disse forhold kunne få betydning for erstatningsudmålingen. (Lovens § 12)

Hvis der er fuldstændigt tab af hørelsen, vil vi normalt afvise at anerkende, selvom udsættelsen for støj opfylder betingelserne. Udsættelse for støj kan således ikke medføre fuldstændigt tab af hørelsen. Hørenedsættelsen må derfor anses for at være en følge af en konkurrerende årsag.

Tinnitus

Tinnitus (ICD 10, H93.1) forekommer uden hørenedsættelse, men blandt personer, der har hørenedsættelse, forekommer tinnitus hyppigere end blandt befolkningen som helhed.

Ved samtidig tinnitus og støjbetinget hørenedsættelse anses tinnitus derfor efter arbejdsskadesikringsloven for at være en følge af den støjbetingede hørenedsættelse. Det betyder, at en hørenedsættelse, der ikke i sig selv er tilstrækkelig til en mengrad på 5 procent, i kombination med stærkt generende tinnitus vil kunne vurderes til 5 procent eller derover.

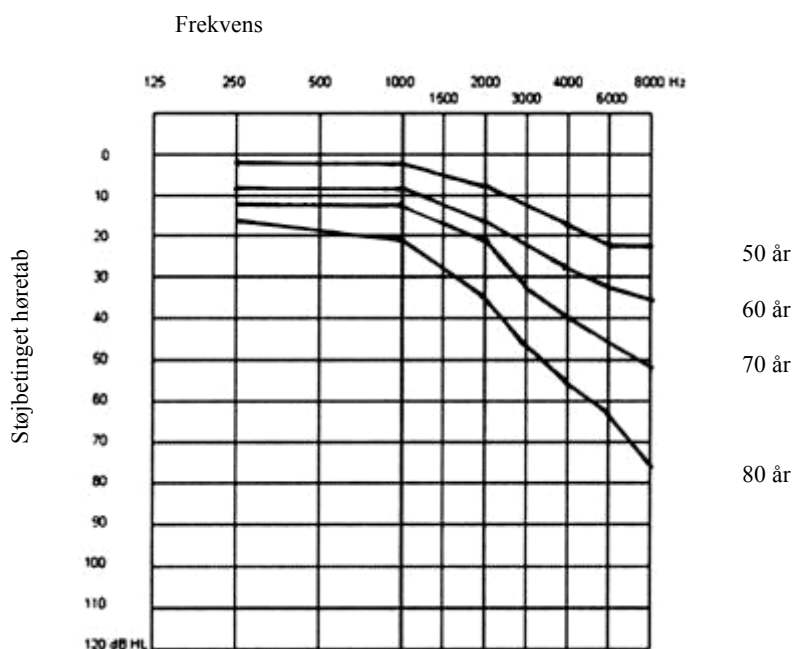
Ved konkurrerende høresygdomme anses sygdommene for at være forholdsmæssige årsager til tinnitus. Ved mindre hørenedsættelse, hvor væsentlig konkurrerende høresygdom er til stede, må den konkurrerende sygdom anses som årsag til tinnitus.

Tinnitus skal være erkendt senest, da udsættelsen for støj er ophørt, for at tinnitus kan anses for at være en følge af en støjbetinget hørenedsættelse. I særlige tilfælde, som ved alvorlig sygdom eller væsentligt ændrede livsforhold, kan tinnitus anses for at være en følge af støjskade i op til et år efter udsættelsen, da det under disse omstændigheder kan tage nogen tid at bemærke, at der er tinnitus.

Eksempler på konkurrerende sygdomme

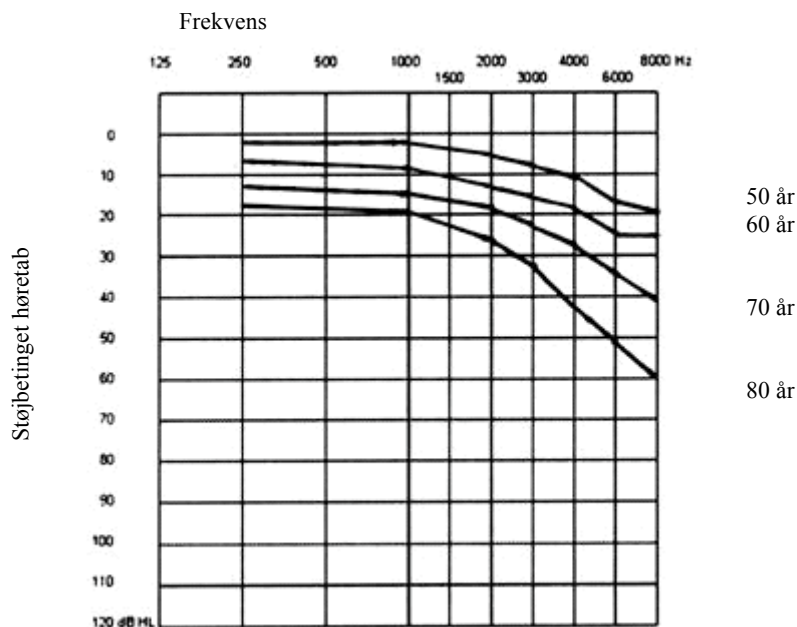
Alderskurver for uscreenet mandlig befolkning

Bemærk, at alder alene giver en jævn, symmetrisk, faldende høretærskel. For eksempel ved 60-årsalderen for mænd, 1.000 Hz 8 dB, 2.000 Hz 15 dB, 4.000 Hz 28 dB.



Alderskurver for uscreenet kvindelig befolkning

Bemærk, at alder alene giver en jævn, symmetrisk, faldende høretærskel. For eksempel ved 60-års alderen for kvinder, 1.000 Hz 8 dB, 2.000 Hz 12 dB, 4.000 Hz 20 dB.



DLA senilis eller presbycusis (aldersrelateret hørenedsættelse)

Aldersrelateret hørenedsættelse har ofte først ved 65-årsalderen nået et omfang, der påvirker taleopfattelsen. Aldersrelateret hørenedsættelse rammer typisk det højeste diskantområde – 6.000 til 8.000 Hz – mest. Området 3.000-4.000 rammes lidt mindre. Som følge heraf kan et støjbetinget dip forsvinde med aldersrelaterede forandringer. Ved højere alder skal det samlet vurderes, om der er tale om en blandet alders- og støjskade.

Ménières sygdom

Et symptomkompleks, der i begyndelsen består af anfald af ensidig hørenedsættelse, øresusen og svimmelhed. Efterhånden udvikles blivende hørenedsættelse, der er ensidig eller asymmetrisk og som oftest vil være mest udtalt i basområdet. Kendetegnes ved vekslende hørekurver. En abnorm regulering af trykket i lymfevæsken i det indre øre har betydning ved sygdommen, men den egentlige årsag er ukendt.

DLA hereditaria (hørenedsættelse betinget af arv)

Hørenedsættelsen kan være medfødt eller senere udviklet og er betinget af arv. Der ses mange forskellige audiogrammer ved DLA hereditaria. U-formede hørekurver med bedst hørelse for de laveste og højeste frekvenser, hørekurver med stejlt fald mod diskanten i området 1.000 Hz - 2.000 Hz og hørekurver med ringeste hørelse i basområdet er nogle af de former, der ses.

DLA typus incertus (hørenedsættelse af ukendt årsag, men ganske sikkert ikke følge af støj)

Forskel på højre og venstre øres hørelse (asymmetri) taler ofte for DLA typus incertus. Ligeledes taler atypiske reflekstærskler ofte for DLA typus incertus.

Sygdomme i mellemøret

Hørenedsættelse som følge af sygdomme i mellemøret kan ikke være forårsaget af støj. Ved en rent mellemørebetinget hørenedsættelse vil høretærsklerne bestemt ved benledning være normale eller tilnærmelsesvis normale.

Sequelae otitis media er følger efter mellemørebetændelse og kan være ledsaget af hørenedsættelse.

Otosclerose (hørenedsættelse som følge af knoglesygdom i øret)

Ved otosclerose dannes ny knogle omkring stibøjleens fodplade, som kan spredes til cochlea, hvorefter benledningsundersøgelse ikke viser normale audiogramforløb.

Otosclerose medfører typisk hørenedsættelse i varierende grad på det ene eller begge ører.

2.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen

Hørenedsættelse som følge af udsættelse for kraftig støj på arbejdet i flere år er omfattet af erhvervssygdomsfortegnelse punkt A.1.

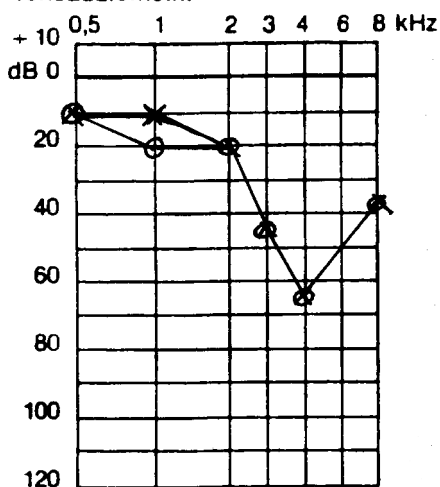
Der er ikke andre sygdomme vedrørende hørelsen, som efter den nuværende viden giver grundlag for forelæggelse for Erhvervssygdomsudvalget. Forelæggelse af andre sygdomme i øret for Erhvervssygdomsudvalget vil derfor normalt være udsigtsløs.

2.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

Eksempel 1: Anerkendelse af støjbetinget hørenedsættelse (smed i mere end 25 år)

En 48-årig mand havde siden 1977 været udsat for støj ved flere forskellige arbejdsgivere. Kilderne til støjen var pladearbejde, maskiner, motorsave, drejebænke og lignende. Støjudsættelsen havde i hele perioden været svingende fra kraftig (85-90 dB) til voldsomt kraftig (>95 dB) og havde været til stede cirka halvdelen af arbejdsdagen. En audiolog havde foretaget audiometri og stillet diagnosen støjbetinget hørenedsættelse (DLA professionalis).

Toneaudiometri:

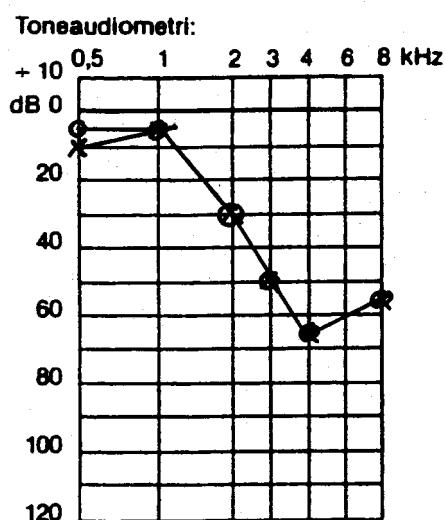


Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Tilskadekomne har været udsat for kraftig støj igennem halvdelen af arbejdsdagen i en periode på mere end 25 år. Der er god sammenhæng mellem hørenedsættelsen og den støjpåvirkning han har været udsat for på arbejdet.

Eksempel 2: Anerkendelse af støjbetinget hørenedsættelse (maskinfører i 8 år)

En 56-årig mand havde i perioden fra 1995 til 2003 arbejdet som maskinfører for en entreprenørvirksomhed, hvor han var udsat for støj fra maskiner, lufthamre og især bor. Støjen var voldsomt kraftig (>95 dB) gennem det meste af arbejdsdagen.

En audiolog havde foretaget audiometri og stillet diagnoserne DLA professionalis, DLA typus incertus og tinnitus, der blev beskrevet som generende og permanent til stede på begge ører.



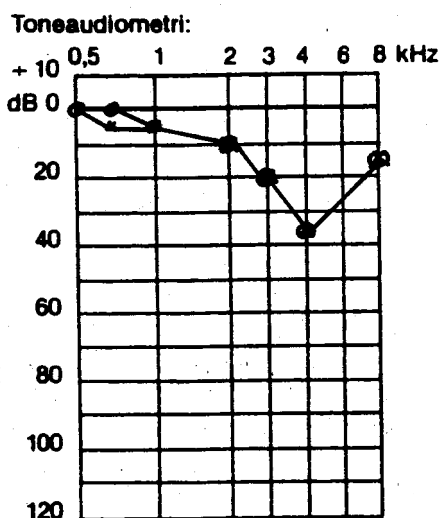
Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Tilskadekomne har igennem 8 år været udsat for voldsomt kraftig støj igennem det meste af arbejdsdagen. Der er god sammenhæng mellem hørenedsættelsen og den støjpåvirkning, han har været udsat for på arbejdet. Tinnitus kan erstattes som en følge af den arbejdsbetingede del af hørenedsættelsen.

Hørenedsættelsen allerede omkring 2.000 Hz viser, at der, foruden den støjbetingede hørenedsættelse, også er en hørenedsættelse af ukendt oprindelse (DLA typus incertus), som med sikkerhed ikke skyldes udsættelse for støj, ligesom høretærsklen ved 4.000 Hz er meget høj i forhold til varigheden af støjpåvirkningen. Ved en eventuel erstatningsudmåling vil erstatningen blive forholdsmæssigt nedsat. (Lovens § 12)

Eksempel 3: Anerkendelse af støjbetinget hørenedsættelse (maskinsmed i 5 år)

En 38-årig maskinsmed, som i perioden fra februar 1995 til april 2000 havde arbejdet på værksted, var udsat for kraftig til meget kraftig støj (85 til 95 dB) gennem hele arbejdsdagen fra vinkelsliber, boremaskine, lufthammer og lignende.

Der var udfærdiget audiogram ved en audiolog, som havde stillet diagnosen DLA professionalis.

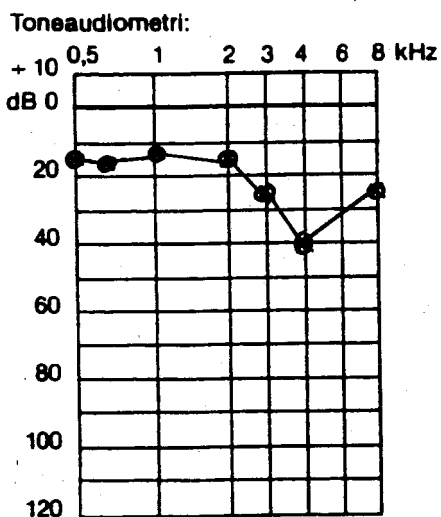


Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Den tilskadekomne har gennem flere år været udsat for kraftig støj på arbejdspladsen og har derved pådraget sig en hørenedsættelse, som er arbejdsbetinget.

Eksempel 4: Anerkendelse af beskeden støjbetiget hørenedsættelse med kraftigt generende tinnitus (pladesmed i 20 år)

En 52-årig mand havde arbejdet som automekaniker/pladesmed ved forskellige arbejdsgivere fra 1982 til 2002. Han havde været udsat for kraftig støj (85-90 dB) omkring halvdelen af arbejdsdagen i alle årene fra slibemaskiner, vinkelslibere, bilmotorer med videre. Tilskadekomne klagede foruden over hørenedsættelse også over en stærkt generende tinnitus fra 1999, som medførte irritabilitet og søvnløshed.

En audiolog havde foretaget audiometri og stillet diagnoserne DLA professionalis og tinnitus.



Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Tilskadekomne har været udsat for kraftig støj gennem 20 år og har fået en hørenedsættelse som følge af arbejdet (DLA professionalis). Det målte tab af hørelsen ifølge audiogrammet er foreneligt med udsættelse for støj, da der er god sammenhæng

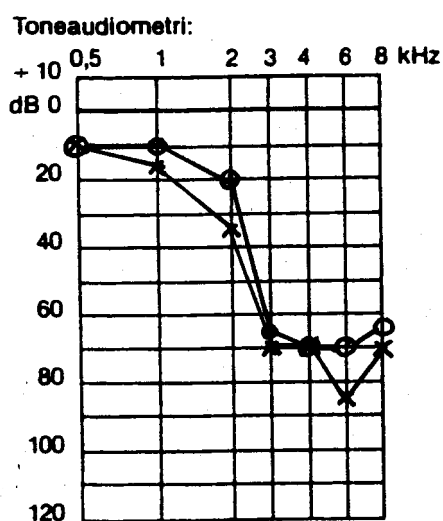
mellem den målte hørenedsættelse og støjpåvirkningen på arbejdspladsen. Der er ikke oplysninger om konkurrerende årsager til tinnitus, og da den er opstået, inden ekspositionen som pladesmed ophørte, anerkendes hørenedsættelsen som en arbejdsbetinget hørenedsættelse og tinnitus som en følge heraf. Det vil sige, at selvom hørenedsættelsen ikke i sig selv vurderes til 5 procent i men, betyder kombinationen af hørenedsættelsen og den stærkt generende tinnitus, at menet vil kunne vurderes til 5 procent eller derover.

Det bemærkes, at tinnitus ved fastsættelsen af erstatning vil blive anset for at være en følge af den arbejdsbetingede del af hørenedsættelsen, da det ikke er overvejende sandsynligt, at tinnitus skyldes andet end arbejdet. Der er således ikke konkurrerende årsager til opståen af tinnitus, og den er opstået, inden pladesmeden ophørte med at være udsat for støj. (Lovens § 12)

Eksempel 5: Anerkendelse af beskeden hørenedsættelse med kraftigt generende tinnitus (trykker i 23 år – konkurrerende høresygdom)

En 54-årig mandlig etikettetrykker var gennem 23 år udsat for kraftig til meget kraftig støj (85-95 dB) stort set hele dagen fra trykkerimaskiner, rotationspresse og kompressorer. Gennem de seneste 2 år fik han en tiltagende tinnitus på begge ører. I starten var den mest udtalt, når han kom fra arbejde, men den har siden udviklet sig til at være til stede stort set hele tiden. Tinnitus beskrives som stærkt generende, idet den dels forstyrrede nattesøvnen og dels hindrede samtaler på arbejdspladsen.

En audiolog havde udfærdiget audiogram og stillet diagnoserne DLA professionalis, tinnitus og DLA hereditaria.



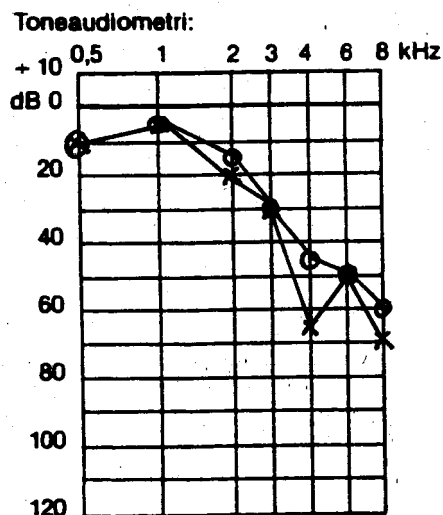
Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen, da der er tale om tilstrækkelig støjpåvirkning og et audiogram, som blandt andet viser udtalt påvirkning af hørelsen ved 4.000 Hz (DLA professionalis). Der er desuden konkurrerende årsager til hørenedsættelsen, idet audiogrammet er asymmetrisk og med tendens til dip allerede ved 3.000 Hz (DLA hereditaria), og stejlest fald i høretærsklerne er fra 2.000 Hz til 3.000 Hz.

Tinnitus må anses for at være en forholdsmæssig følge af såvel den støjbetingede hørenedsættelse som den arvelige høresygdom, hvilket vil blive lagt til grund ved erstatningsudmålingen. (Lovens § 12)

Eksempel 6: Afvisning af støjbetinget hørenedsættelse (klejnsmed i 20 år – overvejende andre årsager)

En 50-årig mandlig klejnsmed var ansat ved et skibsværft fra 1973 til 1989 og igen fra 1991 til 1994. Han var her udsat for meget kraftig støj (90-95 dB) cirka halvdelen af arbejdsdagen. Fra omkring 1993 havde han bemærket hørenedsættelse og havde desuden periodevis susen for ørerne. En audiolog. havde stillet diagnosen DLA typus incertus, tinnitus samt DLA professionalis.

Der var udfærdiget audiogram ved en audiolog, som tillige havde stillet diagnosen DLA typus incertus, tinnitus og DLA professionalis.

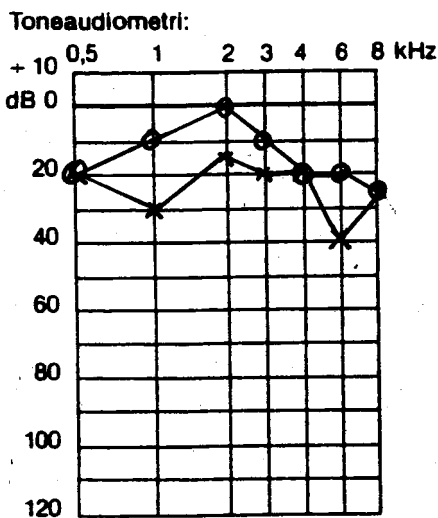


Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Kurven i audiogrammet viser, at der i langt overvejende grad ikke er en hørenedsættelse som følge af støj, selvom tilskadekomne gennem adskillige år har været udsat for støj i tilstrækkeligt omfang. Der foreligger asymmetri med fortsat fald af høretærskler mod diskanten. Dippet ved 4.000 Hz forekommer på dårligst hørende øre. Hørenedsættelsen må derfor antages at have andre årsager end udsættelse for støj.

Eksempel 7: Afvisning af tinnitus uden arbejdsbetinget hørenedsættelse (dagplejer i 26 år)

En 52-årig kvinde, som siden 1978 havde arbejdet inden for dagplejen i en kommune, anmeldte tinnitus samt nedsat hørelse og oplyste, at hun dagligt gennem alle årene havde været udsat for støj i form af konstant uro og støj fra råbende og skrigende børn.

En audiolog havde oplyst, at der var tale om tinnitus og DLA incertus dxt. et sin. (dobbeltsidig støjbetinget hørenedsættelse), og havde foretaget audiometri.



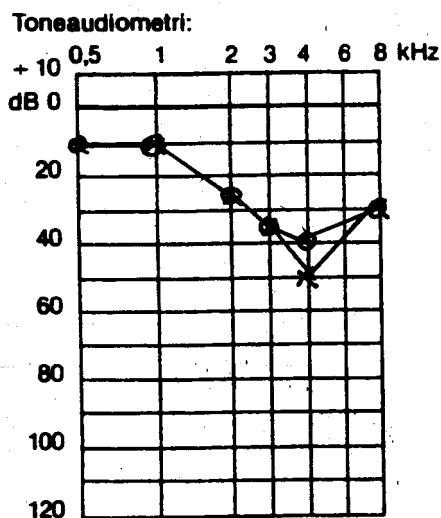
Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Hørekurvernes forløb er uforeneligt med støjbetinget høretab, da kurverne er meget asymmetriske og per definition normale på begge ører ved 4.000 Hz. Dermed kan tinnitus heller ikke anerkendes som en arbejdsbetinget sygdom.

Støjpåvirkningen – uro og råb/skrig fra institutionens børn – er heller ikke i sig selv tilstrækkelig til at kunne betegnes som kraftig støj, hvorfor betingelsen for anerkendelse efter fortegnelsen heller ikke på dette punkt er opfyldt.

Eksempel 8: Afvisning af hørenedsættelse (driftstekniker i 26 år – ikke sammenhæng med støj)

En 56-årig driftstekniker havde i perioden fra 1964 til 1990 arbejdet i støj fra gamle relæer, som var meget kraftigt støjende (90 til 95 dB), cirka halvdelen af arbejdsdagen. Fra 1990 til arbejdsophør i 2004 var han ikke længere udsat for støj, da han skiftede område til arbejde med vedligeholdelse af computere. Han bemærkede først omkring 1998, at hørelsen var nedsat.

En audiolog havde foretaget audiometri.

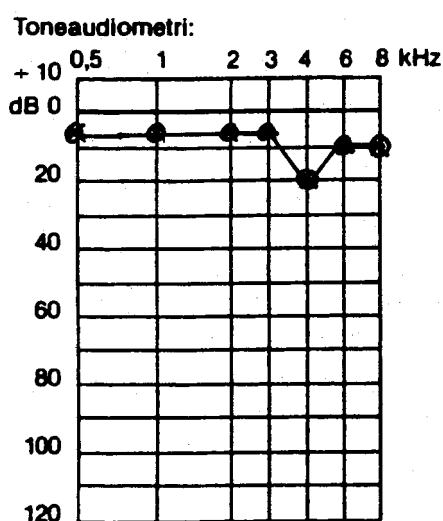


Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Uanset, at udsættelsen for støj har været tilstrækkelig til at udvikle en hørenedsættelse, har den tilskadekomne først bemærket et høretab mere end 8 år efter, at han ophørte med at blive udsat for støj på arbejdet.

Der er således ikke tidsmæssig sammenhæng mellem symptomerne og udsættelsen. Derfor må høretabet anses for at have andre årsager end arbejdet.

Eksempel 9: Afvisning af hørenedsættelse (slagteriarbejder i 2½ år – for kort støjudsættelse)

En 27-årig kvinde havde anmeldt en hørenedsættelse som følge af 2½ års arbejde som slagteriarbejder ved et stort slagteri, hvor der blev anvendt kraftigt støjende maskiner (85-90 dB) til opskæring af kødet. Hun havde ikke tidligere været udsat for kraftig støj på arbejdet. Der var indhentet audiogram.

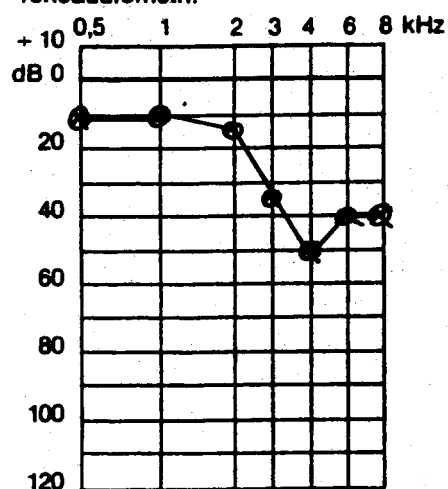


Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Der har ikke været tale om tilstrækkeligt lang tids udsættelse for støj til, at den opståede nedsatte hørelse kan skyldes udsættelse for støj. Endelig ligger den målte hørelse inden for normalområdet.

Eksempel 10: Afvisning af hørenedsættelse hos medarbejder i børneinstitution (ikke kraftig støj)

En 52-årig kvindelig pædagog havde anmeldt høretab som følge af mere end 30 års arbejde som pædagog i børneinstitutioner med børn i alderen fra 0 til 6 år. Børnenes råb og larm i forbindelse med aktiviteter i og uden for institutionen mente hun var årsagen til høretabet. Der var audiogram og en anmeldelse af DLA professionalis og DLA typus incertus.

Toneaudiometri:



Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Børns uro og råb er ikke af en lydmæssig styrke, der kan betegnes som kraftig støj (mindst 85 dB), hvorfor påvirkningen her ikke er tilstrækkelig til at forårsage en støjbetinget hørenedsættelse.

Yderligere informationer:

Ankestyrelsens principielle afgørelser om støjbetinget hørenedsættelse kan ses på www.ast.dk

3. Kronisk lænderygsygdom (B.1)

- 3.1. Punkt på fortegnelsen
- 3.2. Krav til diagnosen
- 3.3. Krav til påvirkningen
- 3.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme
- 3.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen
- 3.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

3.1. Punkt på fortegnelsen

Følgende sygdom i lænderyggen er optaget på fortegnelsen over erhvervssygdomme (gruppe B, punkt 1):

Sygdom	Påvirkning
B.1. Kronisk lænderygsygdom med smerter <i>(lumbago/iskias, lumbal diskusprolaps, degenerativ lænderygsygdom)</i>	<ol style="list-style-type: none">a. Rygbelastende løftarbejde med løft/træk opad af tunge genstande og en samlet daglig løftebelastning på mange tons i en længere årrækkeb. Rygbelastende løftarbejde med almindeligt forekommende, ekstremt tunge og akavede enkeltløft og en samlet daglig løftebelastning på flere tons i en længere årrækkec. Rygbelastende plejearbejde med mange daglige håndteringer af voksne eller større handicappede børn i en længere årrækked. Rygbelastende daglig udsættelse for helkropsvibrationer fra kraftigt vibrerende køretøjer i en længere årrække

3.2. Krav til diagnosen

Der skal lægeligt være stillet en af følgende ICD-10-diagnoser: M47 (slidgigt i rygsøjle), M48 (andre sygdomme i rygsøjlen), M51 (sygdomme i diskus i andre ryghvirvler end halsen) eller M54 (rygsmerter).

Diagnoserne omfatter sygdommene:

- Lumbago/iskias
- Lumbal diskusprolaps
- Degenerative forandringer i lænden (osteokondrose, spondylose, spondyloartrose, spinalstenose)

Der skal tillige være tale om daglige eller hyppige smerter.

Diagnosen stilles på medicinsk baggrund af en kombination af:

- Den tilskadekomnes subjektive klager (symptomer)
- En klinisk objektiv undersøgelse
- Eventuelt supplerende røntgenundersøgelse, MR-skanning eller CT-skanning

Røntgenundersøgelse, MR-skanning og CT-skanning af lænderygsøjlen kan bidrage til at stille diagnosen degenerative forandringer, men ikke til at bekræfte smertebilledet. Myelografi (kontrastundersøgelse) af rygmærskanalen kan bidrage til at stille diagnosen spinalstenose.

Symptomer

Kroniske (daglige eller hyppige) smerter i lænderegionen, eventuelt med udstråling til balle, bagsiden af lår og underben (iskias). Ved diskusprolaps: radikulære smerter samt eventuelt lammelser af fod og tær og føleforstyrrelser. Typisk forværring af smerter ved belastning.

Objektive tegn

- Rygkrumning (iskias skoliose)
- Bevægelighed. Der er ofte nedsat bevægelighed, men dette er ikke et krav for diagnosen
- Smertereaktion ved bevægelser
- Lokal ømhed af knogler og muskler

Ved diskusprolaps eventuelt radikulære symptomer som:

- Positiv Lasègues prøve (radikulære smerter ved strakt benløft)
- Muskelatrofi
- Nedsat kraft
- Føleforstyrrelser samt bortfald af reflekser

De ovennævnte objektive tegn kan i visse tilfælde have betydning for menfastsættelsen, men ikke for anerkendelsen, hvor det kun er et krav, at der skal være kroniske (daglige eller hyppige) smerter.

3.3. Krav til påvirkningen

3.3.1. Rygbelastende løftarbejde (B.1.a)

Hovedbetingelser

For at arbejdet kan betegnes som rygbelastende løftarbejde med løft/træk opad af tunge genstande og en samlet daglig løftebelastning på mange tons i en længere årrække, skal følgende krav som udgangspunkt være opfyldt:

- Der skal være udført belastende løftarbejde i en nogenlunde sammenhængende periode på 8-10 år *og*
- Der skal have været løftarbejde på 8-10 tons per dag *og*
- de enkelte løftede genstande skal som udgangspunkt have vejet mindst 50 kilo (mænd) eller 35 kilo (kvinder)

Kravene til den tidsmæssige udstrækning, den samlede daglige løftemængde og genstandenes vægt kan nedsættes, jævnfør nedenfor.

Det er alene egentlige løft og træk opad, der indgår i vurderingen af det udførte arbejde. Skub og vandrette træk af genstande falder således udenfor.

Den tidsmæssige udstrækning af løftarbejdet og særlige belastningsfaktorer

Der skal som udgangspunkt have været tale om 8-10 års arbejde i nogenlunde sammenhæng, med den normale beskæftigelsesgrad for erhvervet.

Kravet om 8-10 år kan nedsættes, hvis der har været tale om meget store løftemængder, det vil sige over 15 tons dagligt – dog ikke til mindre end 3-4 år.

Den daglige løftemængde og særlige belastningsfaktorer

Der skal som udgangspunkt have været tale om en daglig løftemængde på 8-10 tons. Det er ikke noget krav, at der hver eneste arbejdsdag skal have været en daglig løftemængde på 8-10 tons. Kravet skal forstås som et udtryk for en gennemsnitlig løftemængde set over en længere periode (uger).

Kørsel med trillebør kan i et vist omfang medregnes ved opgørelsen af kravene til løftarbejdet.

Kravet om en daglig løftemængde på 8-10 tons skal forstås sådan, at udgangspunktet er omkring 10 tons. Denne løftemængde kan nedsættes til 8 tons, når:

- Belastningen har været længere end 8-10 år, eller
- Der er tale om en kvinde eller en særligt spinkel mand eller en ung person, eller
- Byrderne bæres over lang afstand, eller
- Der har været tale om mindst 3-4 belastningsfaktorer og de enkelte byrder har vejet 15-18 kilo eller derover

Kravet til den samlede daglige løftemængde på 8-10 tons kan endvidere nedsættes, hvis der har været tale om:

- En usædvanlig lang belastningsperiode, der væsentligt overstiger 10 år (15 år eller mere), eller
- Særlige belastningsforhold, for eksempel løftarbejde under trange pladsforhold eller arbejde inden for fiskeriet (se nærmere om forhold under fiskeri), eller
- Løftarbejde i forbindelse med jernbinding i foroverbøjet stilling (se nærmere om jernbinding)

Den samlede daglige løftemængde kan dog ikke nedsættes til mindre end 4-6 tons – alt efter arten af belastningsforholdene.

Vægten af det enkelte løft og særlige belastningsfaktorer

Vægten af den enkelte byrde skal som udgangspunkt have været 50 kilo for mænd og 35 kilo for kvinder.

Ved flermandsløft kan der ikke foretages en matematisk reduktion af byrdens vægt, idet belastningen vil være forskellig for de enkelte personer, der deltager i løftet. I sådanne situationer må der foretages en konkret vurdering af belastningen.

Kravene til vægten af den enkelte byrde kan nedsættes i tilfælde, hvor der er tale om særligt akavede løftstillinger.

Ved akavede løftstillinger forstås følgende:

- Løft over skulderhøjde
- Mere end et løft per minut
- Løft, der indebærer vrid i lænden
- Løft i foroverbøjet stilling eller
- Løft i mere end ½ arms afstand fra kroppen

Vægten af de enkelte løft kan efter omstændighederne nedsættes til 8 kilo for mænd og 5 kilo for kvinder.

Vægten af det enkelte løft nedsættes ikke matematisk for hver enkelt af ovennævnte faktorer, men beror på en samlet vurdering af arbejdets udførelse.

Særlige betingelser for løftarbejde inden for fiskeriet

Da løftarbejdet inden for fiskeriet foregår under særligt belastende forhold i form af vanskelige vejrforhold, arbejde på gyngende grund, lange arbejdsdage, dårlige hvileforhold samt andre belastende arbejdsfunktioner i form af træk af net og trawl i foroverbøjet arbejdsstilling, er kravet til den samlede daglige løftemængde nedsat.

Som udgangspunkt skal der have været tale om en daglig løftemængde på omkring 6 tons.

Kravet til løftemængden kan yderligere nedsættes, hvis der er særlige belastninger ud over de nævnte, eksempelvis hvis der har været tale om en særligt lang belastningsperiode. Er der sådanne særlige belastninger, kan kravet til den daglige løftemængde nedsættes til 4 tons.

Fiskeres løftarbejde kan også anerkendes efter punkt B.1.b, hvis der er almindeligt forekommende, meget tunge enkeltløft, men der er ikke grundlag for at nedsætte kravet til daglig løftemængde til under 3-3½ tons.

Der skal have været tale om 8-10 års fiskeri i nogenlunde sammenhæng og med det antal havdage, der er normalt for fiskeriet (som udgangspunkt omkring 8 fulde ATP-måneder eller omkring 150 havdage per år).

Udgangspunktet på 10 år kan som ved almindeligt løftarbejde fraviges nedad, hvis særlige forhold gør sig gældende, herunder hvis den daglige løftebelastning væsentligt overstiger 6 tons eller der er tale om meget akavede løfteforhold. Der skal dog være tale om mindst 3-4 år.

3.3.2. Rygbelastende løftarbejde med ekstremt tunge løft (B.1.b)

Hovedbetingelser

For at arbejdet kan betegnes som rygbelastende løftarbejde med almindeligt forekommende, ekstremt tunge og akavede enkeltløft og en samlet daglig løftebelastning på flere tons i en længere årrække, skal der som udgangspunkt have været:

- Dagligt belastende løftarbejde i en nogenlunde sammenhængende periode på mindst 8 år *og*
- En samlet daglig løftebelastning på ikke under 3 tons *og*
- Almindeligt forekommende, ekstremt tunge og akavede enkeltløft
- De øvrige løft skal vægtmæssigt svare til kravene under punkt B.1.a om almindeligt løftarbejde

Den tidsmæssige udstrækning af løftarbejdet

Der skal have været tale om regelmæssigt løftarbejde gennem mindst 8 år, hvor der dagligt har været tale om almindeligt forekommende, ekstremt tunge enkeltløft udført under særdeles akavede omstændigheder. Kravet til den tidsmæssige udstrækning kan ikke nedsættes til under 8 år.

Den daglige løftemængde

Det er yderligere en betingelse, at den samlede daglige løftemængde, herunder de tunge enkeltløft og eventuelt andet løftarbejde, har været på mindst 3 tons.

Vægten af det enkelte løft og særlige belastningsfaktorer

Et ekstremt tungt enkeltløft er som udgangspunkt et løft på 100 kilo eller mere.

Løftet kan være et enkelt- eller flermandsløft. Ved flermandsløft foretages der ikke en matematisk nedsættelse af byrdens vægt, idet belastningen typisk ikke vil være ligeligt fordelt.

Kravet til vægten af det enkelte løft kan nedsættes til:

- 75-100 kilo for mænd og 50-75 kilo for kvinder ved en af de under punkt A nævnte særlige belastningsfaktorer *eller*
- 50-75 kilo for mænd og 35-50 kilo for kvinder ved 2 af de under punkt A nævnte særlige belastningsfaktorer *eller*
- 50 kilo for mænd og 35 kilo for kvinder ved 3 af de under punkt A nævnte særlige belastningsfaktorer.

3.3.3. Rygbelastende plejearbejde (B.1.c)

Hovedbetingelser

For at arbejdet kan betegnes som rygbelastende plejearbejde med mange daglige personhåndteringer af voksne eller større handicappede børn, skal der som udgangspunkt have været:

- Dagligt belastende plejearbejde i mindst 8-10 år *og*
- Arbejde med personlig pleje af plejekrævende voksne eller større handicappede børn i en væsentlig del af arbejdsdagen *og*
- Mindst 20 rygbelastende personhåndteringer (løft, håndteringer eller forflytninger) dagligt

Den tidsmæssige udstrækning af plejearbejdet

Der skal have været tale om minimum 8-10 års belastning i nogenlunde sammenhæng, med en beskæftigelsesgrad på mindst 8 måneders arbejde per år.

Kravet om 8 måneders arbejde per år kan for eksempel opfyldes ved deltidsbeskæftigelse på 2/3 tid hele året eller ved 8 måneders fuldtidsarbejde og 4 måneder uden beskæftigelse. I plejesektoren er det almindeligt med 56 timers beskæftigelse hver anden uge, hvilket også betragtes som fuld tid.

Kravet om mindst 8-10 års belastende plejearbejde kan ikke nedsættes til under 8 år.

Den daglige plejebelastning

Som udgangspunkt skal der have været tale om rygbelastende plejearbejde i forbindelse med for eksempel sengeliggende patienter/beboere, plejekrævende kørestolsbrugere eller andre plejekrævende patient-/beboergrupper og rygbelastende plejearbejde svarende til mindst 20 daglige personløft/-håndteringer/-forflytninger.

Plejearbejdet skal udføres en væsentlig del af arbejdsdagen. Hvis arbejdet i den overvejende del af arbejdsdagen har vedrørt andre funktioner end plejearbejde, som for eksempel rengøring, indkøb og forskellige serviceopgaver, vil det ikke kunne betegnes som belastende plejearbejde.

Generelt gælder for arbejdet i plejesektoren, at det ikke uden videre kan sammenlignes med andet løftarbejde. Der er ofte tale om kombinerede løft og træk og støtte i arbejdsstillinger, der kan være uhensigtsmæssige. Dertil kommer, at der er tale om arbejde med levende og u håndterlige byrder, der kan gøre pludselige og uforudsigelige bevægelser, der kan øge belastningen.

Ved vurderingen af det rygbelastende plejearbejde indgår både plejetyngden og beskrivelsen af patient-/beboersammensætningen, herunder elementer som antal kørestolsbrugere, antal sengeliggende eller andre, tungt plejekrævende eller ikke-selvhjulpne patienter/beboere, arbejdspladsens indretning og antallet af daglige personløft/-håndteringer/-forflytninger.

Derudover kan omfanget af øvrige arbejdsopgaver som rengøring, indkøb og sygeplejeopgaver indgå i den samlede vurdering.

Personhåndteringer og særlige belastningsfaktorer

Fælles for de personløft/-håndteringer/-forflytninger, der kan tælles med, gælder, at de skal have indebåret et element af løft, hvor medarbejderen helt eller delvist har løftet patientens/beboerens vægt. Der vil typisk være et element af løft ved forflytninger mellem for eksempel seng, stol, bækkenstol og kørestol eller i situationer, hvor patienten/beboeren skal skiftes eller vendes i sengen eller hjælpes højere op i seng eller stol. Tilsvarende ved hjælp til sengeliggende patient/beboer til at komme op i siddende stilling eller hjælp fra siddende til stående stilling.

Personløft/-håndteringer/-forflytninger tæller fuldt ud med, selvom der har været to personer om det eller der har været anvendt hjælpemidler i form af for eksempel lift, glidestykke eller drejeskive. Dette skyldes, at der også ved anvendelsen af hjælpemidler eller ved tomandsløft vil være tale om en belastning af lænderyggen i form af et delvist løft.

Adgangen til hjælpemidler og antallet af tomandsløft kan dog ligesom pladsforholdene være afgørende i de situationer, hvor belastningen ligger i underkanten, da det er en kombination af byrdens vægt og arbejdet i en foroverbøjet stilling eller med vredet ryg, der må anses for belastende for lænderyggen. Manglende hjælpemidler, trange pladsforhold og mange aleneløft/-håndteringer/-forflytninger kan således være med til at trække belastningen op til en anerkendelse.

Kravet til det daglige antal personhåndteringer kan nedsættes, hvis der har været tale om væsentligt mere end 8-10 år med rygbelastende arbejde, eller hvis omstændighederne ved plejearbejdet har været usædvanligt belastende.

Ved væsentligt mere end 8-10 år forstås som udgangspunkt 15 år eller mere.

Omstændigheder, der er med til at gøre plejearbejdet usædvanligt belastende, kan for eksempel være, at der er tale om uhensigtsmæssig indretning, dårlige pladsforhold, manglende brug af hjælpemidler, manglende samarbejdsevne fra patient/beboer eller mange frie personløft.

Kravet til det daglige antal personløft/-håndteringer/-forflytninger kan dog ikke nedsættes til under 10.

3.3.4. Rygbelastende helkropsvibrationer (B.1.d)

Hovedbetingelser

For at arbejdet kan anses for karakteriseret ved rygbelastende daglig udsættelse for helkropsvibrationer fra kraftigt vibrerende køretøjer i en længere årrække, skal der som udgangspunkt have været:

- Daglig udsættelse for kraftigt vibrerende køretøjer i en nogenlunde sammenhængende periode på 8-10 år *og*
- Kørsel på ujævnt underlag *og*
- En daglig vibrationsbelastning på 0,70-0,80 m/s² gennem en væsentlig del af arbejdsdagen – som udgangspunkt i mindst ¾ af en normal arbejdsdag. Det svarer til en daglig vibrationsbelastning i 8 timer på 0,60 m/s²
- Udsættelsen for vibrationer skal normalt være sket gennem et sæde (siddende)

Den tidsmæssige udsættelse og særlige belastningsfaktorer

Der skal som udgangspunkt have været tale om 8-10 år med en daglig udsættelse for helkropsvibrationer.

Kravet til antallet af år kan nedsættes, hvis udsættelsen har været særligt kraftig – det vil sige, at den daglige vibrationsbelastning har været over 1 m/s² gennem minimum ¾ af en normal arbejdsdag, svarende til en daglig vibrationsbelastning i 8 timer på 0,80 m/s².

Manglende affjedring/støddæmpning af køretøj eller sæde vil også kunne nedsætte kravene til den tidsmæssige udstrækning.

Tidskravet kan ikke nedsættes til under 3-4 år.

Vibrationernes styrke og særlige belastningsfaktorer

Der skal være tale om kørsel på ujævnt underlag med kraftigt vibrerende køretøjer, hvor påvirkningen er sket gennem et sæde (siddende). Vibrationsudsættelse i stående stilling vil normalt ikke have en styrke, der er omfattet af fortegnelsen.

Som vejledende norm gælder, at der skal have været tale om en daglig vibrationsbelastning på 0,70-0,80 m/s² gennem en væsentlig del af arbejdsdagen – det vil sige som udgangspunkt ¾ af en normal arbejdsdag. Dette svarer til en daglig vibrationsbelastning (8 timer) på 0,60 m/s².

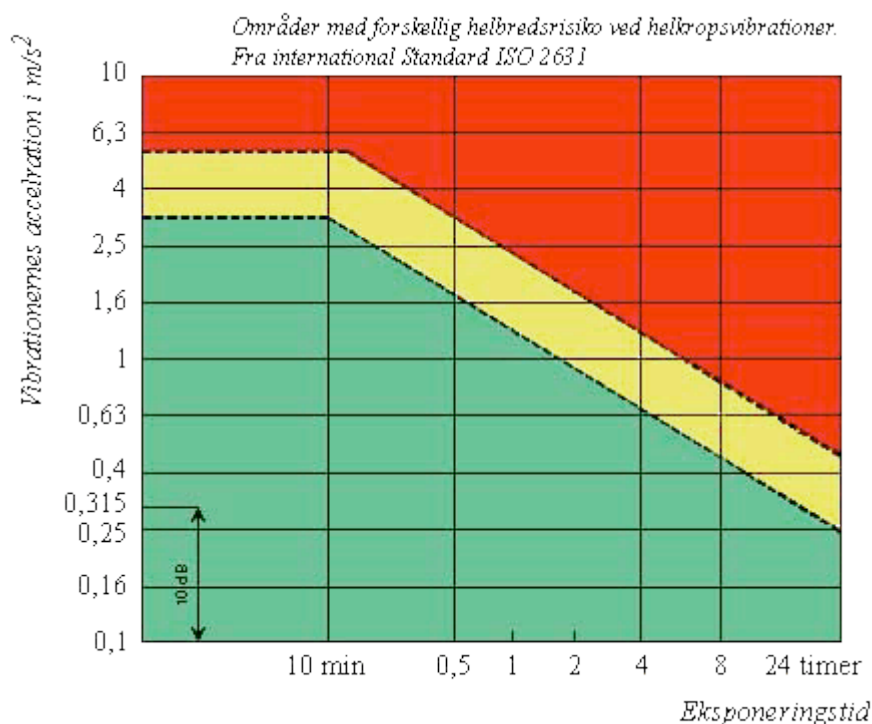
Ved en vibrationsstyrke, der ligger over dette niveau, reduceres kravet til den daglige eksponeringstid, og ved en daglig eksponeringstid på mere end ¾ af en normal arbejdsdag reduceres kravet til vibrationsstyrken. Kravet kan dog ikke nedsættes til mindre end 0,60 m/s².

Kravet til den daglige eksponeringstid kan desuden nedsættes, hvis der har været tale om en særligt langvarig udsættelse, det vil sige 15 år eller derover. Kravet kan dog ikke nedsættes til mindre end halvdelen af en normal arbejdsdag.

Helkropsvibrationernes styrke måles i m/s² i 3 retninger vinkelret på hinanden. Der henvises til figur 1, der beskriver måling af vibrationer og sammenhængen mellem vibrationsstyrke og den daglige eksponeringstid. Den højest målte værdi i nogen af de 3 hovedretninger anvendes for at bedømme skaderisikoen.

Figur 1: Helkropsvibrationer

Den internationale standardiseringsorganisation (ISO) har på baggrund af foretagne undersøgelser opstillet sammenhængen mellem ekspositionsstyrke for helkropsvibrationer og risikoen for helbredsskader bredt set. Standarden er benævnt ISO 2631 og vises i figuren.



Helkropsvibrationer kan måles ved hjælp af en flad gummiplade med indstøbte vibrationsfølere, der anbringes på sædet under føreren. Vibrationernes acceleration måles i m/s² i 3 retninger vinkelret på hinanden. På diagrammet i figuren er vibrationsstyrken angivet på den lodrette akse og eksponeringstiden på den vandrette akse. Vibrationsstyrken i vandret retning skal ganges med 1,4, inden der sammenlignes med lodret og figuren anvendes. Diagrammet indeholder 2 parallelle forløbende kurver. Ved eksponeringer under den nederste kurve er der ikke klart dokumenterede

skadelige helbredsvirkninger. Mellem kurverne kan der være helbredsrisiko. Over den øverste kurve er der helbredsrisiko.

Eksempel: Den målte vibrationsstyrke i den dominerende retning er 1 m/s^2 . Det indebærer, at risikoen for skader er lille, hvis eksponeringstiden er mindre end knapt 2 timer per dag. Hvis eksponeringstiden derimod er over cirka 5 timer per dag, er risikoen for skader stor.

Forskellige køretøjers vibrationsstyrke

Figur 2: Eksempler på vibrationsstyrker for nogle typer kørende arbejdsredskaber og transportmidler i drift

Over 1 m/s^2 :

- De fleste bæltekøretøjer
- Visse trucks
- Visse entreprenørmaskiner
- Mange skovbrugsmaskiner

0,70-1 m/s^2 :

- Mange entreprenørmaskiner
- En række traktorer og landbrugsredskaber
- Nogle ældre lastbiler uden moderne affjedring
- Visse trucks
- Enkelte kraner

Under $0,70 \text{ m/s}^2$:

- Visse trucks
- De fleste kraner
- De fleste sættevogne og lastbiler
- Varevogne
- Busser
- Personbiler
- Tog
- Skibe

Som ovenstående figur viser, vil kørsel med bæltekøretøjer, entreprenørmaskiner, herunder bulldozere, gravemaskiner, dumpere, loadere, kabelgravere og gummigeder, traktorer og andre landbrugsmaskiner samt skovbrugsmaskiner som udgangspunkt kunne indebære vibrationer af en tilstrækkelig styrke.

Desuden vil kørsel med nogle former for trucks (forstået som køretøjer til løft af last) kunne indebære tilstrækkelig vibrationsbelastning. Der skal dog være tale om trucks med massive gummihjul, som har været anvendt på ujævnt underlag.

I helt særlige tilfælde vil arbejde med kraner også kunne indebære tilstrækkelig vibrationsbelastning.

Kørsel med tog, busser, sættevogne, lastbiler, varevogne, personbiler – herunder taxa – og sejlads med skibe vil derimod normalt ikke indebære vibrationer af en tilstrækkelig styrke.

Yderligere information om forskellige køretøjers vibrationsstyrke kan hentes på en tysk database: <http://www.las-bb.de/karla/index.htm>

Dokumentation for helkropsvibrationer

Angivelsen af vibrationsniveauet er behæftet med stor usikkerhed, da underlagets beskaffenhed og køretøjets hastighed er af stor betydning for de samlede helkropsvibrationer i det konkrete tilfælde.

Der skal i det enkelte tilfælde være dokumentation for, at der har været tale om helkropsvibrationer af en styrke og varighed som anført ovenfor. Kravet om dokumentation betyder, at det ikke er tilstrækkeligt med en skønsmæssig angivelse af vibrationsudsættelsen. Der skal, så vidt muligt, foreligge en beskrivelse af de arbejdsmaskiner/køretøjer, der har været anvendt, med angivelse af maskinernes/køretøjernes type, årgang, affjedring/støddæmpning af køretøj eller sæde, varigheden af udsættelsen (per dag og i år), vibrationsstyrken og en beskrivelse af de omstændigheder, hvorunder maskinen/køretøjet har været anvendt.

Kan mere præcise oplysninger om disse forhold ikke tilvejebringes, foretages et skøn over de foreliggende oplysninger. Anerkendelse forudsætter, at det på dette grundlag kan godtgøres, at der har været tale om en udsættelse af den styrke og varighed, der stilles krav om.

3.3.5. Generelle betingelser for alle påvirkninger

Daglig belastning og hovedfunktion

De beskrevne arbejds- og dermed belastningsfaktorer, som indgår i vurderingen, skal have været den pågældendes hovedfunktion, der er foregået i en væsentlig del af arbejdsdagen, og der skal som udgangspunkt være tale om en daglig belastning (med undtagelse af fiskerarbejde og plejearbejde, hvor der gælder særlige krav).

Begrebet "dagligt" giver plads til, at der kan ses bort fra afbrydelser af kortere varighed. Det gælder, uanset at afbrydelsen skyldes, at den pågældende i de korte perioder udfører andet arbejde på arbejdspladsen, eller at der er tale om kortere arbejdsløshedsperioder.

Det betyder dog også, at belastninger af lænderyggen, som i en lang periode kun er forekommet i enkelte korte og spredte ansættelsesforhold eller ved udførelse af kortvarigt sæsonarbejde, normalt ikke tælles med, når perioderne lægges sammen, hvilket kan medføre, at sagen afvises.

Flere arbejdsforhold og kombinationer af belastninger

Om sygdommen skal anerkendes eller afvises som arbejdsskade, beror på en samlet vurdering af de belastninger, som den pågældende har været udsat for.

Den samme person har ofte haft flere arbejdsforhold, og løftarbejdet kan ofte have haft forskellig tyngde.

Hvis arbejdsforholdene hver for sig opfylder kravene, men den tidsmæssige udstrækning af arbejdet i det enkelte arbejdsforhold ikke er tilstrækkelig, indgår alle arbejdsforhold i den samlede bedømmelse.

Det gælder også, hvis belastningerne i de enkelte arbejdsforhold har været af forskellig karakter.

I så fald er det en forudsætning, at belastningerne hører ind under én eller flere af de grupperinger af løfte- og andre belastninger, der nævnes i det følgende:

- Stor samlet daglig løftebelastning
- Ekstremt tunge enkeltløft
- Særlige belastningsforhold
- Udsættelse for helkropsvibrationer
- Rygbelastende plejearbejde

Afgørelsen vil imidlertid bero på en samlet vurdering af alle de faktorer, der udgør belastningen, således som disse faktorer beskrives tilbage i tiden. I vurderingen indgår naturligvis, at det kan være vanskeligt at beskrive forholdene langt tilbage i tiden, og at dokumentationskravet derfor må anses for opfyldt, selvom beskrivelsen ikke er ganske præcis.

Hvis der er udført forskellige arbejdsfunktioner i løbet af arbejdsdagen, vil der blive foretaget en vurdering af den samlede daglige rygbelastning, ud fra en vurdering af hver arbejdsfunktionens belastning af lænderyggen samt de forskellige belastningers samlede tidsmæssige udstrækning.

Der kan for eksempel være tale om en vekslen mellem tungt løftearbejde i 1/3 af arbejdsdagen og kørsel med kraftigt vibrerende køretøjer og dermed udsættelse for helkropsvibrationer i 1/3 af arbejdsdagen. I den sidste tredjedel af arbejdsdagen udføres ikke rygbelastende arbejde. I dette tilfælde sker der en vekslen mellem forskellige arbejdsfunktioner over arbejdsdagen, hvor 2 af funktionerne opfylder kravene til en relevant påvirkning, og hvor disse påvirkninger samtidigt strækker sig over mere end halvdelen af arbejdsdagen. Sagen kan derfor anerkendes efter fortegnelsen.

Den tidsmæssige sammenhæng

Det er en forudsætning for anerkendelse, at der er en relevant tidsmæssig sammenhæng mellem sygdommen og det lænderygbelastende arbejde.

For rygsygdomme er den relevante tidsmæssige sammenhæng, at de første symptomer på sygdommen – eller i visse tilfælde forværringen af den forudbestående sygdom – viser sig nogen tid efter, at det rygbelastende arbejde er begyndt.

Ved nogen tid forstås – afhængigt af belastningens omfang – sædvanligvis flere år. Ved vurderingen lægges vægt på, om der for eksempel har været tale om en stor daglig løftemængde, meget tunge enkeltløft eller massiv udsættelse for helkropsvibrationer, eller om der er tale om en ung person.

I sådanne tilfælde vil der lægeligt være en tidsmæssig sammenhæng mellem arbejdet og lænderyg sygdommens udvikling, selvom de første symptomer viser sig kortere tid efter påbegyndelsen af det lænderygbelastende arbejde.

Det betyder også, at sygdommen ikke må have manifesteret sig som kronisk sygdom, før det belastende arbejde blev påbegyndt. Omvendt fører et enkeltstående tidligere tilfælde af akut lumbago med fuldstændig bedring ikke i sig selv til, at sagen uden videre afvises.

Det vil være et karakteristisk forløb, at lænderygsmærter udvikles gradvist i løbet af nogle år efter, at det rygbelastende løftarbejde er påbegyndt, og at sygdommen gradvist forværres med tiltagende smerter i forbindelse med den fortsatte belastning.

Det hører ofte med til sygdomsbilledet, at sygdommen på et tidspunkt akut forværres. Det har i disse tilfælde ikke nogen særlig betydning, om en sådan akut forværring indtræder i forbindelse med arbejdet eller i en anden situation, så længe forværringen faktisk sker i en periode, hvor der er tale om rygbelastende arbejde. Hvis den akutte forværring for eksempel sker uden for arbejdstiden, uden at der er tale om et ulykkestilfælde, vil rygsygdommen alligevel kunne henføres til det rygbelastende arbejde.

Tilsvarende gælder tilfælde, hvor der er en forudbestående lænderygsygdom, og hvor der sker en klar forværring med samme forløb som lige nævnt.

Det vil tale afgørende imod anerkendelse, hvis der er en periode uden symptomer mellem ophør af det rygbelastende arbejde og sygdommens udbrud. Det gælder eksempelvis, hvis en lænderygsygdom opstår efter flere år uden erhverv eller efter flere års beskæftigelse i erhverv, der ikke belaster ryggen. Det gælder, uanset om der tidligere har været tale om et arbejde, der opfyldte belastningsbetingelserne. Se Principafgørelse U-14-06, sag nr. 3.

Hvis der i en periode har været tale om rygbelastende arbejde, kan sygdommen anerkendes, hvis den opstår i en senere periode med mere moderat, men dog forholdsvis rygbelastende arbejde.

Dokumentation

Der skal i det enkelte tilfælde være dokumentation for, at arbejdet har indebåret løftarbejde, med en kvantificering af den daglige løftemængde samt enkeltløftenes størrelse. Kravet om kvantificering af løftarbejdet betyder, at det ikke er tilstrækkeligt med en skønsmæssig angivelse af den daglige løftemængde, plejebelastning eller udsættelse for helkropsvibrationer.

Det er derfor heller ikke tilstrækkeligt, at der har været tale om arbejde i en branche, hvor branchebeskrivelser viser, at der i almindelighed er tale om hårdt fysisk arbejde, der belaster ryggen. Sådanne mere generelle beskrivelser kan imidlertid støtte de oplysninger, der i øvrigt fremskaffes som led i den enkelte sags behandling.

Vi vil ved sagens behandling eventuelt indhente en arbejdsmedicinsk speciallægeerklæring.

Speciallægen vil blandt andet blive bedt om at beskrive og vurdere karakter og omfang af arbejdsfunktionerne, herunder hvilke former for løftarbejde, plejearbejde eller kørsel med kraftigt vibrerende køretøjer, der konkret er blevet udført, og om arbejdsfunktionernes belastning af lænderyggen.

Speciallægen skal foretage en individuel vurdering af belastningsforholdenes betydning for udvikling af sygdommen hos netop den undersøgte person. Undersøgelsen skal tillige inkludere andre objektive forhold af betydning for vurdering af sygdommen samt en beskrivelse af sygehistorien, herunder en beskrivelse af sygdommens debuttidspunkt, forløb, undersøgelser og behandlinger, herunder oplysninger om røntgen- og skanningsundersøgelser og deres eventuelle resultat, og oplysninger om, hvorvidt der er givet behandling hos kiropraktor eller fysioterapeut.

3.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold

Medfødte (kongenitte) misdannelser:

- Blokhvirvler
- Overgangshvirvler:
- Lumbosakrale overgangshvirvler (symmetrisk, asymmetrisk)

Tidligt udviklede rygdeformiteter:

- Morbus Scheuermann (juvenil dorsal kyfose/rundryggethed): Vækstforstyrrelse i hvirvlerne, der heler op med kileformede hvirvellegemer:
 - Høj morbus Scheuermann (i brystrygdelen)
 - Lav morbus Scheuermann (i overgang mellem brystryg og lænderyg)
- Spondylolistese (hvirveludglidning/hvirvelforskydning): Hyppigst er forskydning af nederste lændehvirvel, der skyldes løshed i arcus (arkolyse) og er medfødt, samt degenerativ spondylolistese, der ikke er medfødt. Olistesen (glidningen) påvises med stigende frekvens fra barneårene.
- Skoliose (sidekrumning af ryggen): Tilstand, der kan ses ved medfødte knoglemisdannelser og muskelsygdom og kan være arveligt betinget.

Degenerative ryg sygdomme:

- Spondylarthrosis, spondylosis, osteochondrosis (slid-)gigt i rygsøjlen): Diagnosticeres ved røntgen, men røntgenforandringer behøver ikke være symptomgivende.
- Diskusdegeneration og diskusprolaps: Diskusprolaps kan opstå uprovokeret hos patienter med diskusdegeneration eller ved rygtraumer.

Traumatiske rygs kader:

- Fraktur (brud): Kompressionsbrud af hvirvellegemer
- Distorsion (forvridning)

Dystrofiske knogleledssygdomme i ryggen:

- Osteoporose (diffust svind af knoglemassen), der kan skyldes forstyrrelser i kalkstofskiftet samt være aldersbetinget (hyppigst hos kvinder).
- Osteomalaci (nedsat kalkindhold i knoglerne): Skyldes vitamin D-mangel.

Inflammatoriske ryg sygdomme:

- Morbus Bechterew (spondylarthritis ankylopoietica): Inflammatorisk ryg sygdom, der minder om leddegigt og er genetisk betinget.

3.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen

Det er kun kronisk lænderyg sygdom med smerter, der er omfattet af fortegnelsens punkt B.1. Der skal desuden have været tale om påvirkninger, der opfylder kravene til anerkendelse.

Andre sygdomme eller påvirkninger uden for fortegnelsen vil i særlige tilfælde kunne anerkendes efter forelæggelse for Erhvervssygdomsudvalget.

Erhvervssygdomsudvalget har igennem en årrække indstillet andre skadelige påvirkninger til anerkendelse, som for eksempel:

- Jernbinding i foroverbøjet stilling, uden der samtidig har været løftarbejde
- Arbejde i en fikseret arbejdsstilling uden samtidigt løftarbejde
- Tungt løftarbejde

Jernbinding i foroverbøjet stilling

Der skal som udgangspunkt have været tale om 8-10 års arbejde med jernbinding i foroverbøjet stilling. Arbejdet er kendetegnet ved, at der er tale om kraftfuldt arbejde i foroverbøjet stilling.

Arbejde i en fikseret arbejdsstilling

Der skal have været tale om en arbejdsfunktion, hvor det på grund af ydre omstændigheder ikke er muligt at skifte arbejdsstilling. For eksempel svejsere, der arbejder i skibes bundtanke under meget trange forhold, og hvor svejsningen foregår i en fikseret og til tider særdeles akavet arbejdsstilling. Den tidsmæssige udstrækning for denne type arbejde skal som udgangspunkt være på omkring 8 år eller mere.

Herudover har udvalget anerkendt nogle få sager, hvor tilskadekomne har haft en ekstremt belastende arbejdsfunktion. For eksempel en tunnelgraver, der lå på maven i en snæver tunnel og gravede sig vej.

Tungt løftarbejde og andet

Der kan blandt andet være grundlag for at forelægge sagen for udvalget i tilfælde, hvor tilskadekomne har udført meget tungt løftarbejde eller andet ekstraordinært rygbelastende arbejde i en kortere årrække i en meget ung alder, hvis symptomerne på en kronisk lænderygssygdom er opstået i tilknytning til det rygbelastende arbejde.

Erhvervssygdomsudvalget har i en række sager vurderet, at løft med en vægt på under 5 kilo for kvinder og 8 kilo for mænd ikke kan anses for tilstrækkeligt rygbelastende til at udgøre en særlig risiko for at få en rygsygdom

Erhvervssygdomsudvalgets praksis ved vurdering af sager uden for fortegnelsen vil løbende blive meldt ud på Arbejdsskadestyrelsens hjemmeside.

3.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

3.6.1. Rygbelastende løftarbejde (B.1.a)

Eksempel 1: Anerkendelse af rygmerter efter løft af genstande (murerarbejdsmand i 10 år)

En mand arbejdede som murerarbejdsmand og til dels også som stilladsarbejder i 10 år. Arbejdet bestod i oppasning af 2-3 murere med mange daglige løft af byggematerialer, stilladselementer og lignende. Der var typisk tale om løft på 10 kilo eller mere, der blev udført i rygbelastende arbejdsstillinger på grund af forholdene på de forskellige byggesteder. Hans samlede daglige belastning lå på omkring 8-9 tons. I slutningen af perioden udviklede han svære lænderygmerter og blev siden opereret for diskusprolaps i lænden. Han havde efterfølgende fortsatte daglige smerter.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Murerarbejdsmanden har haft tungt rygbelastende løftarbejde på 8-9 tons i 10 år med typiske enkeltløft på 10 kilo eller mere, der er udført i

foroverbøjede stillinger, med vrid i ryggen og med andre belastende faktorer. Der er god sammenhæng mellem udviklingen af en diskusprolaps og det rygbelastende arbejde.

Eksempel 2: Anerkendelse af rygsmerter efter løft af genstande (bogbinderassistent i 17 år)

En kvinde arbejdede som bogbinderassistent i en større plastproduktionsvirksomhed i 17 år. Hendes arbejde bestod altovervejende i at betjene en maskine, som klæbede folie på papark. Hun påfyldte magasiner med stakke af pap i den ene ende af maskinen og tog færdiglaminerede ringbind fra i stød af 25 styk i den anden ende. Enkeltløftene vejede gennemsnitligt omkring 10 kilo, og mange af løftene foregik med fuldt udstrakte arme, i foroverbøjet stilling eller med vrid i lænden. Der var tillige tale om mere end 1 løft i minuttet. Den samlede daglige løftebelastning var på 9-10 tons. Efter godt 12 års arbejde udviklede hun smerter i lænden, og en speciallæge stillede siden diagnosen kroniske lænderygsmarter.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Bogbinderassistenten har haft tungt løftearbejde på 9-10 tons dagligt som bogbinderassistent igennem 17 år, hvor hun løftede genstande på omkring 10 kilo til og fra en plastlamineringsmaskine. Der var flere særlige belastningsfaktorer ved løftearbejdet, herunder løft af genstande med fuldt strakte arme, løft i foroverbøjet stilling og/eller vrid i lænden samt mere end 1 løft per minut. Der er derfor grundlag for at nedsætte kravet til enkeltløftenes vægt til omkring 10 kilo. Hun udviklede lænderygsmarter efter godt 12 års arbejde, og der er god årsagsmæssig og tidsmæssig sammenhæng mellem arbejdet og sygdommen.

Eksempel 3: Anerkendelse af rygsmerter efter løft af genstande (kartonnagearbejder i 20 år)

En kvinde arbejdede som kartonnagearbejder i en større industrivirksomhed i godt 20 år. Arbejdet indebar hyppige løft af papemner i bundter med en vægt fra få kilo til omkring 35 kilo med en gennemsnitsvægt på 15-20 kilo. Hun tog bundterne fra en palle og løftede dem til et bord, hvor de blev stødt sammen og efterfølgende løftet ind i en maskine. Hun løftede tillige emner fra maskine til paller. Der var tale om mere end 1 løft i minuttet samt løft i mere end ½ arms afstand fra kroppen, løft i foroverbøjet stilling og løft med armene over skulderhøjde. Den samlede daglige løftebelastning var 13-15 tons. Efter godt 15 års arbejde udviklede hun daglige lave lændesmerter, og en speciallægeundersøgelse samt røntgenbilleder påviste betydelige slidgigtforandringer i lænden.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Kartonnagearbejderen har haft tungt løftearbejde med en daglig løftebelastning på 13-15 tons igennem 20 år. Enkeltgenstandene har gennemsnitligt vejet 15-20 kilo, og hun har foretaget mere end 1 løft i minuttet, løft i mere end ½ arms afstand fra kroppen og løft i foroverbøjet stilling eller med armene løftet over skulderhøjde ved løft fra og til palle. Der er derfor grundlag for at reducere kravet til enkeltløftenes vægt fra udgangspunktet på 35 kilo for kvinder til 15-20 kilo. Den samlede daglige løftebelastning og belastningsperioden har derudover været omfattende og væsentligt over fortegnelsens krav på 8-10 år. Der er endvidere god tidsmæssig sammenhæng mellem belastningen og sygdommens opståen.

Eksempel 4: Anerkendelse af rygsmerter efter løft af genstande (postarbejder i 18 år)

En mand arbejdede som postarbejder i 15 år. Arbejdet indebar de første 5 år omlæsning af banevogne med hyppige løft af pakker og sække med en vægt på 1-100 kilo (gennemsnitsvægt 30-35 kilo). De følgende år arbejdede han i centralsorteringen på posthuset, hvor han tømte postsække, udsorterede til postreoler og pakkede post i sække til udkørsel. Dette arbejde indebar løft af mellem 100 og 200 tunge postsække med en vægt på gennemsnitligt 30-60 kilo, udsortering af breve med omkring 2000 breve i timen og nedpakning af post i sække med en gennemsnitsvægt på 30-60 kilo,

der blev løftet til et pakkebånd. Den daglige løftebelastning af genstande på mellem 30 og 60 kilo var 6-8 tons. Arbejdet var tillige karakteriseret ved hyppige løft i dårlige arbejdsstillinger med løft i lav eller høj arbejdshøjde under knæhøjde eller over skulderhøjde, lange og skæve rækkeafstande, foroverbøjede løftstillinger og løft med armene holdt i lang afstand fra kroppen. Efter godt 15 års arbejde udviklede han tiltagende smerter i lænden. Han fik ved en speciallæge og ved undersøgelser på hospital konstateret en diskusprolaps samt degenerative forandringer i den nedre lænd.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Postarbejderen har igennem mere end 15 år haft tungt løftearbejde med en daglig belastning på mellem 6 og 8 tons. De løftede emner har typisk vejet mellem 30 og 60 kilo, og der har været tale om meget akavede og belastende løfteforhold. Løftearbejdets karakter og omfang i tons og år giver grundlag for at nedsætte kravet til henholdsvis enkeltløftenes vægt og til den daglige belastning. Han har udviklet en kronisk lænderygssygdom med smerter, og der er relevant og god sammenhæng mellem sygdomsforløbet og løftearbejdet.

Eksempel 5: Anerkendelse af rygsmerter efter løft af genstande (lufthavnsportør i 10 år)

En mand arbejdede som flyportør i Kastrup Lufthavn i godt 10 år. Arbejdet bestod i lastning og losning af omkring 10 fly dagligt i et firemandssjak. Vægten på bagagen per fly varierede fra få hundrede kilo til 4 tons per fly med et gennemsnit på 1,2 tons per fly. Den samlede daglige løftebelastning svarede til 4-5 tons per person, og enkeltløftene havde typisk en gennemsnitsvægt på 15-25 kilo. En stor del af løftearbejdet foregik i uhensigtsmæssige arbejdsstillinger, kendetegnet ved blandt andet hugsiddende eller knæliggende løft i flyets lastrum, og med hyppige vrid i lænden. Han fik efter 8 års arbejde tiltagende lændegener med daglige smerter, der forværredes ved belastninger. En speciallæge stillede diagnosen kroniske lænderygsmerter.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Lufthavnsportøren har fået en kronisk lænderygssygdom med smerter efter 10 års arbejde, hvor han har lastet og losset fly. Han har haft en daglig løftebelastning på mellem 4 og 5 tons med typiske enkeltløft på 15-25 kilo. Arbejdet har været kendetegnet ved meget akavede og rygbelastende løfteforhold, blandt andet ved mange løft på hug eller på knæ i trange lastrum i flyene, lange rækkeafstande og hyppige vrid i lænden. Der er derfor grundlag for at reducere kravet til den daglige løftebelastning til 4-5 tons og kravene til emnernes vægt til 15-25 kilo. Der er tillige god overensstemmelse mellem arbejdet og sygdommens opståen.

Eksempel 6: Afvisning af rygsmerter efter løft af genstande (lagerekspedient i 17 år)

En mand arbejdede som lagerekspedient i en større grøntproduktionsvirksomhed i 17 år. Arbejdet bestod i lagerarbejde af forskellig art og omfattede daglige løft af paller, frugtkasser og lignende. De enkelte løft vejede typisk mellem 3 og 25 kilo, og den samlede daglige løftebelastning var på mellem ½ og 1 ton. Han havde derudover en del vandrette træk af tunge pallevogne og lignende. Efter mere end 30 års arbejde udviklede han daglige lænderygsmerter med nedsat bevægelighed i lænden. En speciallæge stillede diagnosen lumbago (lændesmerter).

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Lagerekspedienten har fået en kronisk lænderygssygdom efter mange års arbejde, hvor den daglige løftebelastning imidlertid har været på under 1 ton og dermed væsentligt under 8-10 tons per dag. Arbejdet med vandrette træk af vogne kan ikke medregnes som rygbelastende arbejde, da der ikke har været tale om rygbelastende træk opad. Der er derfor ikke tale om rygbelastende arbejde i et omfang, der er omfattet af fortegnelsen.

Eksempel 7: Afvisning af smerter i øvre brystryg efter rengøringsarbejde (rengøring i 10 år)

En kvinde arbejdede med rengøring af en virksomheds lokaler og toiletter i 5 timer per dag i 5 år og siden på fuld tid i 5 år. Arbejdet bestod i aftørring af overflader, tømning af papirkurve, støvsugning samt gulvvask. Hun havde en rengøringsvogn nogle af stederne, hvor der var håndbetjent vridemaskine og anvendelse af tør-/vådmoppe. Andre steder havde hun en gulvspand samt gulvskruber stående. Hun bar gulvspanden rundt og vaskede med gulvspand og klud. Enkelte steder havde hun tør- og vådmopper, hvor kluden blev vredet manuelt. Der var 3 støvsugere til rådighed, som hun bar rundt gennem produktionslokalerne til de forskellige rum. Gulvvasken blev foretaget efter behov. Gennem de sidste par år fik hun tiltagende gener i form af smerter i brystryggen og fik af en speciallæge stillet diagnosen thorakalt facetsyndrom (smerter i øvre brystryg). Der var ikke tale om smerter i lænderyggen.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Den anmeldte sygdom thorakalt facetsyndrom (smerter i øvre brystryg) er ikke optaget på fortegnelsen, da den medicinske dokumentation på området ikke viser sammenhæng mellem påvirkninger på arbejdet og denne sygdom. Der er heller ikke grundlag for at forelægge sagen for Erhvervs sygdomsudvalget med henblik på eventuel anerkendelse uden for fortegnelsen som følge af arbejdets særlige art, da påvirkningen i form af rengøringsarbejde ikke kan anses for at udgøre en særlig risiko for at udvikle smerter i brystryggen.

3.6.2. Rygbelastende løftearbejde med ekstremt tunge løft (B.1.b)

Eksempel 8: Anerkendelse af rygsmerter efter ekstremt tunge løft (brolægger i 8 år)

En mand arbejdede som anlægsgartner i en større kommune i 8 år. Arbejdet bestod i den overvejende del af arbejdstiden i forskellige former for brolæggerarbejde. Han var blandt andet beskæftiget med at lægge brosten og chaussésten i indkørsler og lægge fortov. Arbejdet indebar en samlet daglig løftebelastning på mellem 3 og 5 tons. Der var tillige tale om almindeligt forekommende løft af tunge kantsten og fliser med en vægt på mellem 75 og 150 kilo, løftet ved 1-2 mand. Andre emner vejede 8-50 kilo. Arbejdet foregik typisk under meget rygbelastende løfteforhold med løft i lav højde, i skæve vinkler, i lang rækkeafstand og med mange vrid i lænden. Han fik stærke og pludseligt indsættende lænderygsmerter uden ydre årsag efter 8 års arbejde og fik ved hospitalsundersøgelse konstateret diskusprolaps i lænden. Efter konservativ behandling havde han fortsatte daglige rygsmerter og nedsat bevægelighed i lænden.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Anlægsgartneren har fået en kronisk lænderygs sygdom med smerter efter tungt løftearbejde som brolægger i 8 år. Han har haft en daglig løftebelastning på mellem 3 og 5 tons, og arbejdet har været kendetegnet ved almindeligt forekommende, ekstremt tunge enkeltløft på mellem 75 og 150 kilo under meget akavede og rygbelastende løfteforhold. Der er som følge af de akavede løfteforhold grundlag for at reducere kravet til vægten af det enkelte ekstremt tunge enkeltløft. Sagen opfylder derfor kravene efter fortegnelsen.

Eksempel 9: Anerkendelse af rygsmerter efter ekstremt tunge løft (maskinmontør i 8½ år)

En mand arbejdede som montør af maskindele i en større maskinproduktionsvirksomhed i godt 8½ år. Hans arbejde bestod overvejende i at montere elektromotorer på større maskindele. Motorerne havde typisk en vægt på mellem 50 og 95 kilo. Monteringen indebar løft eller delvise løft af motorerne fra vogn til maskine, hyppigt med lang rækkeafstand, vrid i lænden og løft i foroverbøjet stilling, når motordelen skulle løftes fra vogn til maskine, bakses på plads og placeres korrekt før den endelige montering. Hver motor krævede typisk flere håndteringer, og den daglige løftebelastning var på mellem 3 og 4 tons. Efter omkring 7 års arbejde fik han begyndende smerter

lavt i lænden, der efterhånden fik en kronisk karakter med daglige smerter og nedsat bevægelighed i lænden. En speciallæge stillede diagnosen diskusdegeneration i den nedre lænd, hvilket blev bekræftet af røntgenundersøgelse.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Montøren har haft tungt løftearbejde i 8½ år med løft af genstande på mellem 50 og 95 kilo under meget akavede og rygbelastende løfteforhold. Der er derfor grundlag for at nedsætte kravet til enkeltløftenes vægt til mellem 50 og 95 kilo. Da der har været en daglig løftebelastning på mindst 3 tons og tilskadekomne har fået en kronisk lænderygssygdom i god tidsmæssig sammenhæng med det tunge løftearbejde, opfylder sagen kravene til anerkendelse efter fortegnelsens punkt om løft af ekstremt tunge genstande.

Eksempel 10: Afvisning af rygsmerter efter ekstremt tunge løft (kreaturslagter i 15 år)

En mand arbejdede som kreaturslagter i et større provinsslakteri i godt 15 år. Arbejdet indebar hyppige løft af dele fra parterede kreaturer, herunder løft af halvparter, bagfjerdinge og forfjerdinge, og almindeligt forekommende enkeltløft på mellem 75 og 100 kilo. Den daglige løftebelastning var på mellem 4 og 6 tons. Arbejdet var generelt præget af dårlige løfteforhold, løft over lange afstande, lang rækkeafstand, løft over skulderhøjde og mange løft på nakke-skulderåget. Efter 15 år overgik han til arbejde som tarmrenser på et svineslagteri. Dette arbejde var ikke præget af rygbelastninger. Efter godt 5 års arbejde på svineslagteriet udviklede han daglige lænderygssmerter med udstråling til højre ben, og en speciallæge stillede diagnosen lumbago med iskias.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Kreaturslagteren har fået en kronisk lænderygssygdom efter mange års tungt løftearbejde med hyppige, ekstremt tunge enkeltløft og en daglig løftebelastning på mellem 4 og 6 tons. Han udviklede imidlertid først symptomer på sygdommen efter 5 års senere arbejde som tarmrenser, hvor arbejdet fandt sted uden væsentlige rygbelastninger. Der er derfor ikke god tidsmæssig sammenhæng mellem det tidligere belastende løftearbejde som kreaturslagter og sygdomsudviklingen.

3.6.3. Rygbelastende plejearbejde (B.1.c)

Eksempel 11: Anerkendelse af rygsmerter efter plejearbejde (sygeplejerske i 19 år)

En 50-årig kvinde arbejdede i godt 19 år som sygeplejerske på en skadestue på et sygehus. Arbejdet medførte blandt andet forflytning af patienter fra bære til røntgenleje og siden til seng omkring 6 gange dagligt i samarbejde med falckreddere eller portører. Forflytningerne var særligt rygbelastende, fordi patienterne som regel havde vanskeligt ved at samarbejde om forflytningerne. Der var mellem 10 og 20 rygbelastende personhåndteringer per dag. I slutningen af perioden udviklede hun lænderygssmerter af en kronisk karakter, der var til stede næsten dagligt og forværredes ved forskellige belastninger.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Sygeplejersken har i en meget lang periode på over 15 år haft mellem 10 og 20 rygbelastende personhåndteringer per dag. Der er grundlag for at reducere kravet om mindst 20 personhåndteringer per dag til 10, da belastningsperioden har været over 15 år. Arbejdet har derudover været særligt belastende som følge af patienternes skader, der gjorde dem vanskelige at forflytte. Der er god sammenhæng mellem arbejdet og rygsygdommens opståen og tillige stort set daglige lænderygssmerter.

Eksempel 12: Anerkendelse af rygsmarter efter plejearbejde (hjemmehjælper i 8½ år)

En kvinde arbejdede som hjemmehjælper i aftenvagter i en kommune i 8½ år. Arbejdet indebar som del af en helhedspleje besøg hos borgere i deres hjem og besøg hos borgere på plejehjem. Hun havde på en vagt cirka 25 besøg, heraf 12 hos ikke-selvhjulpne borgere. Plejeopgaverne hos de ikke-selvhjulpne borgere indebar personforflytninger ved tøj- og bleskift i sengen, forflytninger fra stol til seng og omvendt og hjælp til toiletbesøg. Hun havde typisk 2-3 forflytninger hos hver af de ikke-selvhjulpne borgere, hvilket svarede til cirka 25-35 rygbelastende personhåndteringer per vagt. Efter omkring 7½-8 års arbejde begyndte hun at få tiltagende lænderyggener, som i slutningen af arbejdsforholdet fik en mere kronisk karakter med daglige smerter. En speciallæge stillede diagnosen degenerative forandringer i lænderygsøjlen.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Hjemmehjælperen har i mere end 8 år haft rygbelastende plejearbejde, hvor arbejdet har været karakteriseret af omkring 25-35 personhåndteringer af plejkrævende borgere dagligt. Kravet om mindst 8-10 års belastende plejearbejde med mindst 20 daglige personhåndteringer er således opfyldt. Der er god sammenhæng mellem rygsygdommens opståen og det rygbelastende plejearbejde.

Eksempel 13: Anerkendelse af rygsmarter efter plejearbejde med større handicappede børn (socialpædagog i 13 år)

En kvinde arbejdede i omkring 13 år som socialpædagog på en døgninstitution for børn og unge med svære fysiske og psykiske handicaps. Gennemsnitsalderen i huset var 13-14 år. Socialpædagogen var tilknyttet et hus, hvor der var 5 kørestolsbrugere, som var meget plejkrævende, og 3 beboere, som var mobile, men plejkrævende. Der blev anvendt personlift i forbindelse med badning og toiletbesøg. Til anvendelse af liften skulle personen placeres i det tilhørende sejl, hvilket skete ved at rulle eller skubbe vedkommende ind på sejlet. Arbejdsgiver oplyste, at børnene blev løftet og forflyttet i forbindelse med mange af de aktiviteter, som de deltog i, og at der var tale om mange tunge personhåndteringer dagligt. Hun udviklede efter 12-13 år kroniske lænderygsmarter, og hospitalsundersøgelser viste 2 mindre diskusprolaps i lænden.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Socialpædagogen har arbejdet i mere end 8-10 år med større handicappede børn, hvor arbejdet har været karakteriseret af mange daglige håndteringer af tungt plejkrævende personer. Antallet af personløft og håndteringer er ikke angivet udtrykkeligt, men efter beskrivelsen har der sandsynligvis været tale om en plejetyngde, der må anses for at have indebåret mindst 20 daglige rygbelastende personhåndteringer. Der er tillige god overensstemmelse mellem sygdommens opståen og plejearbejdet.

Eksempel 14: Anerkendelse af rygsmarter efter plejearbejde (sygehjælper i 23 år)

En kvinde arbejdede som sygehjælper på et plejehjem gennem 23 år. De første 8 år havde hun mindre end 8 personhåndteringer dagligt. Derefter havde hun 15 personhåndteringer dagligt, bortset fra en periode på 7 år med 25 til 30 personhåndteringer dagligt. Der var tale om tungt, plejkrævende klientel med mange kørestolsbrugere og meget lidt selvhjulpne beboere. Efter mere end 20 års arbejde udviklede hun daglige smerter i lænden, og hun fik af en speciallæge stillet diagnosen kroniske lænderygsmarter.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Sygehjælperen har arbejdet i 23 år med tungt plejkrævende beboere på et plejehjem. De første 8 år kan ikke medregnes som rygbelastende plejearbejde, da der har været under 10 personhåndteringer per dag. Hun har imidlertid haft

mellem 25 og 30 personhåndteringer dagligt i 7 år og derudover godt 8 år med 15 personhåndteringer per dag. Hun har haft tungt plejekrævende arbejde, der mere end opfylder fortegnelsens krav i 7 år og derudover moderat tungt plejearbejde i 8 år. Der er grundlag for at reducere kravet til antallet af personhåndteringer til 15 per dag i en del af perioden, da der samlet set har været tale om en meget lang belastningsperiode med relevant plejearbejde i 15 år og der tillige har været tale om meget rygbelastende arbejde. Der er endvidere god tidsmæssig sammenhæng til sygdommens opståen i umiddelbar forlængelse af perioden med det tungeste plejearbejde.

Eksempel 15: Anerkendelse af rygsmerter efter plejearbejde (sygeplejerske i 9 år)

En kvinde arbejdede som sygeplejerske på en medicinsk hospitalsafdeling med mange ældre patienter. Arbejdet bestod både i traditionelle sygeplejeopgaver som medicingivning/-dosering, sårskifte og administration og i forskellige former for personhåndtering af sengeliggende, gangbesværede og ikke-selvhjulpne patienter i forbindelse med plejeopgaver. Hun havde ifølge egne og arbejdsgivers oplysninger mellem 20 og 25 tungere personhåndteringer per dag. Som 45-årig fik hun efter godt 9 års plejearbejde daglige lænderygsmerter samt bevægeindskrænkning. En speciallæge stillede diagnosen slidgigt i lænderygsøjlen.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Sygeplejersken har arbejdet i 9 år, hvor arbejdet har indebåret mindst 20 belastende personhåndteringer per dag. Hun har fået en kronisk lænderygsygdom i form af slidgigt i lænden, og sygdommen er opstået i god tidsmæssig sammenhæng med det rygbelastende plejearbejde.

Eksempel 16: Afvisning af rygsmerter efter plejearbejde (social- og sundhedshjælper i 4 år)

En 56-årig kvinde arbejdede i en samlet periode på 4 år i et privat hjemmeplejefirma som social- og sundhedshjælper. Arbejdet bestod i diverse pleje- og hjemme hos-opgaver hos klienter i deres hjem. Under assistance til en kvinde skulle hun rede sengen og løfte hovedgærdet, mens kvinden selv stod ud af sengen, for at hun komme til. Hun fik under sengeredningen pludseligt indsættende lænderygsmerter, som siden fik et mere kronisk præg. De nærmere antal daglige personhåndteringer i den 4-årige arbejdsperiode var ikke oplyst, men det fremgik, at der typisk var tale om lettere plejefunktioner og andre former for assistance. Kvinden havde før dette arbejdsforhold været hjemmegående husmor uden lønarbejde i en 10-årig periode. Før dette var hun i en længere årrække beskæftiget som hjemmehjælper i en kommune, hvor hun dog ikke havde ryggener.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Social- og sundhedshjælperen har kun haft 4 års plejearbejde i en sammenlagt periode op til ryggenernes opståen, hvilket er under fortegnelsens krav om mindst 8-10 års plejearbejde i en nogenlunde sammenhængende periode. Plejearbejdet har endvidere haft en lettere karakter med sandsynligt højst 10 personhåndteringer per dag, hvilket ligger noget under de 20 daglige personhåndteringer, der normalt kræves, for at plejearbejdet kan anses for tilstrækkeligt belastende. Selvom kvinden tidligere i en årrække har haft plejearbejde, der kan have været belastende, kan denne periode ikke medregnes som følge af det efterfølgende afbrud i belastningen på 10 år. Der var desuden ikke lænderyggener i denne tidligere belastningsperiode.

Eksempel 17: Afvisning af rygsmærter efter arbejde med mindre børn (dagplejer i 14 år)

En 50-årig kvinde arbejdede igennem 14 år som dagplejer, hvor hun passede børn fra 0 til 3 år i sit eget hjem. Arbejdet indebar hyppige løft af børnene til stol, barnevogn, seng og omvendt, svarende til cirka 120 løft per dag. Børnene vejede fra 6 til omkring 15 kilo. I slutningen af perioden udviklede hun lændesmerter, og en speciallæge stillede diagnosen degenerative forandringer i lænderyggen (slidgigtforandringer).

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Dagplejeren har haft mange daglige personhåndteringer af mindre børn på mellem 0 og 3 år i 14 år, men belastningen er ikke omfattet af fortegnelsen, da der ikke har været tale om rygbelastende plejearbejde af voksne eller større handicappede børn. Der er heller ikke grundlag for at forelægge sagen for Erhvervs sygdomsudvalget med henblik på eventuel anerkendelse uden for fortegnelsen, da håndteringer af mindre børn ud fra den nuværende medicinske dokumentation på lænderygområdet ikke udelukkende eller i opvevejende grad kan forårsage en lænderygsygdom.

Eksempel 18: Afvisning af rygsmærter efter plejearbejde (hjemmehjælper i 12 år)

En kvinde arbejdede som hjemmehjælper i 12 år med 2 til 3 besøg hos ældre klienter dagligt, hvor der skulle ydes hjælp til at komme ud af sengen, til morgentoilette og til påklædning. Derudover havde hun 1 til 2 besøg med rengøringsopgaver. Øvrige besøg i løbet af dagen indebar mindre plejeopgaver, såsom medicinering og hjælp til at tage støttestrømper af og på. Samlet set var der tale om mellem 5 og 8 rygbelastende personhåndteringer dagligt. Efter 12 år udviklede hun kroniske lænderygsmærter, og en røntgenundersøgelse viste degenerative forandringer i den nedre lændehvirvelsøjle.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Hjemmehjælperen har i de 12 år med plejearbejde kun haft 5-8 rygbelastende personhåndteringer dagligt. Der har derfor ikke været tale om rygbelastende plejearbejde i et omfang, der er omfattet af fortegnelsen; det vil sige mindst 20 personhåndteringer dagligt i mindst 8-10 år. Tilskadekomne har tillige i en større del af dagen været beskæftiget med andre opgaver end pleje, og arbejdet har derfor heller ikke været karakteriseret ved rygbelastende plejearbejde i en større del af arbejdsdagen.

Eksempel 19: Afvisning af rygsmærter efter plejearbejde (sygehjælper 10-12 år)

En kvinde arbejdede som sygehjælper på forskellige hospitalsafdelinger i 10-12 år med ansættelse mere end 10 steder i perioden. Hun havde i cirka 3 år godt 20 daglige belastende personhåndteringer, mens der den øvrige tid var 10-15 eller mindre. Der er ikke beskrevet særligt belastende plejeforhold i sagen, herunder vanskelige plads- og adgangsforhold. Efter omkring 8 års arbejde udviklede hun daglige lænderygsmærter med udstråling til begge ben, og en speciallæge stillede diagnosen lumbago med iskias.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen, da sygehjælperen ikke har haft belastende plejearbejde i et omfang, der opfylder kravene efter fortegnelsen; det vil sige mindst 20 personhåndteringer per dag i mindst 8-10 år. Hun har kun haft mindst 20 daglige personhåndteringer i 3 år. Der er desuden ikke grundlag for at reducere kravet til det daglige antal personhåndteringer til 10-12 for de øvrige 7-9 år, da den samlede belastningsperiode ikke har været på mindst 15 år og plejearbejdet ikke i øvrigt er beskrevet som usædvanligt belastende.

Eksempel 20: Afvisning af rygsmærter efter plejearbejde (sygehjælper i flere perioder)

En kvinde arbejdede som sygehjælper på en medicinsk afdeling på et hospital med arbejde i perioderne 1973-87, 1991-93 og 1994-98. Fra 1998 og frem havde hun kun administrative

arbejdsfunktioner. Lænderyg sygdommen i form af en diskusprolaps i lænden debuterede i 1993. Der var tale om plejearbejde med en væsentlig plejetyngde fra 1973-87, men i denne periode var der ingen ryggener. Fra 1987 til 1991 havde hun ikke plejearbejde. Fra 1991-93 og fra 1994-98 havde hun igen plejearbejde, men tyngden var her i underkanten (10-12 personhåndteringer dagligt).

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Sygehjælperen har haft belastende plejearbejde i en længere periode på 14 år, afløst af en periode på 4 år uden plejearbejde. Hun har derefter haft beskedent til moderat plejearbejde i 7-8 år, og hendes lænderyg sygdom debuterer i denne sidste periode. Der har ikke været symptomer på en kronisk lænderyg sygdom i den første periode fra 1973 til 1987, hvor plejearbejdet var relevant belastende. Hun havde derefter en arbejdsperiode på 4 år uden belastende plejearbejde. Fra 1991 og frem havde hun let til moderat plejearbejde i 7-8 år med noget under 20 personhåndteringer per dag. Den sidste belastningsperiode er kun på 7-8 år, og dette rækker ikke i sig selv til anerkendelse efter fortegnelsen. Den belastende periode fra 1973-1987 kan ikke medregnes, da hun har haft en længere periode på 4 år uden relevante belastninger ind imellem de 2 perioder med rygbelastende arbejde. Der har derfor ikke været tale om en nogenlunde sammenhængende periode på 8-10 år med relevant belastende plejearbejde, der er udført i god tidsmæssig sammenhæng med sygdommens opståen.

3.6.4. Rygbelastende helkropsvibrationer (B.1.d)

Eksempel 21: Anerkendelse af rygsmerter efter helkropsvibrationer (jord- og betonarbejde i 11 år)

En mand arbejdede som jord- og betonarbejder i en større entreprenørvirksomhed i godt 13 år. Hans arbejde bestod i hovedparten af arbejdsdagen (omkring 6 timer) i at køre forskellige former for entreprenørmaskiner i forbindelse med udgravning og planering med videre på byggepladser. Han kørte blandt andet bulldozere, gravemaskiner og større traktorer, og kørslen foregik hyppigt på udpræget ujævnt underlag. Ifølge sagens oplysninger var der typisk tale om en belastning på omkring 1 m/s^2 . Efter 12 års arbejde fik han tiltagende lænderygsmerter, og en speciallægeundersøgelse i kombination med en røntgenundersøgelse påviste svær slidgigt i lændehvirvelsøjlen.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Jord og betonarbejderen har fået en kronisk lænderyg sygdom med smerter efter arbejde, hvor han har kørt med meget kraftigt vibrerende entreprenørmaskiner med et accelerationsniveau på omkring 1 m/s^2 i $\frac{3}{4}$ af arbejdsdagen i godt 13 år. Der har været tale om udsættelse for helkropsvibrationer i et omfang, der mere end svarer til fortegnelsens krav, og der er god sammenhæng mellem sygdommen og belastningen.

Eksempel 22: Anerkendelse af rygsmerter efter helkropsvibrationer/løft (lagerarbejde i 10 år)

En mand arbejdede som lagerarbejder og truckfører i en større produktionsvirksomhed i godt 10 år. Arbejdet bestod i godt halvdelen af arbejdsdagen i kørsel med trucks med hårde gummihjul i udendørs terræn og på ujævnt underlag. Det gennemsnitlige accelerationsniveau ved kørslen er angivet til omkring $0,8 \text{ m/s}^2$. I den øvrige del af arbejdsdagen var han i størsteparten af tiden beskæftiget med placering og hentning af forskellige vareemner på lageret. Dette arbejde indebar en del manuelt løftearbejde til og fra lagerreoler i lav og høj arbejdshøjde. Emnerne havde typisk en vægt på mellem 30 og 60 kilo, hvor de enkelte løft var forbundet med foroverbøjning, løft under knæhøjde eller over skulderhøjde, mange vrid i lænden og lange rækkeafstande. Den daglige løftebelastning blev opgjort til 4-5 tons. Efter godt 10 års arbejde udviklede han daglige

lænderygsmarter og svært nedsat bevægelighed i lænden, og en speciallæge stillede diagnosen kroniske lænderygsmarter.

Arbejdet kan anerkendes efter fortegnelsen. Lagerarbejderen har haft relevant rygbelastende udsættelse for helkropsvibrationer fra kørsel med trucks i 3-4 timer dagligt og med tungt løftearbejde på 4-5 tons i 3-4 timer dagligt, hvor enkeltemnerne har vejet mellem 30 og 60 kilo og løfteforholdene har været akavede og meget rygbelastende. Samlet set er kravene efter punkt A og D på fortegnelsen i kombination derfor opfyldt. Der er tillige god sammenhæng mellem rygsygdommens opståen og belastningerne på arbejdet.

Eksempel 23: Anerkendelse af rygsmarter efter helkropsvibrationer (affaldsmedarbejder i 10 år)

En 37-årig mand arbejdede på et affaldscenter i 10 år. Hans arbejde bestod i at køre med affaldshåndteringsmaskiner, herunder gummiged og kompaktor, på interne ujævne og hullede veje og arealer. Gummigeden blev brugt til at vende affaldet og læsse affald i for eksempel containere, og maskinen rystede kraftigt. Kompaktoren blev brugt til at komprimere og køre hen over affald og rystede ligeledes kraftigt. Han kørte disse maskiner hele dagen i alle årene. Helkropsvibrationerne ved betjening af de 2 maskiner var ifølge en rapport fra bedriftssundhedstjenesten på mellem 1,1 og 1,4 m/s². I slutningen af perioden udviklede han kroniske lænderyggener med daglige smerter.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Affaldsmedarbejderen har i 10 år haft rygbelastende arbejde med udsættelse for helkropsvibrationer på over 1 m/s² ved kørsel med kraftigt vibrerende køretøjer på ujævnt underlag i 7-8 timer dagligt. Der er god sammenhæng mellem arbejdet og udvikling af kroniske lænderygsmarter.

Eksempel 24: Afvisning af rygsmarter efter helkropsvibrationer (buschauffør i 14 år)

En mand arbejdede som buschauffør igennem godt 14 år. Arbejdet medførte kontinuerlige, lettere vrid i lænderyggen ved billettering samt stød igennem lænden ved kørsel over vejbumpe og på ujævne vejflader. Kørslen foregik i en normalaffjedret bus og medførte en vibrationsbelastning på noget under 0,5 m/s². Efter godt 14 års arbejde udviklede hun daglige rygsmarter, og en speciallæge stillede diagnosen lettere slidgigt i lænderyggen.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Buschaufføren har ikke været udsat for tungt løftearbejde eller helkropsvibrationer fra kraftigt vibrerende maskiner. Kørslen med bus i 14 år har indebåret lettere vibrationspåvirkninger på under 0,5 m/s², der imidlertid ikke opfylder kravene til belastningen efter fortegnelsen. Der har ikke i øvrigt været tale om ekstraordinære rygbelastninger, der kan give grundlag for anerkendelse af sagen.

Eksempel 25: Afvisning af diskusprolaps efter stående helkropsvibrationer (truckfører i 20 år)

En 53-årig mand arbejdede på en pålægsfabrik i godt 20 år. Arbejdet bestod i at køre en el-dreven palleløfter med massive gummihjul, primært i indendørs lagerarealer. Det fremgik, at gulvene i starten var ujævne på grund af niveauforskelle. Under kørslen stod han op, og der var således ikke tale om helkropsvibrationer til ryggen igennem et sæde. Der var ikke løftearbejde forbundet med det pågældende arbejde. Efter godt 15 år fik han begyndende lænderygsmarter, som senere fik et kronisk præg med udstråling til højre ben. Han fik derefter konstateret en diskusprolaps i lænden og blev opereret. Efter operationen havde han fortsatte daglige smerter og nedsat bevægelighed i lænden.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen, da truckføreren ikke har været udsat for helkropsvibrationer, der har forplantet sig til lænden igennem et sæde (siddende). Udsættelsen for helkropsvibrationer er her sket i stående stilling, og denne belastningstype er ikke omfattet af fortegnelsens punkt B.1.d. Det skyldes, at vibrationerne ved stående udsættelse dæmpes meget af benene, hvorved styrken af påvirkningen nedsættes væsentligt for lænden. Der er i dette tilfælde heller ikke tale om en ekstraordinært kraftig vibrationspåvirkning, der øger risikoen for at udvikle en lænderygsygdom væsentligt og dermed ville kunne begrunde forelæggelse af sagen for Erhvervs sygdomsudvalget med henblik på eventuel anerkendelse uden for fortegnelsen.

Yderligere informationer:

Ankestyrelsens principielle afgørelser om kroniske lænderygsygdomme kan ses på www.ast.dk

4. Kroniske nakke-skuldersmerter (B.2)

- 4.1. Punkt på fortegnelsen
- 4.2. Krav til diagnosen
- 4.3. Krav til påvirkningen
- 4.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme
- 4.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen
- 4.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

4.1. Punkt på fortegnelsen

Følgende sygdom i nakke-skulderområdet er efter den anførte påvirkning optaget på fortegnelsen over erhvervssygdomme (gruppe B, punkt 2):

Sygdom	Påvirkning
B.2. Kroniske nakke-skuldersmerter (<i>cervikobrakialt syndrom</i>)	Hurtigt gentagne bevægelser i skulder/overarm, eventuelt i kombination med nakkebøjning og/eller statisk belastning af nakke-skulderåget, i en længere årrække.

4.2. Krav til diagnosen

Der skal lægeligt være stillet diagnosen cervikobrakialt syndrom (kroniske nakke-skuldersmerter, ICD-10 M.53.1).

Diagnosen stilles medicinsk på baggrund af en kombination af:

- Den tilskadekomnes subjektive klager (symptomer)
- En klinisk objektiv undersøgelse

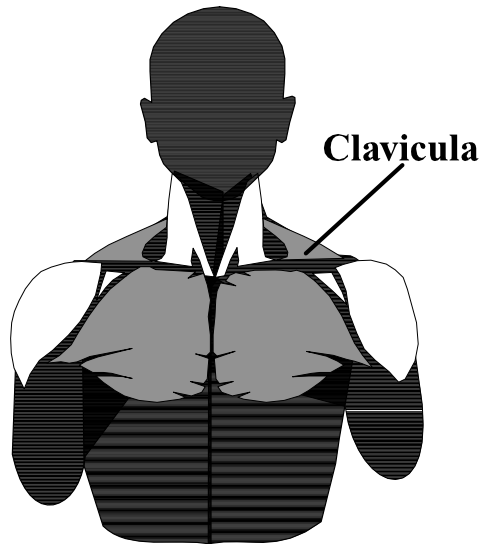
Symptomer

- Kroniske (daglige) smerter i nakke-skulderområdet
- Muskelømhed i nakke-skulderåget (se figur nedenfor)
- Eventuel forværring af smerter ved belastning
- Eventuelt nedsat bevægelighed.

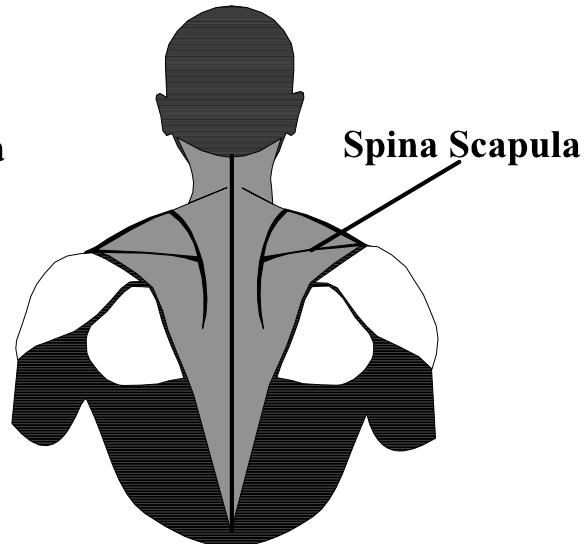
For at sygdommen er omfattet af fortegnelsen, skal der være kroniske (daglige) smerter.

Nakke-skulderregionens 12 områder (6 på hver side):

SET FORFRA



SET BAGFRA



De 12 muskelområder (6x2) fremtræder på tegningen med grå farve:

- Musculus trapezius
- Musculus levator scapulae
- Musculus infraspinatus
- Musculus supraspinatus
- Musculus pectoralis major
- Regio nuchae

Objektive tegn

Den kliniske diagnose ved cervikobrakialt syndrom (kroniske nakke-skuldersmerter) stilles ved en kombination af:

1. Angivelse af palpationsømhed i 12 områder i nakke-skulderåget (6 på hver side) i et skema, anført med smerter ved gennemfølingen på en skala fra 1-4, hvor:
 - 1 = Ingen ømhed
 - 2 = Let ømhed
 - 3 = Moderat ømhed
 - 4 = Betydelig ømhed
2. Angivelse af antallet af ømme områder (af de 12 områder)

For at diagnosen cervikobrakialt syndrom (kroniske nakke-skuldersmerter) kan stilles, skal der både være:

- Moderat til betydelig ømhed i flere af nakke-skulderågets 12 muskelområder
- Moderat til betydelig udbredelse til flere af de 12 muskelområder

Ømheden kan være uens udbredt på de 2 sider, hvis der er god overensstemmelse mellem den uens udbredelse og belastningen.

Det er kombinationen af styrken af smerter og udbredelsen af smerter/ømhed, der, sammenholdt med relevante påvirkninger ved arbejdet og påvirkningens tidsmæssige udstrækning, tilsammen gør det muligt at stille diagnosen arbejdsbetingede kroniske nakke-skuldersmerter.

Nakke-skuldersmerter med:

- Ingen eller let ømhed (grad 1 eller 2)
- Beskeden udbredelse af moderat til betydelig ømhed (grad 3 eller 4) til enkelte muskelområder

opfylder ikke de diagnostiske betingelser til sygdommen cervikobrakialt syndrom (kroniske nakke-skuldersmerter).

Ud over palpationsømhed kan der være nedsat bevægelighed i nakke og skulder og/eller konsistensøgning af muskulatur. Der er dog intet krav om nedsat bevægelighed eller konsistensøgning af muskulaturen, for at diagnosen kan stilles.

4.3. Krav til påvirkningen

For at sygdommen cervikobrakialt syndrom (kroniske nakke-skuldersmerter) er omfattet af fortegnelsen, skal der have været tale om en påvirkning i form af hurtigt gentagne bevægelser i skulder/overarm, eventuelt i kombination med nakkebøjning og/eller statisk belastning af nakke-skulderåget, i en længere årrække.

Hurtigt gentagne bevægelser i skulder/overarm, eventuelt i kombination med nakkebøjning og/eller statisk belastning af nakke-skulderåget, i en længere årrække øger risikoen for udvikling af kroniske nakke-skuldersmerter, der er kendetegnet ved moderat til betydelig ømhed i flere muskelområder i nakke-skulderregionen.

Belastningen skal være mekanisk og fysiologisk relevant for sygdommen.

Der skelnes ikke mellem arbejde i stående og siddende stilling.

Arbejdet må godt have medført forskellige arbejdsfunktioner i løbet af arbejdsdagen og således en vis variation. Hvis der er udført forskellige funktioner i løbet af arbejdsdagen, vil der blive foretaget en vurdering af hver enkelt arbejdsfunktionens konkrete belastning af nakke-skulderregionen. De relevante belastningers tidsmæssige udstrækning skal normalt samlet svare til mindst halvdelen af arbejdstiden (3-4 timer per dag).

Der kan for eksempel i løbet af arbejdsdagen være tale om en vekslen mellem 2 forskellige funktioner, der hver især medfører relevante, hurtigt gentagne bevægelser i skuldre/overarme og tilsammen udgør lidt over halvdelen af arbejdsdagen. Dertil 2 andre funktioner uden hurtigt gentagne bevægelser i skuldre/overarme i samlet lidt under halvdelen af arbejdsdagen, som ikke opfylder kravene til påvirkning. I dette tilfælde sker der en vekslen mellem 4 forskellige arbejdsfunktioner over arbejdsdagen, hvor 2 af funktionerne opfylder kravene til en relevant påvirkning. Da disse 2 funktioner samtidig strækker sig over mere end halvdelen af arbejdsdagen, kan sagen anerkendes efter fortegnelsen.

4.3.1. De tidsmæssige krav

Der skal have været tale om nakke-skulderbelastende arbejde i længere tid.

Det betyder, at der **som udgangspunkt** skal være udført relevant nakke-skulderbelastende arbejde i:

- Mindst 8-10 år
- Mindst 8 måneder per år
- Mindst halvdelen af arbejdsdagen (3-4 timer/dag)

Hvis der har fundet en særlig nakke-skulderbelastende påvirkning sted, vil kravet til belastningens tidsmæssige udstrækning (antal timer/måneder/år) kunne nedsættes.

Kravet til den samlede tidsmæssige varighed i antal år kan ikke nedsættes til under 6 år.

Særlige nakke-skulderbelastende påvirkninger, der kan medvirke til at nedsætte tidskravet, er:

- Ekstremt hurtigt gentagne bevægelser i skuldre/overarme
- Længerevarende bøjning af nakken
- Længerevarende statisk belastning af nakke-skulderåget
- Kraftfulde bevægelser i skulder/overarm
- En meget langvarig daglig belastning (over 8 timer/dag)

Ekstremt hurtige bevægelser i skulder/overarm vil som udgangspunkt sige mindst 25-30 bevægelser i skulder/overarm per minut eller mere.

Længerevarende og betydelige bøjninger af nakken i store dele af arbejdsdagen uden mulighed for løbende restitution (hvile) og udretning af nakkens muskulatur vil kunne nedsætte kravet til belastningens samlede tidsmæssige udstrækning, dog ikke til under 6 år.

Længerevarende statisk belastning af nakke-skulderåget, hvor nakke-skulderågets muskulatur fastholdes i samme position i meget lange perioder og i størsteparten af arbejdsdagen, vil kunne nedsætte kravet til belastningens samlede tidsmæssige udstrækning, dog ikke til under 6 år.

Nedsættelse af tidskravet, dog ikke til under 6 år, vil i øvrigt bero på en konkret vurdering af de særlige nakke-skulderbelastende påvirkningers omfang og karakter.

4.3.2. Øvrige belastningskrav

Hurtigt gentagne bevægelser i skulder/overarm

For at arbejdet kan betegnes som relevant nakke-skulderbelastende i fortegnelsens forstand skal der **altid** have været hurtigt gentagne bevægelser i skulder/overarm af en vis hyppighed/intensitet i mindst halvdelen af en normal arbejdsdag (3-4 timer/dag).

Bevægelser i skulder/overarm vil sige bevægelser af skulderleddet og/eller overarmen.

Der skal som udgangspunkt have været mere end 15 bevægelser i skulder/overarm per minut, for at arbejdet kan betegnes som hurtigt gentaget i fortegnelsens forstand. Dette antal kan eventuelt nedsættes, dog ikke til under 10 bevægelser/minut, hvis arbejdet har været præget af særlige belastningsforhold.

Følgende **særlige belastningsfaktorer** kan medvirke til at nedsætte kravet til antal gentagne bevægelser/minut, dog ikke til under 10 bevægelser/minut:

- Bøjning af nakken
- Statisk belastning af nakke-skulderåget
- Meget kraftfulde bevægelser i skulder/overarm
- En meget langvarig daglig belastning (over 8 timer/dag)
- En meget langvarig belastningsperiode (15 år eller mere)

Det er ikke noget krav, at der skal være udført hurtigt gentagne bevægelser i begge skuldre/overarme. Hvis belastningen har været ensidig, skal denne dog altid modsvares af klare sygdomstegn i henhold til de diagnostiske kriterier for kroniske nakke-skuldersmerter på den relevant belastede side.

Det taler omvendt ikke imod en anerkendelse, at der er klare sygdomstegn på begge sider, selvom belastningen har været forholdsvis ensidig.

Monotont præcisionsarbejde, der foregår tæt på kroppen og medfører gentagne bevægelser i hånd, underarm og/eller albue samt eventuelt statisk belastning af nakke-skulderåget og/eller nakkebøjning **uden** samtidige, hurtigt gentagne bevægelser i skulder/overarm, er ikke omfattet af fortegnelsen.

Nakkebøjning

Arbejde med nakkebøjning vil sige, at arbejdet er karakteriseret ved at være udført i positioner, hvor nakken fastholdes bøjet nedad (flekteret) i nogen tid ad gangen, samtidig med at der udføres hurtigt gentagne bevægelser i skulder/overarm. Det er dog ikke noget krav, at nakken skal have været bøjet hele tiden.

Hvis arbejdet generelt har været præget af nakkebøjning, vil kravet til antallet af gentagne bevægelser i skulder/overarm/minut kunne nedsættes, dog ikke til under 10 bevægelser/minut.

Kortvarige eller ganske lette bøjninger af nakken i løbet af arbejdsdagen vil ikke kunne karakteriseres som relevant nakkebøjning i fortegnelsens forstand.

Nakkebøjning uden samtidige, hurtigt gentagne bevægelser i skulder/overarm er ikke omfattet af fortegnelsen

Statisk belastning af nakke-skulderåget

Statisk belastning af nakke-skulderåget indebærer, at arbejdet er karakteriseret ved arbejdsstillinger, hvor nakke-skulderåget fastholdes i samme position i nogen tid ad gangen, samtidig med, at der udføres hurtigt gentagne bevægelser i skuldre/overarme.

Kravet om statisk belastning af nakke-skulderåget betyder ikke, at der slet ikke må have fundet korterevarende bevægelser sted af nakke-skulderåget i løbet af arbejdsdagen, men at arbejdet skal have medført en vis fortsat fiksering/fastholden af nakke-skulderågets muskler i stort set samme position i længere intervaller ad gangen.

Hvis arbejdet generelt har været præget af statisk belastning af nakke-skulderåget, vil kravet til antallet af gentagne bevægelser i skulder/overarm per minut kunne nedsættes, dog ikke til under 10 bevægelser/minut.

Statisk belastning af nakke-skuldermuskulaturen uden samtidige, hurtigt gentagne bevægelser i skulder/overarm er ikke omfattet af fortegnelsen.

Kraftfulde bevægelser i skulder/overarm

Hvis arbejdet har medført hurtigt gentagne bevægelser i skulder/overarm i kombination med en vis kraftudfoldelse i skuldrene/overarmene og eventuelt også i nakken, vil dette eventuelt kunne nedsætte kravet til antallet af gentagne bevægelser/minut eller kravet til belastningens varighed over tid.

For at arbejdet kan karakteriseres som relevant kraftfuldt for nakke-skuldermuskulaturen, skal der altid have været tale om kraftfulde bevægelser i skulder/overarm, mens der ikke nødvendigvis skal have været tale om kraftudfoldelse for nakkens muskler. Hvis arbejdet også har medført kraftudfoldelse for nakkemuskulaturen, vil dette dog indgå i den samlede vurdering af belastningen.

For at arbejdet kan karakteriseres som præget af kraftfulde bevægelser i skulder/overarm, skal der have været tale om en kraftudfoldelse, der ligger noget ud over den funktionskraft, der normalt bruges til at løfte og dreje armen uden indflydelse af særlige belastninger. Dette gælder særligt i de tilfælde, hvor arbejdet er karakteriseret ved gentagne bevægelser, uden at der samtidig er tale om belastende arbejdsstillinger for skulder/overarm.

Relevante kraftfulde bevægelser i skulder/overarm kan blandt andet være ved arbejde, hvor der skubbes, trækkes eller løftes meget med anvendelse af en del muskelstyrke i skulderen, eventuelt med samtidige vride- og drejebbevægelser i skulderleddet (for eksempel ved udbening på et slagteri).

I vurderingen af, om arbejdet kan betragtes som kraftfuldt på en relevant måde for nakke-skuldermuskulaturen, indgår:

- Graden af anvendelse af muskelkraft for skulder/overarm og eventuelt nakke
- Om emnet yder modstand
- Om der er samtidige vride- eller drejebbevægelser i skulderleddet og eventuelt nakken
- Om arbejdet udføres i akavede stillinger for skulder/overarm og eventuelt nakken, for eksempel i yderstillinger

Hvis arbejdet generelt har været præget af kraftfulde bevægelser i skulder/overarm, vil kravet til belastningens samlede varighed kunne nedsættes, dog ikke til under 6 år.

Meget kraftfulde bevægelser i skulder/overarm vil kunne nedsætte kravet til antallet af gentagne bevægelser/minut, dog ikke til under 10 bevægelser/minut.

Kraftfulde bevægelser i skulder/overarm uden samtidige, hurtigt gentagne bevægelser i skulder/overarm er ikke omfattet af fortegnelsen. Kraftudfoldelse i albue, underarm eller hånd er heller ikke omfattet af fortegnelsen.

Sygdomsbilledet og den tidsmæssige sammenhæng

Belastningen skal vurderes i forhold til personens størrelse og fysik.

Der skal tillige være god tidsmæssig sammenhæng mellem sygdommens opståen og det nakke-skulderbelastende arbejde.

De første symptomer på sygdommen skal således normalt vise sig nogen tid efter, at det nakke-skulderbelastende arbejde er begyndt. Ved nogen tid forstås – afhængigt af belastningens omfang – sædvanligvis flere år.

Ved vurderingen lægges dog vægt på, om der for eksempel har været tale om ekstraordinært store, daglige belastninger. I sådanne tilfælde vil der lægeligt være en tidsmæssig sammenhæng mellem arbejdet og sygdommens udvikling, selvom de første symptomer viser sig kortere tid efter påbegyndelsen af det nakke-skulderbelastende arbejde.

Det betyder også, at sygdommen ikke må have manifesteret sig som kronisk sygdom, før det belastende arbejde blev påbegyndt. Omvendt fører et enkeltstående, tidligere tilfælde af akutte nakkeskuldresmerter med fuldstændig bedring ikke i sig selv til, at sagen uden videre afvises.

Det vil være et karakteristisk forløb, at kroniske nakke-skuldresmerter udvikles gradvist i løbet af nogle år efter, at det belastende arbejde er påbegyndt, og at sygdommen gradvist forværres med tiltagende smerter i forbindelse med den fortsatte belastning.

Det hører indimellem med til sygdomsbilledet, at sygdommen på et tidspunkt akut forværres. Det har i disse tilfælde ikke nogen særlig betydning, om en sådan akut forværring indtræder i forbindelse med arbejdet eller i en anden situation, så længe forværringen faktisk sker i en periode, hvor der er tale om nakke-skulderbelastende arbejde. Hvis den akutte forværring for eksempel sker uden for arbejdstiden, uden at der er tale om et ulykkestilfælde, vil forværringen alligevel kunne henføres til det nakke-skulderbelastende arbejde.

I de tilfælde, hvor tilskadekomne er ophørt med det nakke-skulderbelastende arbejde, må der ikke have fundet en betydelig forværring sted efter ophør med det belastende arbejde. En væsentlig forværring efter belastningens ophør taler for, at nakke-skuldresygdommen ikke er arbejdsbetinget.

Vi vil ved sagens behandling eventuelt indhente en arbejdsmedicinsk speciallægeerklæring. Speciallægen vil blandt andet blive bedt om at beskrive og vurdere de forskellige arbejdsfunktioner og hyppigheden og karakteren af de bevægelser, som de medfører, herunder en indgående beskrivelse af de konkrete belastningsformer og deres styrke og varighed i løbet af arbejdsdagen og set over tid. Speciallægen skal også foretage en individuel vurdering af belastningsforholdenes betydning for udvikling af sygdommen hos netop den undersøgte person.

Speciallægen skal tillige foretage en klinisk undersøgelse, der inkluderer en undersøgelse af palpationsømhed i de 12 områder i nakke-skulderregionen og angivelse af undersøgelsens resultater i et særligt skema (styrke af ømhed samt udbredelse af ømhed i de 12 områder). Undersøgelsen skal

tillige inkludere andre objektive forhold af betydning for vurdering af sygdommen samt en beskrivelse af sygehistorien, herunder en beskrivelse af sygdommens debuttidspunkt, forløb, undersøgelser og behandlinger, blandt andet røntgen- og skanningsundersøgelser og deres resultat, samt eventuel behandling hos kiropraktor eller fysioterapeut.

4.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold

- Muskelsmerter af anden årsag end arbejdet (for eksempel fibromyalgi)
- Visse former for gigt i halshvirvelsøjlen og/eller skulderled
- Diskusprolaps i halshvirvelsøjlen
- Sygdom/symptomer som følge af degenerative forandringer i væv og knogler
- Følger efter piskesmældslæsion (følger efter whiplash-skade)
- Tidligere nakke-skuldersmerter (opstået før det belastende arbejdes påbegyndelse)

Gigtiske forandringer

Gigtiske forandringer på et røntgenbillede af halshvirvelsøjle, skulderhøjdeled (akromio-klavikulærled) eller skulderled giver i sig selv ikke anledning til afvisning af sagen.

Det væsentlige er, i hvilken grad disse gigtiske forandringer giver eller vil give symptomer af betydning for vurderingen af den anmeldte sygdom.

Kroniske nakke-skuldersmerter og forandringer i skulderleddets rotator cuff-sener

Hvis der alene er tale om forandringer i skulderleddets rotatorsener, kan denne sygdom ikke anerkendes efter fortegnelsens punkt om kroniske nakke-skuldersmerter.

Hvis der er påvist kroniske nakke-skuldersmerter, der kan anerkendes efter fortegnelsen, kan eventuelle samtidige forandringer i skulderleddets rotatorcuff dog indgå som en del af det samlede nakke-skuldersyndrom.

4.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen

Det er kun kroniske nakke-skuldersmerter (cervikobrakialt syndrom), der er omfattet af fortegnelsens punkt B.2 om nakke-skuldersygdomme. Der skal desuden have været tale om påvirkninger, der opfylder kravene til anerkendelse efter fortegnelsen.

Andre sygdomme eller påvirkninger uden for fortegnelsen vil i særlige tilfælde kunne anerkendes efter forelæggelse for Erhvervs sygdomsudvalget.

Et eksempel på en påvirkning, der eventuelt vil kunne anerkendes efter forelæggelse for udvalget, er meget kraftfulde belastninger af nakke-skuldermuskulaturen uden samtidige, hurtigt gentagne arbejdsbevægelser i fortegnelsens forstand.

Et andet eksempel er ekstremt hurtigt gentagne bevægelser i skuldre/overarme, eventuelt i kombination med andre særlige belastninger af nakke-skuldermuskulaturen, i en periode på under 6 år.

Erhvervs sygdomsudvalgets praksis ved vurdering af sager uden for fortegnelsen vil løbende blive meldt ud på Arbejdsskade styrelsens hjemmeside.

4.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

Eksempel 1: Anerkendelse af kroniske nakke-skuldersmerter (industrisyerske i 7 år)

Tilskadekomne arbejdede på fuld tid som industrisyerske med syning af arbejdstøj ved en overlock-symaskine i godt 7 år. Arbejdet indebar hurtigt gentagne bevægelser i skuldre/overarme omkring 20 gange/minut. Under arbejdet førte hun arme og skuldre fremad i takt med syprocessen for de enkelte stykker tøj. Nakke-skulderåget blev fastholdt i stort set samme stilling i størsteparten af tiden, kun afbrudt ganske kortvarigt, når hun skulle have fat i et nyt emne. Hun udviklede i det sidste år kroniske smerter i nakke-skulderområdet og fik af en speciallæge stillet diagnosen kroniske nakke-skuldersmerter med udtalt ømhed (styrke 3-4) i 5 af nakke-skuldermuskulaturens områder.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Syersken har fået konstateret kroniske nakke-skuldersmerter, efter at hun har udført hurtigt gentagne bevægelser i skuldre/overarme med samtidig, længerevarende statisk belastning af nakke-skulderåget ved syning på fuld tid og i en længere årrække. Da der her har været hurtigt gentagne bevægelser i skuldre/overarme over 15 gange/minut i kombination med længerevarende statisk belastning af nakke-skulderåget, kan kravet til belastningens varighed nedsættes fra normalt 8-10 år til her 7 år. Der er endvidere god tidsmæssig sammenhæng mellem det nakke-skulderbelastende arbejde og sygdommens opståen.

Eksempel 2: Anerkendelse af kroniske nakke-skuldersmerter (slagteriarbejder i 6 år)

En 48-årig mand arbejdede på fuld tid som slagteriarbejder i 6 år. Hans arbejde bestod overvejende i udbening og ud-/opskæring af større kødemner med sav eller kniv. En del af udskæringen foregik stående med udskæring af ophængte kødemner med løftede arme, mens andre udskærings- og udbeningsopgaver foregik stående ved et bånd. Arbejdet var generelt præget af bevægelser i højre skulder/overarm 10-15 gange/minut med samtidig væsentlig kraftudfoldelse i højre skulder. Arbejdet var tillige i godt halvdelen af arbejdstiden præget af længerevarende nakkebøjning, når han foretog udskæring og udbening stående ved et skærebånd. Han udviklede i slutningen af perioden kroniske nakkeskuldersmerter på både højre og venstre side af nakke-skulderåget med ømhed af grad 3-4 i hovedparten af nakke-skulderregionens 12 muskelområder.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Slagteriarbejderen har udført fuldtidsarbejde i 6 år, der i størsteparten af tiden har været præget af gentagne bevægelser i særligt højre skulder/overarm 10-15 gange per minut med samtidig stor kraftudfoldelse i højre skulder og længerevarende sekvenser med nakkebøjning. Da arbejdet har medført gentagne skulderbevægelser i kombination med stor kraftudfoldelse i højre skulder og længerevarende nakkebøjning, kan kravet til belastningens varighed nedsættes fra normalt 8-10 år. Kravet til antal skulderbevægelser per minut kan ligeledes nedsættes fra over 15 bevægelser/minut til her 10-15 bevægelser/minut, da arbejdet har indebåret stor kraftudfoldelse for højre skulder og nakkebøjning. Han har udviklet kroniske nakkeskuldersmerter, der opfylder kravene til diagnosen, på både højre og venstre side, og opfylder derfor kravene til anerkendelse af sygdommen som helhed, selvom belastningen overvejende har været højresidig.

Eksempel 3: Anerkendelse af kroniske nakke-skuldersmerter (træindustriarbejder i 8½ år)

En 32-årig kvinde arbejdede som træindustriarbejder på fuld tid i godt 8½ år. Hun stod i langt den overvejende del af arbejdsdagen ved en afkortersav, som hun fodrede med lange brædder på 4-5 meter. Efter afkortningen gled brædderne på et bånd til videre forarbejdning. Arbejdet medførte, at hun med begge hænder greb om de lange brædder i bundter af 4 stykker fra en pallevogn til højre

for hende, hvorefter hun løftede dem til afkortersaven og skubbede dem ind. Hvert bundt krævede 3 håndteringer, og hun havde en daglig produktion på 10.000 brædder. Det svarer til cirka 7.500 håndteringer per dag (7 timer) eller 15-20 håndteringer per minut. Hver håndtering medførte bevægelser i skulderleddene. Hun udviklede i løbet af det sidste år stadigt kraftigere nakkeskuldresmerter på begge sider og fik hos en speciallæge stillet diagnosen kroniske nakkeskuldresmerter med udtalt ømhed (grad 3-4) i 10 ud af nakke-skulderregionens 12 muskelområder.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Træindustriarbejderen har i 8½ år udført hurtigt gentagne skulderbevægelser 15-20 gange per minut ved håndtering af brædder til en afkortersav. Sygdommen opfylder også de diagnostiske krav efter fortegnelsen og er opstået i god tidsmæssig sammenhæng med det nakke-skulderbelastende arbejde.

Eksempel 4: Anerkendelse af kroniske nakke-skuldresmerter (elektronikmontrice i 6½ år)

Tilskadekomne arbejdede som elektronikmontrice i 11-12 måneder årligt og i alt 6½ år hos en virksomhed, der producerede styringselektronik og eltavler til vindmølleindustrien. Arbejdet bestod i printmontage og lodning siddende ved et arbejdsbord. Hun tog komponenter til venstre for sig, placerede dem i printet, som lå foran hende, og loddede komponenterne til printet, med en loddekolbe i højre hånd og loddetin i venstre hånd, på begge sider af printet. Lodningen foregik med hurtige bevægelser i hænder, arme og skuldre, hvor nakke-skulderåget blev holdt fast i stort set samme position under arbejdsprocessen og nakken overvejende blev holdt bøjet (flekteret). Arbejdet blev udført i højt tempo med over 15 bevægelser i skuldre/overarme per minut. Hun udviklede i slutningen af perioden tiltagende, og efterhånden udtalte, kroniske smerter i nakken og skulderåget. Hun fik af en speciallæge stillet diagnosen svære kroniske nakke-skuldresmerter (cervikobrakialt syndrom) med ømhed af grad 3-4 i otte områder i nakke-skulderregionen.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Elektronikmontricen har udviklet svære kroniske nakke-skuldresmerter med betydelig ømhed i størsteparten af nakke-skulderområdet efter montage- og loddearbejde, der i en årrække har været præget af hurtigt gentagne bevægelser i skuldre/overarme over 15 gange/minut. Da arbejdet samtidigt har været karakteriseret af længerevarende statisk belastning af nakke-skulderåget og bøjning af nakken i størsteparten af arbejdstiden, er der her grundlag for at nedsætte kravet til belastningens varighed fra normalt 8-10 år til 6½ år.

Eksempel 5: Anerkendelse af kroniske nakke-skuldresmerter (industrilaborant i 9 år)

Tilskadekomne arbejdede på fuld tid som industrilaborant i en medicinalvirksomhed i lidt over 9 år (108 måneder). Arbejdet bestod i cirka 4 timer/dag i kontrolarbejde, hvor hun testede virksomhedens produkter til celledyrkning for toksiner. Det meste af arbejdet foregik siddende med en stangpipette i sterilbænke bag en glasplade. Arbejdet foregik med hyppige bevægelser, omkring 20 gange/minut i højre overarm/skulder, der var halvt løftet ud fra kroppen. Hun udviklede svære smerter i nakke-skulderområdet, og en speciallæge stillede diagnosen kroniske nakke-skuldresmerter med udtalt ømhed (styrke 4) i 5 af nakkeskulderpartiets områder på højre side, og med lettere til moderat ømhed (styrke 2-3) i resten af områderne.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Tilskadekomne har været beskæftiget som industrilaborant i 9 år, hvor hun har udført pipetteringsarbejde, der i hovedparten af arbejdstiden har medført hurtigt gentagne bevægelser i højre overarm/skulder over 15 gange/minut. Hun udvikler derefter kroniske nakke-skuldresmerter med udtalt ømhed i en stor del af nakke-skulderpartiet, og der er god overensstemmelse mellem belastningen af nakke-skulderområdets

muskulatur og sygdommens opståen. Selvom arbejdet overvejende er udført med højre overarm/skulder, taler dette ikke imod, at hun både har udviklet nakke-skuldersmerter i højre og venstre side. Det væsentlige er, at hun er relevant belastet på den højre side, hvor de diagnostiske krav til ømheds udbredelse og styrke fuldt ud er opfyldt.

Eksempel 6: Anerkendelse af kroniske nakke-skuldersmerter (sejlmager i 7½ år)

En kvinde arbejdede som sejlmager med syning af sejl til større sejlbåde 10-12 måneder årligt og i alt 7½ år. Arbejdet indebar hele arbejdsdagen syning i forskellige sejldugsmaterialer, typisk af grov og forholdsvis tung kvalitet. Hun udførte typisk 15-18 bevægelser per minut i begge skuldre/overarme med en del anvendelse af muskelkraft, når hun skulle håndtere de store dugstykker til og fra maskinen, og under selve syningen, hvor det ofte var nødvendigt at dreje og vende stykkerne. Hun udviklede i slutningen af perioden konstante smerter og ømhed i nakke-skulderregionen, og en speciallæge stillede diagnosen kroniske nakkeskuldersmerter med udtalt ømhed (styrke 3-4) i ni af nakkeskulderpartiets områder.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Sejlmageren har igennem hele arbejdsdagen udført gentagne bevægelser i skuldre/overarme 15-18 gange/minut med nogen samtidig kraftudfoldelse for skuldrene. Da arbejdet har medført kraftudfoldelse for skuldrene, kan kravet til belastningens samlede varighed nedsættes fra normalt 8-10 år til her 7½ år.

Eksempel 7: Anerkendelse af kroniske nakke-skuldersmerter (industrislagter i 6 år)

En mand arbejdede som slagteriarbejder på fuld tid i et stort kalkunslagteri i lidt over 6 år. Hans arbejde bestod dels i ophængning af kalkunhøner og kalkunhaner på 8-18 kilo på "juletræer". Løftehøjden var fra knæhøjde til over skulderhøjde, og ophængningen krævede nogen kraftanvendelse i begge skuldre/overarme. Han foretog omkring 20 bevægelser i begge overarme/skuldre i minuttet under arbejdet med at hænge kalkuner op. Dette arbejde udførte han 1/3 af arbejdsdagen. I 1/3 af arbejdsdagen var han beskæftiget med udkæring af kalkunmaver med kråse. Udkæringen fandt sted i skulderhøjde, og han kunne håndtere 5-8 kalkuner i minuttet. Da hver udkæring krævede flere bevægelser i primært højre skulder, medførte arbejdet typisk 16-20 bevægelser i højre overarm/skulder i minuttet og nogen kraftudfoldelse for skulderen. I 1/3 af arbejdsdagen var han beskæftiget med at trække tarme ud af ophængte kalkuner med et antal af 10-16 tarmsæt i minuttet. Udtrækningen foregik med begge arme og med hænderne i skulderhøjde og overarmene næsten strakte. Hver udtrækning krævede typisk 1-2 meget kraftfulde bevægelser i begge skuldre/overarme eller i alt 10-32 bevægelser i minuttet. Han fik i slutningen af perioden smerter i nakke-skulderåget med overvægt af smerter på højre side. En speciallæge fandt betydelig muskulær ømhed (styrke 3-4) i 7 af nakke-skulderregionens muskelområder, heraf i 6 muskelområder på højre side, samt nedsat bevægelighed i nakken og højre skulder.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Industrislagteren har fået kroniske nakke-skuldersmerter med betydelig ømhed i 7 ud af 12 af nakke-skulderområdetets muskler med højresidig overvægt. Sygdommen er opstået, efter at han i 6 år som kalkunslagter har udført hurtigt gentagne bevægelser, typisk 16-20 gange i minuttet, i overarme/skuldre, i en stor del af arbejdsdagen og med den største belastning af højre skulder. Arbejdet har tillige været karakteriseret ved en del kraftudfoldelse for overarme/skuldre, hvilket giver grundlag for at nedsætte tidskravet fra 8-10 år til her 6 år.

Eksempel 8: Anerkendelse af kroniske nakke-skuldersmerter (fiskeindustriarbejder i 6½ år)

En kvinde arbejdede på fuld tid 8-10 måneder om året og i alt 6½ år i en virksomhed i fiskeindustrien. Hendes arbejde bestod dels i udkæring af frosne fiskeblokke og dels i løft og håndtering af kasser med fisk. Hun løftede kasser med frossen fisk med 4 fiskeblokke af 7,5 kilo eller samlet 30 kilo fra en palle til et arbejdsbord med løft fra under knæhøjde til over skulderhøjde. Derefter løsnede hun de frosne fiskeblokke og skar dem ud i mindre stykker af 2,5 kilo med en kniv. Arbejdet med at løsne de frosne blokke fra hinanden og udkæringen til mindre blokke medførte kraftfulde og hurtigt gentagne vridebevægelser i særligt højre skulder cirka 30 gange i minuttet. Hun skar derefter de mindre blokke ud til fileter med en rundsav, der også krævede meget hurtigt gentagne bevægelser i skulderen. Fileterne blev til sidst lagt i kasser, der kunne rumme 20-25 kilo fisk, og blev løftet til paller med løft fra under knæhøjde til over skulderhøjde. Dette arbejde medførte hurtigt gentagne bevægelser i begge skuldre/overarme cirka 25 gange i minuttet. Hun udviklede til sidst smerter i nakke-skulderområdet, og en speciallæge fandt moderat til svær ømhed (grad 3-4) i 5 af 12 muskelområder i nakke-skulderåget på højre side. Speciallægen stillede diagnosen kroniske højresidige nakke-skuldersmerter med svære myogene forandringer og med højresidigt impingementsyndrom (indeklemning i højre skulder).

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Fiskeindustriarbejderen har udført ekstremt hurtigt gentagne bevægelser i højre skulder mellem 25 og 30 gange i minuttet i hele arbejdsdagen. Da arbejdet har medført ekstremt hurtigt gentagne skulderbevægelser 25-30 gange i minuttet, er der grundlag for at nedsætte kravet til belastningens samlede tidsmæssige udstrækning fra 8-10 år til her 6½ år. Der er også god sammenhæng mellem de forskellige arbejdsfunktioner, der primært har belastet højre overarm/skulder, og de kroniske nakke-skuldersmerter af grad 3-4 i fem muskelområder i højre side af nakke-skulderåget. Det højresidige indeklemningsyndrom er en del af nakke-skuldersygdommen og vil derfor indgå i erstatningsudmålingen.

Eksempel 9: Anerkendelse af kroniske nakke-skuldersmerter (stansearbejde i metalindustrien i 9 år)

En mand arbejdede på fuld tid i godt 9 år i en industrivirksomhed, der producerede forskellige metalemner. Han var beskæftiget ved en maskine, der udstansede metalplader til mindre emner. Arbejdet bestod i at lægge metalplader i stansemaskinen og aktivere denne ved hjælp af 2 håndtag. Metalpladerne målte op til 1,0 x 1,2 meter og havde en vægt på mellem 5 og 15-18 kilo. Pladerne blev taget fra en vogn ved siden af maskinen og løftet til stansemaskinen fra under hoftehøjde til over mavehøjde med nogen kraftudfoldelse, både ved selve løftet og ved placeringen i maskinen. Aktiveringen af de 2 håndtag krævede også nogen kraft. Han udstansede omkring 2.000 emner dagligt, og hvert emne krævede typisk 4 bevægelser i begge skuldre/overarme. Det svarer til knapt 20 bevægelser i minuttet. Efter 8 år begyndte han at få smerter i nakke-skuldermuskulaturen. En speciallæge stillede siden diagnosen kroniske nakke-skuldersmerter med fund af betydelig ømhed i 8 af nakke-skuldermuskulområderne samt nedsat bevægelighed i nakken. Ved en røntgenundersøgelse blev der også fundet tegn på lettere slidgigt i halshvirvelsøjlen uden nervepåvirkning.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Metalindustriarbejderen har i 9 år udført hurtigt gentagne bevægelser i begge skuldre/overarme mere end 15 gange i minuttet og i hele arbejdsdagen og har udviklet kroniske nakke-skuldersmerter med ømhed af grad 3-4 i 8 ud af 12 muskelområder. Der er ikke grundlag for at foretage fradrag for slidgigten i halshvirvelsøjlen ved erstatningsudmålingen, da slidgigten har en lettere karakter og ikke tidligere har været symptomgivende.

Eksempel 10: Anerkendelse af kroniske nakke-skuldersmerter (bogbinder i 7 år)

En kvinde arbejdede som bogbinder på fuld tid i 7 år. Arbejdet bestod i 2/3 af arbejdstiden i at løfte stakke af færdige blanketter i bunker (stød) fra maskiner og pakke dem i æsker. Enkeltstødene og de færdigpakke æsker vejede op til 20 kilo. Hun pakkede cirka 125 æsker i timen med typisk 8 håndteringer og skulderbevægelser per æske. Det svarer til cirka 16 bevægelser i begge overarme/skuldre i minuttet. Hun løftede først stakke af papir op i mindre bunker til et stød, der derpå blev samlet med et kraftfuldt greb med begge arme og slået ned mod bordet. Efterfølgende skulle støddet løftes op på kanten af æsken med løft over skulderhøjde og i udstrakte arme. Æskerne blev til sidst løftet til en europalle ved siden af maskinen. De fleste opgaver forbundet med at pakke blanketter medførte også kraftudfoldelse for begge overarme/skuldre. I den sidste 1/3 af arbejdsdagen arbejdede hun med at skille blade ad med en kniv. Dette arbejde medførte også en del gentagne bevægelser i overarme/skuldre, typisk 20 gange i minuttet. Hun fik smerter i nakke-skulderåget i slutningen af perioden. En speciallæge stillede diagnosen kroniske nakke-skuldersmerter med moderat til betydelig ømhed i 5 ud af 12 muskelområder i nakke-skulderregionen.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Bogbinderen har fået kroniske nakke-skuldersmerter med moderat til betydelig ømhed i 5 ud af 12 muskelområder. Sygdommen er opstået efter 7 års arbejde, der hele arbejdsdagen har medført hurtigt gentagne bevægelser i begge overarme/skuldre mellem 16 og 20 gange i minuttet. Arbejdet har desuden i over halvdelen af arbejdstiden været præget af kraftudfoldelse for overarme/skuldre, hvilket giver grundlag for at nedsætte kravet til belastningens samlede tidsmæssige udstrækning fra 8-10 år til i dette tilfælde 7 år.

Eksempel 11: Anerkendelse af kroniske nakke-skuldersmerter (syerske i 24 år)

En 57-årig kvinde arbejdede som hjemmesyerske i 24 år. I nogle af årene arbejdede hun kun få måneder, blandt andet på grund af barsler, og i enkelte år med spredte mellemrum var hun ikke i arbejde. Samlet set havde hun en beskæftigelsesgrad på 6-7 måneder/år i den 24-årige periode. Hendes arbejde som hjemmesyerske bestod overvejende i syning af arbejdstøj, primært arbejdsbukser til mænd, og arbejdet var karakteriseret ved hurtigt gentagne bevægelser i skuldre/overarme over 15 gange/minut og med samtidig statisk belastning af nakke-skulderåget igennem en stor del af arbejdsdagen. Efter godt 20 års arbejde fik hun tiltagende nakkehovedpine, og en speciallæge stillede siden diagnosen svære kroniske nakke-skuldersmerter. Det fremgik af speciallæge-erklæringen, at der var moderat til svær ømhed (grad 3-4) i 8 af nakke-skulderågets muskel-områder.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Syersken har haft relevant nakke-skulderbelastende arbejde i en samlet periode på 24 år, hvor arbejdet i enkelte perioder har været afbrudt eller er foregået på deltid som følge af barsel og andet og beskæftigelsesgraden derfor samlet set kun har været på 6-7 måneder/år. Da der har været tale om en særligt lang belastningsperiode på over 15 år med beskæftigelse svarende til fuld tid de fleste år, og da de overordnede krav til en relevant belastning, belastningens tidsmæssige udstrækning og sygdomsbilledet i øvrigt er opfyldt, er sagen omfattet af fortegnelsen.

Eksempel 12: Anerkendelse af kroniske nakke-skuldersmerter (hjemmesyerske i 6-6½ år)

En 49-årig kvinde arbejdede som timelønnet hjemmesyerske igennem 6-6½ år. Arbejdet bestod i syning af benklæder til mænd og kvinder på overlock-maskine, som medførte hurtigt gentagne bevægelser i skuldre/overarme over 15 gange/minut og tillige længerevarende statisk belastning af nakke-skulderåget. Kvinden arbejdede omkring 10 timer dagligt i langt størsteparten af perioden,

hvilket blev dokumenteret af arbejdsgiverens lønregnskab. Efter godt 6 års arbejdede udviklede hun tiltagende nakkehovedpine og nakke-skulderømhed. En speciallæge stillede efterfølgende diagnosen svært cervikobrakialt syndrom med svær ømhed (grad 3-4) i 7 ud af de 12 muskelområder. Hun havde derudover lettere ømhed (grad 1-2) i de sidste 5 muskelområder. Hun fik derudover konstateret et lettere højresidigt rotator cuff-syndrom.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Hjemmesyersken har fået konstateret svære kroniske nakke-skuldersmerter efter syerskearbejde i 6-6½ år. Da hun både har haft meget langvarige arbejdsdage på 10 timer og arbejdet har medført længerevarende statisk belastning af nakke-skulderåget foruden hurtigt gentagne bevægelser i skuldre/overarme, er der grundlag for at nedsætte kravet til belastningens varighed fra normalt 8-10 år til her 6-6½ år. Forandringerne i højre skulderleds rotatorsener (rotator cuff-syndrom) betragtes som en del af det samlede nakke-skuldersyndrom og vil derfor indgå i vurderingen af menet i sagen.

Eksempel 13: Anerkendelse af kroniske nakke-skuldersmerter (rengøring i 30 år)

En 58-årig kvinde arbejdede med rengøring på fuld tid på forskellige hospitaler i cirka 30 år, heraf de sidste 15 år på fuld tid, hvor hun især forestod rengøring af laboratorier, røntgenafdeling, hall og et par små caféer. Hun startede med at tørre inventar med videre af i cirka 1-2 timer, hvorefter hun rengjorde toiletter i cirka 1 time. Gulvvask optog omkring halvdelen af den samlede arbejdstid eller 3½-4 timer per dag. I de første år anvendte hun gammeldags gulvskrubbe og klud, men senere gik hun over til at anvende vådmopper og til dels tørmopper. I starten havde man et dryptørresystem til mopperne, men senere arbejdede man med vådmopper, der skulle skiftes ud. Ved mopningen havde hun 40-60 bevægelser i overarmene per minut med nogen samtidig kraft når der var tale om vådmopning. I det meste af perioden rengjorde hun omkring 1.500 m² hver dag. I slutningen af perioden udviklede hun spændinger i nakke-skulderområdet med smerter ved både belastninger og i hvile. Hun fik af en speciallæge stillet diagnosen kroniske nakke-skuldersmerter, og speciallægen fandt moderat til betydelig ømhed i 7 ud af 12 muskelområder i nakke-skulderregionen.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Rengøringsassistenten har haft meget hurtigt gentagne bevægelser langt over 16 gange i minuttet ved mopning i halvdelen af arbejdstiden og i over 8-10 år. Hun har desuden fået kroniske nakke-skuldersmerter, hvor der er moderat til betydelig ømhed i mere end 3-4 af nakke-skulderpartiets 12 muskelområder.

Eksempel 14: Afvisning af kroniske nakke-skuldersmerter (industri-syerske i 10 år)

En 47-årig kvinde arbejdede som industri-syerske i 10 år. Arbejdet bestod i syning af forskellige emner, primært bukser, på overlock-maskine og på akkord. Arbejdet var præget af hurtige og gentagne, ensidige skulderbevægelser med fiksering af nakken og statisk belastning af skuldrene. Hun udviklede allerede efter godt 1 års arbejde kroniske nakke-skuldersmerter med daglige gener. En speciallæge stillede diagnosen kroniske nakke-skuldersmerter med betydelig ømhed i nakkeregionen (2 områder af styrke 3) og lettere ømhed i højre skulderå (3 områder af styrke 1-2).

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Syersken har haft nakke-skulderbelastende arbejde med hurtigt gentagne bevægelser i skuldre/overarme i 10 år. Hun udvikler imidlertid kroniske nakke-skuldersmerter allerede efter 1 års arbejde. Belastningsperioden på 1 år, før sygdommen får en kronisk karakter, er for kort til, at sygdommen kan anerkendes efter fortegnelsen. Der er derudover ikke konstateret moderat til betydelig ømhed med moderat til betydelig udbredelse til nakke-skulderpartiets 12 muskelområder, men kun moderat til betydelig ømhed i en meget beskedent del af

de 12 muskelområder (2 områder). Der er derfor heller ikke tale om kroniske nakke-skuldersmerter i fortegnelsens forstand.

Eksempel 15: Afvisning af kroniske nakke-skuldersmerter (industrisyerske i 12 år)

Tilskadekomne arbejdede som industrisyerske på akkord i en større tøj fremstillingsvirksomhed i 12 år. Arbejdet foregik ved en overlock-maskine, hvor hun dels syede buksedele sammen og dels syede lynlåse i bukser. Arbejdet var monotont og præget af hurtigt gentagne arbejdsbevægelser i skuldre og arme, hvor nakke og skulder var udsat for en statisk belastning igennem hovedparten af arbejdsdagen. Hun udviklede i slutningen af perioden en tilstand med generelle muskelsmerter, herunder smerter i nakke-skulderområdet og i arme, hænder, brystryg og lænd. En speciallæge stillede diagnosen fibromyalgi med muskelømhed i flere dele af kroppen, herunder generel og let til moderat muskelømhed i nakke-skulderområdet.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Syersken har udført relevant belastende arbejde for udvikling af kroniske nakke-skuldersmerter i 12 år. Hun har imidlertid ikke fået konstateret kroniske nakke-skuldersmerter, herunder ikke moderat til betydelig ømhed i en væsentlig del af nakke-skulderområdet, men derimod sygdommen fibromyalgi. Der er derfor ikke tale om kroniske nakke-skuldersmerter omfattet af fortegnelsen.

Yderligere informationer:

[Udredningsrapport om sammenhænge mellem pc-arbejde og sygdomme i arm, skulder og nakke](#)

[Udredningsrapport om kroniske nakke-skuldersmerter og forskellige belastninger](#)

Ankestyrelsens principielle afgørelser om nakke-skuldersygdomme kan ses på www.ast.dk

[Notat om rengøringsarbejde og sygdomme i det øvre bevægeapparat \(www.ask.dk\)](#)

[Notat om plejearbejde og sygdomme i det øvre bevægeapparat \(www.ask.dk\)](#)

5. Slidgigt i begge hofter (B.3)

- 5.1. Punkt på fortegnelsen
- 5.2. Krav til diagnosen
- 5.3. Krav til påvirkningen
- 5.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme
- 5.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen
- 5.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

5.1. Punkt på fortegnelsen

Følgende sygdom i hofterne er optaget på fortegnelsen over erhvervssygdomme (gruppe B, punkt 3):

Sygdom	Påvirkning
B.3. Slidgigt i begge hofter (<i>arthrosis coxae primariae bilateralis</i>)	Hoftebelastende løftarbejde med mange tunge enkeltløft og en samlet daglig løftebelastning på flere tons i en lang årrække

5.2. Krav til diagnosen

Hovedbetingelser

Der skal lægeligt være stillet diagnosen ”slidgigt i begge hofter” (*arthrosis coxae primariae bilateralis* M16.0).

For at diagnosen slidgigt i begge hofter kan stilles, skal følgende krav være opfyldt:

- Relevante subjektive klager og
- Kliniske objektive forandringer og
- Konstaterede slidgigtforandringer på røntgenbilleder (eventuel også på MR-skanning eller CT-skanning)

Alle ovenstående 3 krav skal være opfyldt.

Sygdommen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen, hvis der kun er konstateret slidgigt i den ene hofte. Dette skyldes, at belastningen ved løft, biomekanisk set, normalt vil forplante sig via bækkenet til begge hofter, som derfor normalt begge vil blive påvirket ved løftarbejdet. Enkelttidig hofteslidgigt skyldes tillige meget ofte andre årsager end belastninger på arbejdet.

Sager om enkelttidig hofteslidgigt vil eventuelt kunne anerkendes efter forelæggelse for Erhvervssygdomsudvalget, hvis der har været tale om en betydelig påvirkning, der har været relevant for udvikling af ensidig hofteslidgigt (se også punkt 5.5.).

Der skal ikke nødvendigvis være tale om symmetrisk slidgigt (samme grad af slidgigt på begge sider), for at dobbeltsidig slidgigt i hofterne kan anerkendes efter fortegnelsen. Sygdommen kan således godt være af for eksempel svær grad i den ene hofte og af lettere grad i den anden hofte.

Hvis vi modtager anmeldelse om et tilfælde af enkeltsidig hofteslidgigt, hvoraf det fremgår, at tilskadekomne kun er røntgenundersøgt i den ene hofte og der også er symptomer fra den anden hofte, vil vi eventuelt indhente oplysninger om mulig slidgigt i den anden hofte – herunder om nødvendigt en supplerende røntgenundersøgelse. Dette vil særligt være relevant i sager, hvor påvirkningen i øvrigt kan anses for tilstrækkelig til anerkendelse efter fortegnelsen og det derfor er af afgørende betydning at få undersøgt, om sygdommen er dobbeltsidig, selvom den eventuelt kun er lægeligt udredt på den ene side.

Symptomer

- Smerter i hofteleddene
- ”Belastningstriaden”:
 - Smerter ved igangsætning
 - Belastningssmerter
 - Hvilesmerter
- Svagheds- og usikkerhedsfornemmelse
- Nedsat gangdistance
- Eventuel skurren i hofteleddene
- Nedsat bevægelighed i hofteleddene

Objektive tegn

- Nedsat bevægelighed (specielt i starten ved indadrotation, senere også ved udadføring (abduktion) og strækning (ekstension))
- Haltende gang
- Svind af baldemuskel
- Nedsat gangfunktion
- Nedsat gangdistance

Parakliniske undersøgelser og fund

Der skal altid foreligge røntgenundersøgelse af begge hofteled i 2 planer, hvor der skal være konstateret slidgigtforandringer i begge hofteled.

For at man kan sige, at der er konstateret slidgigt i hofteleddene, skal der være afsmalnet ledspalte i hofteleddene på røntgenbillederne.

Der kan samtidigt også være andre klassiske radiologiske tegn på slidgigt, som for eksempel knogle- og leddeformiteter, randudbygninger, opklaringer under brusken (subchondrale cyster) og ændret knogletæthed.

Slidgigten kan supplerende være påvist ved MR-skanning eller CT-skanning. Disse undersøgelser kan dog ikke erstatte røntgenundersøgelse i 2 planer.

Den tidsmæssige sammenhæng

Det er en forudsætning for anerkendelse, at der er en relevant tidsmæssig sammenhæng mellem udviklingen af slidgigt i begge hofter og det hoftebelastende løftarbejde.

Den relevante tidsmæssige sammenhæng vil normalt være, at de første symptomer på sygdommen eller en endelig påvisning af sygdommen viser sig længere tid efter, at det belastende løftarbejde er begyndt.

Det vil tillige være karakteristisk, at sygdommen gradvist forværres med tiltagende gener i sammenhæng med en fortsat belastning.

Der må desuden ikke være konstateret slidgigt i hofterne forud for påbegyndelse af det belastende løftarbejde, da dette vil tale væsentligt for, at sygdommen overvejende sandsynligt skyldes andre forhold end arbejdet.

Det vil tale afgørende imod anerkendelse, hvis der er en længere symptomfri periode fra det hoftebelastende arbejde ophører, til sygdommen bryder ud. Det gælder eksempelvis, hvis slidgigten i hofterne først bliver symptomgivende efter 5 år uden erhverv eller efter 5 års beskæftigelse i erhverv, der ikke belaster hofterne. Det gælder, uanset om der tidligere har været tale om et arbejde, der opfyldte belastningsbetingelserne.

Har der tidligere været en periode med tilstrækkeligt hoftebelastende arbejde i fortegnelsens forstand, der afløses af en periode med mere moderat, men fortsat noget hoftebelastende løftarbejde, vil sygdommen kunne anerkendes, også selvom den først bryder ud i den senere og lettere belastningsperiode. De senere, lettere belastninger vil da kunne anses for at være ”vedligeholdende”, selvom belastningerne i denne periode ikke i sig selv kan føre til anerkendelse.

5.3. Krav til påvirkningen

Hovedbetingelser

For at slidgigt i begge hofter kan anerkendes efter fortegnelsen, skal der som udgangspunkt have været tale om følgende hoftebelastninger:

- Hoftebelastende løftarbejde i mindst 15 år
- En samlet daglig løftemængde på mindst 8 tons
- Heraf skal der have været almindeligt forekommende tunge enkeltløft på mindst 20 kilo, der samlet svarer til mindst 1 ton per uge
- De øvrige løft skal også være relevant hoftebelastende

Kravene til den tidsmæssige udstrækning og den samlede daglige løftemængde kan i visse tilfælde nedsættes, jævnfør nedenfor.

Kravet om tunge enkeltløft på mindst 20 kilo, der svarer til en samlet ugentlig belastning på gennemsnitligt mindst 1 ton, kan ikke fraviges nedad.

Hoftebelastning ved personhåndteringer (plejearbejde og lignende) er **ikke** omfattet af fortegnelsen.

Hoftebelastende løft

For at løftearbejdet kan betegnes som hoftebelastende, skal det have indebåret påvirkninger af hofteleddet som følge af løft, der er egnet til at forårsage slidgigt. Det vil normalt sige løft, hvor der finder en vis vægtforskydning sted i hofterne under håndtering af emnerne, der øger belastningen på hofteleddene.

Eksempler på relevante, hoftebelastende faktorer, der vil kunne indgå i vurderingen:

- De løftede emners vægt
- At løftene er udført i akavede, hoftebelastende arbejdsstillinger, herunder for eksempel:
 - Løft i foroverbøjede stillinger
 - Høje løft med stræk i hofterne
 - Løft med dreje- og vridebevægelser i hofteleddene
 - Løft i nogen afstand fra kroppen
 - Løft under gang
 - Løft under trappegang eller tilsvarende

Lette løft på få kilo vil normalt ikke kunne anses for relevant hoftebelastende, hvis de foretages tæt på kroppen nogenlunde i hoftehøjde og i øvrigt finder sted uden særlige hoftebelastninger, der medfører vægtforskydning i hofteleddene som følge af for eksempel foroverbøjning, fremadbøjning, gang eller tilsvarende.

Ved tunge løft på forholdsvis mange kilo kan vægten i sig selv medføre, at vægtbelastningen på hofteleddet øges væsentligt med øget risiko for sygdomsudvikling til følge. Tungere løft på mange kilo i stående eller gående stilling er derfor normalt altid hoftebelastende, uanset løfteforholdene i øvrigt.

Det er alene egentlige løft og delvise løft, herunder flermandsløft samt håndteringer, som ikke er frie løft, men indeholder et element af løft, der kan indgå i vurderingen af belastningen.

Slidgigt opstået som følge af løftearbejde i siddende stilling er ikke omfattet af fortegnelsen.

Skub og træk opad, vandret eller nedad af genstande og lignende, samt belastninger ved kørsel med trillebør og lignende, er i sig selv ikke hoftebelastende og er derfor ikke omfattet af fortegnelsen.

Arbejde, der indebærer mange igangsætninger/delvise løft af trillebør med tungt materiale, vil imidlertid kunne indgå som et særligt belastningsforhold i kombination med hoftebelastende løftearbejde.

Hoftebelastning ved personhåndteringer, herunder personløft (plejearbejde og lignende) er **ikke** omfattet af fortegnelsen.

Den tidsmæssige udstrækning af løftearbejdet

Der skal som udgangspunkt have været tale om mindst 15 års hoftebelastende løftearbejde i en nogenlunde sammenhængende periode, med den normale beskæftigelsesgrad for erhvervet.

Kravet om mindst 15 års belastning kan nedsættes, hvis der har været tale om meget store løftemængder på over 12 tons dagligt og/eller andre helt særlige belastningsforhold.

Kravet om belastningens varighed kan ikke nedsættes til under 10 år.

Den daglige løftemængde

Der skal som udgangspunkt have været tale om en daglig løftemængde på mindst 8 tons.

Kravet skal forstås som et krav om en gennemsnitlig løftemængde set over en længere periode (uger). Det er således ikke et krav, at der skal være løftet mindst 8 tons hver eneste dag.

Kravet om en løftemængde på 8 tons kan nedsættes, når et eller flere af følgende forhold gør sig gældende:

- Belastningen har været væsentligt længere end 15 år (20 år eller mere), *eller*
- Tilskadekomne er en særligt spinkel eller meget ung person, *eller*
- Arbejdet har indebåret mange, meget tunge enkeltløft per dag på mindst 40 kilo for mænd og 30 kilo for kvinder, *eller*
- Arbejdet har indebåret særlige belastningsforhold, som for eksempel løftarbejde under trange pladsforhold, mange tunge løft ved trappegang, stigeang eller lignende eller mange delvise løft og igangsætninger af trillebør med tungt materiale, *eller*
- Fysisk belastende landbrugsarbejde

Kravet til den samlede daglige løftemængde kan ikke nedsættes til under 5 tons.

Antallet og vægten af de tunge enkeltløft

Arbejdet skal have indebåret almindeligt forekommende, tunge enkeltløft på mindst 20 kilo, der samlet svarer til en gennemsnitlig ugentlig belastning på mindst 1 ton.

Det kan for eksempel være mindst 50 enkeltløft af 20 kilo eller mindst 25 enkeltløft af 40 kilo om ugen.

De tunge løft indgår som en del af den samlede daglige løftebelastning på mindst 8 tons.

Det er ikke noget krav, at der hver eneste arbejdsdag skal have været et tilstrækkeligt antal tunge enkeltløft på mindst 20 kilo. Kravet skal forstås som et udtryk for et antal gennemsnitlige løft set over en længere periode (uger).

Kravet om tunge enkeltløft på mindst 20 kilo, der svarer til mindst 1 ton per uge, kan ikke fraviges nedad.

Ved flermandsløft kan der ikke foretages en matematisk deling af den løftede genstands vægt, idet belastningen vil være forskellig for de enkelte personer, der deltager i løftet. I sådanne situationer må der foretages en konkret vurdering af belastningen.

5.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold

- Medfødte deformiteter i hoftelæddene:
 - Hoftedysplasi
 - Calvé-Legg-Perthe's sygdom
 - "Pistol-grip" deformitet
- Idiopatisk slidgigt (slidgigt uden kendt årsag)
- Gentagne mikrotraumer med læsion af hofteskålen, labrum (ledlæben) og/eller den laterale (udvendige) ledbrusk i hoften
- Femoro-acetabular impingement (impingement = indeklemning, femur = lårben, acetabular = hofteskål) under fleksion/indadrotation af hoftelæddet
- Svær overvægt (Body Mass Index (BMI) større end 30. Body Mass Index = $\text{kg}/(\text{meter})^2$)
- Tidligere brud på og/eller ind i hoftelæddet
- Knogledød af lårbenhovedet (caput necrose)
- Svære traumer mod hoftelæddet
- Stor forskel i benlængden (mere end 3 centimeter)
- Hormonelt nedsat kalkholdighed (bone mineral density (BMD) i lårbenhovedet)
- Ægte gigt (reumatoid arthritis)
- Sekundær gigt efter infektion i hoftelæddet
- Sekundær gigt efter infektionssygdomme og systemiske sygdomme
- Sekundær gigt som følge af indtagelse af eller behandling med medicin
- Høj alder

5.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen

Det er kun slidgigt i begge hofter, der er omfattet af fortegnelsens punkt B.3. Der skal desuden have været tale om påvirkninger, der opfylder kravene til anerkendelse.

Slidgigt i hoften, der ikke er omfattet af fortegnelsen, vil i særlige tilfælde eventuelt kunne anerkendes efter forelæggelse for Erhvervssygdomsudvalget.

Det kan for eksempel være slidgigt i hoften, der er opstået efter mange års tungt løftarbejde fordelt på flere perioder, der ikke er nogenlunde tidsmæssigt sammenhængende.

Et andet eksempel kan være enkeltstående hofteslidgigt hos en skovarbejder, der har haft mange daglige løft af ekstremt tunge kævler eller lignende på den ene hofte i mange år.

Et tredje eksempel kan være en landmand, hvor den samlede daglige løftebelastning har været under 5 tons per dag, men hvor arbejdet for eksempel har indebåret en del ekstremt tunge løft i akavede løftstillinger, andre helt særlige hoftbelastninger og/eller tungt løftarbejde i en meget ung alder, hvor kroppen/knoglevæksten endnu ikke var færdigudviklet.

Erhvervssygdomsudvalgets praksis ved vurdering af sager uden for fortegnelsen vil løbende blive meldt ud på Arbejdsskadestyrelsens hjemmeside.

5.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

Eksempel 1: Anerkendelse af dobbeltsidig hofteslidgigt (landbrugsmedhjælper)

En 42-årig kvindelig landbrugsmedhjælper fik hos en speciallæge konstateret moderat slidgigt i begge hofter. Slidgigten blev også konstateret ved røntgenundersøgelse i 2 plan. Der var ikke anført konkurrerende sygdomme. Landbrugsmedhjælperen havde arbejdet på forskellige større gårde i godt 22 år. Arbejdet havde indebåret forskellige former for tungt landbrugsarbejde på gården, herunder meget staldarbejde i forbindelse med dyrepassning (køer og svin), og tungt fysisk markarbejde. 50 procent af arbejdet foregik i marken, og 50 procent af arbejdet foregik i stalden. I forbindelse med arbejdet var der en del tunge løft af sække på 20-30 kilo. Arbejdet med udmugning ved hjælp af greb og trillebør samt håndtering af mælkejunger var tillige fysisk tungt arbejde med mange løft. Arbejdet blev ofte udført i meget akavede og hoftebelastende stillinger, der medførte foroverbøjning og/eller vrid i hofterealdene. Arbejdet indebar en gennemsnitlig daglig løftebelastning på cirka 5-5½ tons med typiske og ofte akavede enkeltløft på 10-20 kilo, der medførte belastende vægtforskydning i hofterealdene, samt en del tunge enkeltløft på mindst 20 kilo, der svarede til 1-2 tons per uge ud af den samlede belastning.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Den 42-årige kvindelige landbrugsmedhjælper har haft tungt og fysisk belastende landbrugsarbejde i 22 år (mere end 15 år) og har fået konstateret slidgigt i begge hofter i slutningen af perioden. Hendes arbejde har medført en typisk daglig løftebelastning på mindst 5 tons med relevant hoftebelastende enkeltløft på typisk 10-20 kilo, inklusive en del tunge enkeltløft på mindst 20 kilo, der svarer til mindst 1 ton per uge. Der har både været tale om en meget lang belastningsperiode på over 20 år og fysisk belastende landbrugsarbejde, og kravet til den daglige belastning kan derfor nedsættes fra 8 til 5 tons. Der er også god tidsmæssig sammenhæng mellem belastningen og sygdommens debut.

Eksempel 2: Anerkendelse af dobbeltsidig hofteslidgigt (gartnermedhjælp)

En 52-årig kvinde arbejdede som gartnermedhjælp i 20 år i et større industrigartneri. Arbejdet havde medført talrige enkeltløft på 5-10 kilo af 1-2 eller flere planter ad gangen i løbet af arbejdsdagen, og den daglige løftebelastning var omkring 5-6 tons. Løfteforholdene var typisk akavede og hoftebelastende med mange løft ud fra kroppen, med vrid og drej i hofterealdene og med mange foroverbøjede løft. Dertil havde hun mange gange dagligt løftet kasser med blomster/grønt til og fra lastbiler, der hver især vejede 30-35 kilo eller mere. De meget tunge enkeltløft på mindst 30 kilo udgjorde omkring 1½ tons om ugen af den samlede belastning. Hun fik i slutningen af arbejdsperioden tiltagende smerter i hofterealdene og fik efter speciallæge- og røntgenundersøgelser stillet diagnosen svær dobbeltsidig hofteslidgigt.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Gartnermedhjælperen har haft en daglig løftebelastning på 5-6 tons i 20 år (mere end 15 år) med enkeltløft på 5-10 kilo, der er løftet i akavede stillinger for hofterne, samt mange meget tunge enkeltløft på mindst 30 kilo, der udgør mere end 1 ton per uge. Der er på grund af den lange belastningsperiode og tillige de mange, meget tunge, enkeltløft på mindst 30 kilo grundlag for at nedsætte kravet til den daglige løftebelastning fra 8 tons til 5-6 tons. Der er også god tidsmæssig sammenhæng mellem sygdommens opståen og arbejdet.

Eksempel 3: Anerkendelse af dobbeltsidig hofteslidgigt (chaufførmedhjælper)

En 37-årig mand fik ved speciallægeundersøgelse og røntgenundersøgelse stillet diagnosen dobbeltsidig hofteslidgigt i let til middel grad (arthrosis coxae primariae bilateralis). Det fremgik, at han i en tidlig alder, fra 15-16-årsalderen, havde haft tungt løftearbejde i 10 år. Han havde først arbejdet 8 år som arbejdsdreng og chaufførmedhjælper i en foderstofvirksomhed, hvor han dagligt kørte ud med korn, foderstoffer, gødning og lignende til landmænd. Materialet blev kørt ud i sække,

der vejede 50-60 kilo, og han forestod både af- og pålæsning af sækkene. Han kørte dagligt omkring 10 til 15 tons ud, som blev løftet 2 gange. Den daglige løftebelastning var således omkring 20-30 tons i 8 år med hyppige, meget tunge enkeltløft på over 40 kilo. Derefter arbejdede han 2 år som chauffør i en anden virksomhed, hvor han bragte papir og andet skolemateriale ud til uddannelsesinstitutioner. Pålæsningen af lastbilen af kasser med papir og materiel med en vægt på mellem 20 og 60 kilo foregik med truck, mens aflæsningen ude hos kunderne foregik manuelt med en daglig løftebelastning på 10-12 tons til følge. Der var heraf dagligt flere meget tunge enkeltløft på over 40 kilo. Efter de 10 år overgik han til mindre fysisk belastende chaufførarbejde, hvor den daglige løftebelastning var på omkring 3-4 tons med typiske enkeltløft på 20-25 kilo. Dette arbejde udførte han i 11 år, frem til diagnosen blev stillet hos speciallægen. Han havde da haft lettere symptomer i omkring 10 år.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Chaufførmedhjælperen har haft tungt, hoftebelastende løftearbejde på over 20 tons dagligt fra den tidlige ungdom og i 8 år frem og derefter relevant hoftebelastende løftearbejde på 10-12 tons med mange, meget tunge, enkeltløft i 2 år. De øvrige løft i den samlede periode har desuden været relevant hoftebelastende. Da chaufførmedhjælperen var meget ung på belastningstidspunktet og havde en daglig løftebelastning, der oversteg 20 tons i hovedparten af perioden, kan kravet til belastningens varighed nedsættes fra 15 år til 10 år. Det mere moderate løftearbejde på omkring 3-4 tons i de sidste 11 år indgår som "vedligeholdende" hoftebelastende løftearbejde, selvom denne belastningsperiode ikke i sig selv ville kunne føre til anerkendelse. Der er derfor også god tidsmæssig sammenhæng mellem symptomdebut omkring 30-årsalderen og belastningen.

Eksempel 4: Anerkendelse af dobbeltsidig hofteslidgigt (murerarbejdsmand)

En 58-årig murerarbejdsmand fik smerter i hofteregionerne og fik konstateret dobbeltsidig slidgigt (arthrosis coxae primariae bilateralis) hos en speciallæge. Diagnosen blev bekræftet ved røntgen- og CT-skanninger af hoftelæddene. Murerarbejdsmanden havde da arbejdet i godt 25 år som oppasser for 2-3 murere. Arbejdet havde indebåret løftearbejde ved stilladsmontering og afmontering, løft af materialer og løft af sække og spande med mørtel og mursten i forbindelse med oppassningen. Dertil kom dagligt arbejde med anvendelse af trillebør med tungt materiale. De enkelte mursten vejede kun 3 kilo, men blev løftet i bundter af 8 styk med en samlet vægt på 24 kilo. Arbejdet medførte typiske enkeltløft på mellem 15 og 30 kilo. Der var desuden dagligt en del løft på omkring 40 kilo, der udgjorde 1-2 tons om ugen. Den daglige løftemængde for en murerarbejdsmand er ud fra generelle beskrivelser af løftebelastninger i erhvervet typisk 8-9 tons, men lå her på 6-9 tons med den tungeste belastning i de første 5-10 år.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Murerarbejdsmanden har haft hoftebelastende løftearbejde i langt over 15 år med en daglig belastning på 6-9 tons, og løftene har generelt været relevant hoftebelastende som følge af byrdernes vægt på typisk mindst 15 kilo og løftestillingerne, der typisk var akavede. Der har også været tunge enkeltløft på over 20 kilo, der udgør mere end 1 ton per uge. Da den samlede belastningsperiode har været meget lang (over 20 år) og arbejdet tillige har indebåret en del meget tunge enkeltløft på mere end 40 kilo, kan kravet om en daglig belastning i dette tilfælde desuden nedsættes til mindst 6 tons. Det daglige arbejde med tungt lastet trillebør, der indebar mange tunge, delvise løft og igangsætninger, indgår også som et særligt belastningsforhold. Der er også god tidsmæssig sammenhæng mellem det tunge, hoftebelastende løftearbejde og sygdommens debut efter mange års belastning.

Eksempel 5: Anerkendelse af dobbeltsidig slidgigt (brolægger)

En 56-årig mand arbejdede som brolægger for en kommune i 28 år. Cirka halvdelen af arbejdstiden var han beskæftiget med at lægge brostensindkørsler, 1/3 af arbejdstiden lavede han chausséstensindkørsler og andre indkørsler, og i den resterende arbejdstid lagde han fortov. Brolægningens arbejde bestod af sætning af fliser, flisearbejde, sætning af brosten, lægning/sætning af pladser samt reparationsarbejde. Fliser og sten kunne veje fra 10-20 kilo op til 60-80 kilo og blev typisk lagt med håndkraft. Kantsten kunne veje op til 100-200 kilo og blev håndteret og løftet af 2 mand. Arbejdet foregik i meget hoftebelastende, foroverbøjede stillinger og medførte derudover mange vrid i hoftelæddene. Den samlede, daglige løftebelastning var 6-7 tons. Der var mange, meget tunge, enkeltløft på 40 kilo eller mere, der svarer til flere tons om ugen. Omkring 18 år efter påbegyndelsen af arbejdet fik han lettere symptomer med smerter i hoftelæddene. Han søgte dog først læge flere år efter, der konstaterede moderat til svær slidgigt i begge hofter. Diagnosen blev bekræftet af en røntgenundersøgelse.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Brolæggeren har haft tungt hoftebelastende løftearbejde i langt over 15 år og en daglig løftebelastning på 6-7 tons. Han har herunder haft meget tunge enkeltløft på over 40 kilo, der svarer til langt over 1 ton om ugen, og de øvrige løft har også været relevant hoftebelastende som følge af vægten og akavede løftstillinger. Da belastningsperioden overstiger 20 år og der tillige har været tale om mange, meget tunge, enkeltløft over 40 kilo, er der grundlag for at reducere kravet om en daglig løftebelastning fra 8 tons til i dette tilfælde 6-7 tons. Der er også god tidsmæssig sammenhæng mellem arbejdet og sygdommens start efter 18 år.

Eksempel 6: Anerkendelse af dobbeltsidig slidgigt (ølusk/ølchauffør)

En 49-årig mand fik gennem røntgenundersøgelser konstateret svær slidgigt i højre hofter og let til moderat slidgigt i venstre hofter. Han havde på tidspunktet for diagnosen arbejdet som ølusk/ølchauffør i 12 år. Hans arbejde havde bestået i udbringning af kasser med øl og vand til forretninger, restauranter, værtshuse og lignende. Lastbilen blev i de sidste par år lastet med palleløfter uden manuelle løft, men øluskens skulle stort set altid aflæse kasserne med øl og vand manuelt ude hos kunderne. Den daglige løftebelastning var i de første år over 12 tons og de sidste par år 8-10 tons. Enkeltløftene vejede mellem 17 kilo (1 kasse vand) og 45 kilo (2 kasser øl løftet samtidigt). Dertil kom nogle daglige løft af fyldte ølankre på 30-40 kilo. Løfteforholdene var i øvrigt typisk meget akavede på grund af dårlige adgangsveje hos kunderne, megen trappegang, mange vrid og drejninger i hoftelæddene og mange høje eller foroverbøjede løft.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Øluskens har haft relevant hoftebelastende løftearbejde med en daglig løftebelastning på over 12 tons i omkring 10 år og siden i 2-3 år 8-10 tons med typiske enkeltløft på mindst 17 kilo. Han har tillige haft mange tunge løft på mindst 20 kilo (1 kasse øl vejer 22-23 kilo), der svarer til over 1 ton per uge. Endelig har han haft adskillige, meget tunge, enkeltløft på mindst 40 kilo (2 kasser øl sammen), der er løftet under særligt belastende løfteforhold. De mange, meget tunge enkeltløft på over 40 kilo og generelt meget dårlige løfteforhold i kombination med en meget stor daglig løftebelastning på (10-)12 tons giver grundlag for at nedsætte kravet om en belastningstid fra 15 år til i dette tilfælde 12 år.

Eksempel 7: Afvisning af enkeltsidig hofteglidgigt efter moderat løftearbejde (åmand)

En 56-årig mand arbejdede som åmand for et amt i 23 år. Arbejdet bestod overvejende i oprensning af åer samt pasning af åbredderne med græsslåning og naturpleje. Den daglige løftebelastning var på cirka 5-6 tons med typiske enkeltløft på 10-12 kilo i form af våd å-afgrøde på greb. Løfteforholdene var som regel vanskelige, da han stod nede i åen og skovlede afgrøden opad på land. Der var dog kun sjældent tunge enkeltløft på 20 kilo eller derover. Åmanden fik i slutningen af

perioden konstateret moderat til svær slidgigt i den højre hofte, mens røntgenoptagelser af venstre hofte viste normale forhold.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Åmanden har ikke dobbeltsidig hofteslidgigt, der er et krav til anerkendelse efter fortegnelsen. Selvom der havde været tale om dobbeltsidig slidgigt, ville sagen alligevel ikke kunne anerkendes, da arbejdet ikke har medført tilstrækkeligt hoftebelastende løftarbejde. Den daglige løftebelastning har været på 5-6 tons og således under 8 tons. Der har desuden ikke været tunge enkeltløft på mindst 20 kilo, der samlet udgør mindst 1 ton om ugen. Åmanden har heller ikke haft mange daglige, meget tunge, enkeltløft på mindst 40 kilo eller andre særlige belastningsforhold, der kan give grundlag for at reducere kravet om en daglig løftebelastning fra 8 tons til 5-6 tons. Der er i dette tilfælde ikke grundlag for at forelægge sagen for Erhvervs sygdomsudvalget, da åmanden ikke har udført tungt, hoftebelastende løftarbejde, der udgør en særlig risiko for at udvikle enkeltsidig hofteslidgigt.

Eksempel 8: Afvisning af dobbeltsidig hofteslidgigt efter løftarbejde i gode løftestillinger (montagearbejder/kontrollør)

En 57-årig kvinde fik konstateret dobbeltsidig lettere slidgigt i begge hofter hos en speciallæge og ved røntgenundersøgelser. Hun havde da arbejdet omkring 16 år i en virksomhed, der fremstillede metalkomponenter til maskinindustrien. Hendes arbejde bestod i at kontrollere samlinger af komponenter på et bånd foran hende, herunder lejlighedsvis at sikre korrekt fastspænding af de enkelte komponenter med en skruetrækker. Arbejdet foregik stående foran båndet, og de enkelte emner vejede typisk 5-8 kilo. Montagearbejderen løftede under kontrollen hvert enkelt emne for at sikre dets kvalitet og lagde det derefter på båndet foran sig igen. Den daglige løftebelastning var på omkring 8 tons i form af cirka 1.000-1.500 løftede komponenter per dag. Dertil kom nogle daglige løft af kasser med frasorterede metalemner og paller, der vejede 20-30 kilo stykket og udgjorde en samlet ugentlig belastning på omkring 1 ton. Det fremgik af sagens oplysninger, at arbejdet ved båndet foregik i gode løfteløftestillinger for hoftedeledene, da løftene blev udført tæt på kroppen uden belastning af hoftedeledene ved vrid og drej, foroverbøjning, løft langt ud fra kroppen, høje løft eller tilsvarende. De tunge enkeltløft på omkring 1 ton per uge foregik i hoftebelastende løftestillinger.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Montagearbejderen har haft løftarbejde svarende til omkring 8 tons i 16 år med typiske enkeltløft på 5-8 kilo. Den samlede daglige løftebelastning på 8 tons og belastningens varighed på over 15 år opfylder overordnet set fortegnelsens krav. Langt hovedparten af løftene er imidlertid foregået i gode løftestillinger, der ikke har været særligt belastende for hoftedeledene. Enkeltløftene har tillige typisk vejet 5-8 kilo, hvilket ikke i sig selv kan anses for tilstrækkeligt tunge løft til at bevirke en relevant, belastende vægtforskydning i hoftedeledene, når løftestillingerne i øvrigt har været ubelastende. Selvom tilskadekomne opfylder de overordnede krav til daglig belastning, belastningens varighed og kravet om tunge enkeltløft på mindst 1 ton om ugen, kan arbejdet på grund af de, for hoftedeledene, ubelastende løftforhold ved de øvrige løftede emner ikke anses for tilstrækkeligt belastende for udvikling af dobbeltsidig slidgigt i hofterne.

Yderligere informationer:

[Udredningsrapport om sammenhænge mellem slidgigt i hofte og knæ og forskellige belastninger på arbejdet](#)

6. Sygdomme i hånd og underarm (C.1)

- 6.1. Punkt på fortegnelsen
- 6.2. Krav til diagnosen
- 6.3. Krav til påvirkningen
- 6.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold
- 6.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen
- 6.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

6.1. Punkt på fortegnelsen

Følgende sygdomme i hånd og underarm er optaget på fortegnelsen over erhvervssygdomme (gruppe C, punkt 1):

Sygdom	Påvirkning
C.1. Seneskedehindebetændelse (<i>tendovaginitis</i>) og betændelseslignende forandringer i sene eller i væv omkring sene (<i>tendinitis</i> og <i>peritendinitis</i>)	Kraftfulde og repetitive (gentagne) arbejdsbevægelser, i kombination med en vurdering af håndens arbejdsstilling ved belastningen

6.2. Krav til diagnosen

Der skal lægeligt være stillet en af følgende diagnoser: tendovaginitis (seneskedehindebetændelse; betændelseslignende forandringer i en seneske), tendinitis (betændelseslignende forandringer i en sene) eller peritendinitis (betændelseslignende forandringer i vævet umiddelbart omkring en sene). (ICD-10 M65.4, M.65.8, M65.9, M67.9, M72.0).

De Quervains sygdom, der er seneskedehindebetændelse i tommelens bevægeseener, er omfattet af punktet (tenosynovitis styloideae radii M65.4).

Både sygdomme i hånden/håndleddet og enkelte fingre vil kunne være omfattet af punktet.

Generaliserede eller diffuse smerter i hånd eller underarm, seneknuder (ganglion M67.4) samt springfinger (peritendinitis stenoans/digitus saltans M65.3) og sygdomme i sener og senevæv andre steder på kroppen er **ikke** omfattet af punktet på fortegnelsen.

Diagnosen stilles medicinsk på baggrund af en kombination af:

- Den tilskadekomnes subjektive klager (symptomer)
- En klinisk objektiv undersøgelse

Symptomer

Ved tendovaginitis, tendinitis og peritendinitis er der smerter, ømhed og i den akutte tilstand måske hævelse, varme og rødme på det angrebne område.

Symptomerne på infektion og inflammation er følgende: Smerte (dolor), rødme (rumor), varme (calor), hævelse (tumor) og nedsat bevægelighed (functio laesia).

Objektive tegn

Direkte ømhed og smerter ved gennemføling af området. I den akutte fase kan der være hævelse og knitren, som når man presser en pose kartoffelmel sammen.

Indirekte ømhed og forværring af smerter ved modstandsbevægelser og strækning af senen.

Ømhed langs senerne eller overgangen mellem sener og muskler, uden egentlig muskelømhed, i underarmen (ved albueleddet eller håndleddet).

6.3. Krav til påvirkningen

For sygdommene i hånd og underarm omfattet af punktet gælder, at der skal have været tale om kraftfulde og repetitive (gentagne) arbejdsbevægelser. Belastningen skal ses i kombination med en vurdering af arbejdsstillingens akavethed, det vil sige i kombination med en vurdering af hånden/håndleddets stilling ved belastningen.

Der skal som udgangspunkt have fundet en relevant belastning sted i mindst halvdelen af arbejdsdagen (3-4 timer).

Belastningen skal styrkemæssigt være mekanisk og fysiologisk relevant i forhold til den pågældende sygdom. Almindeligt løftearbejde, uanset vægten, gør for eksempel ikke i sig selv arbejdet kraftfuldt og belastende for hånd eller underarm, hvorimod gentagne løft i kombination med en akavet funktionsstilling for håndleddet under arbejdet kan være relevant belastende. Om arbejdet er belastende for hånden eller underarmen, afhænger derfor af en konkret vurdering af de samlede belastninger, som arbejdet indebærer i forhold til sygdommen.

Kraftfuldt arbejde

Relevante elementer i vurderingen af, om arbejdet er kraftfuldt, kan være:

- Graden af anvendelse af muskelkraft for hånd/håndled
- Om arbejdet medfører anvendelse af gribekraft
- Om emnet yder modstand
- Om der er samtidige vrid- eller drejebbevægelser
- Akavede arbejdsstillinger for hånd/håndled i øvrigt

Repetitivt arbejde

For at arbejdet kan betegnes som repetitivt, må arbejdet medføre gentagne bevægelser af fingre eller hånd af en vis hyppighed/intensitet i en væsentlig del af arbejdsdagen. Der skal som udgangspunkt have været tale om flere gentagne bevægelser i minuttet.

Hyppigheden af belastende bevægelser kan ikke fastsættes nærmere, men afhænger af en konkret vurdering af repetitionshyppigheden, set i forhold til kraftudfoldelsen ved arbejdet og hånden eller håndleddets stilling under belastningen.

Akavede arbejdsstillinger

I vurderingen af, om arbejdsstillingen er akavet for hånden/håndleddet, indgår om og i hvilken grad hånden/håndleddet udsættes for akavede bøje-, strække- eller drejebævelser. Alle led har en normal funktionsstilling. Det er den stilling af leddet, som giver en optimal funktion af ekstremiteten (ekstremitet = arm eller ben). Bævelser, som sker i andre stillinger end normalstillingen, betegnes som akavede. Jo større afvigelsen fra normalstillingen er, jo mere betegnes den som akavet.

Bævelser i akavede stillinger er ikke optimale og øger dermed belastningen af for eksempel muskler, sener og bindevæv.

Kombineret belastningsvurdering

Hvis der er tale om en meget høj grad af kraftudfoldelse og/eller meget akavede arbejdsstillinger for hånden/håndleddet, vil kravet til repetitionshyppigheden være relativt mindre. Ved en mindre til moderat kraftudfoldelse og/eller gode til optimale arbejdsstillinger vil kravet til repetitionshyppigheden tilsvarende være større.

Sygdomme efter højrepetitivt arbejde uden en vis kraftudfoldelse vil dog ikke kunne anerkendes efter punktet, ligesom kraftfuldt arbejde uden repetition ikke er omfattet.

Hvis der er udført forskellige arbejdsfunktioner i løbet af arbejdsdagen, vil der blive foretaget en vurdering af den samlede belastning af hånden/håndleddet, ud fra en vurdering af hver enkelt arbejdsfunktionens belastning samt belastningens samlede tidsmæssige udstrækning. Skiftende arbejdsfunktioner og derved en vis variation i arbejdet kan således godt medføre en relevant og tilstrækkelig belastning for hånden eller håndleddet.

Der kan for eksempel være tale om en vekslen mellem meget kraftfuldt arbejde med let til moderat repetition i 1/3 af arbejdsdagen og højrepetitivt arbejde med håndleddet holdt i akavede stillinger under anvendelse af let til moderat kraftudfoldelse i 1/3 af arbejdsdagen. I den sidste tredjedel af arbejdsdagen udføres ikke arbejde, der belaster hånd eller håndled. I dette tilfælde sker der en vekslen mellem forskellige arbejdsfunktioner over arbejdsdagen, hvor 2 af arbejdsfunktionerne opfylder kravene til en relevant påvirkning, og hvor påvirkningerne samtidig strækker sig over mere end halvdelen af arbejdsdagen. Sagen kan derfor anerkendes efter fortegnelsen.

Belastningen skal vurderes i forhold til personens størrelse og fysik, og der skal være god tidsmæssig sammenhæng mellem påvirkningen og sygdommens opståen.

Vi vil ved sagens behandling eventuelt indhente en arbejdsmedicinsk speciallægeerklæring. Speciallægen vil blandt andet blive bedt om at beskrive og vurdere kraftanvendelsen, repetitionen og arbejdsstillingens belastning af hånd eller håndled konkret og indgående i forhold til de pågældende arbejdsfunktioner. Speciallægen skal tillige foretage en individuel vurdering af belastningsforholdenes betydning for udvikling af den pågældende sygdom hos netop den undersøgte person.

6.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold

- Slidgigt (artrose) i fingre og/eller håndled
- Leddegigt (rheumatoid artrit) i fingre og/eller håndled

- Symptomer fra sener og muskler som følge af alder (alderssvarende degenerative forandringer)
- Følger efter håndledsbrud
- Systemiske sygdomme (for eksempel sukkersyge)

6.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen

Det er kun seneskedehindebetændelse (tendovaginitis) samt betændelseslignende forandringer i en sene eller i væv omkring en sene (tendinitis og peritendinitis) i hånd/fingre og underarm, der er omfattet af fortegnelsens punkt C.1. Der skal desuden have været tale om en påvirkning, der opfylder kravene til anerkendelse.

Nervesygdomme i hånd eller underarm kan dog være omfattet af fortegnelsen under andre punkter (for eksempel punkt C.2 eller C.3).

Andre sygdomme eller påvirkninger uden for fortegnelsen vil i særlige tilfælde kunne anerkendes efter forelæggelse for Erhvervs sygdomsudvalget.

Eksempler på sygdomme, der eventuelt vil kunne anerkendes efter forelæggelse for udvalget, er gigtsygdomme i hånden og radiale tunnelsyndrom.

Erhvervs sygdomsudvalgets praksis ved vurdering af sager uden for fortegnelsen vil løbende blive meldt ud på Arbejdsskadestyrelsens hjemmeside.

6.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

Eksempel 1: Anerkendelse af seneskedehindebetændelse i højre tommel hos laborant (pipettering)

En yngre kvinde arbejdede som bioanalytiker på et sygehus i flere år. Hendes arbejde bestod i halvdelen af arbejdstiden i afpipettering med forskellige pipetter, dog overvejende manuelle. Hun holdt om pipetten med et fuldhåndsgreb med højre 2., 3., 4. og 5. finger, mens pipetten aktiveredes med tommelfingeren. Ved de manuelle pipetter skulle tommelfingeren nærmest overstrækkes og herefter føres 2-3 centimeter ned. De manuelle pipetter krævede desuden nogen kraftanvendelse af højre tommel ved aktiveringen. Hun foretog afpipetteringer cirka 225 gange i timen, svarende til en cyklistid på cirka 20 sekunder per manøvre. Pipettearbejdet foregik typisk i én eller få samlede perioder af dagen. Resten af dagen udførte hun arbejde på pc eller andre laborantopgaver. I en periode på en uge foretog hun afpipetteringer 5-6 timer dagligt med manuelle pipetter. Hun udviklede derefter ømhed og hævelse i højre tommel og fik hos en speciallæge stillet diagnosen seneskedehindebetændelse i højre tommel.

Seneskedehindebetændelsen i højre tommel kan anerkendes efter fortegnelsen. Arbejdet har i en uge medført intensivt afpipetteringsarbejde i 5-6 timer dagligt med manuelle pipetter, der krævede hyppigt gentagne bevægelser med lettere kraftudfoldelse og akavede stillinger for højre tommel. Tommelen blev også tidligere belastet med samme påvirkninger, dog i mindre omfang.

Eksempel 2: Anerkendelse af dobbeltsidig seneskedehindebetændelse (rengøring i badeland)

En 32-årig kvinde arbejdede i 5 år som rengøringsassistent i et større badeland. Arbejdet bestod i godt 3 timer dagligt i at vaske store arealer af med en højtryksspuler. Betjeningen af højtryksspuleren krævede, at hun holdt dødemandsknappen inde med venstre hånd og styrede

slangen med et tryk på 100 bar med et kraftfuldt greb i skiftevis venstre og hånd. Hun skruede op og ned for trykket med højre hånd, hvilket indebærer kontinuerlige vrid i håndleddet og anvendelse af kraftfuldt gribekraft. Ud over dette udførte hun cirka 1 time dagligt afvaskning af gulve med ru overflade, hvor hun anvendte vådmoppe med begge hænder. De øvrige arbejdsopgaver var mere varierede og af lettere karakter. I slutningen af perioden udviklede hun smerter, ømhed og hævelse i begge håndled og fik af en læge stillet diagnosen dobbeltsidig seneskedehindebetændelse.

Den dobbeltsidige seneskedehindebetændelse kan anerkendes efter fortegnelsen. Rengøringsassistenten har igennem flere år og i cirka 4 timer dagligt belastet begge håndled relevant ved afvaskning med højtryksspuler og i mindre omfang ved vådmopning af ru gulvoverflader. Begge disse funktioner har indebåret gentagne, kraftfulde og akavede bevægelser i begge håndled.

Eksempel 3: Anerkendelse af seneskedehindebetændelse i håndled (pakkerske)

En 58-årig kvinde udviklede seneskedehindebetændelse i højre håndled, efter at hun i cirka 6 måneder havde arbejdet som pakkerske på en lakridsfabrik. Hendes arbejde bestod i at hælde slik i en blandemaskine, hvor slikket blev løftet i bakker med 7-8 kilo op mod 750 gange dagligt. Samtidig skulle hun folde 500 kasser, og slikposerne skulle tjekkes og stemples. Herefter skulle hun sætte låg på kasserne, lukke dem med tape og sætte etiket på. Kasserne vejede 8-10 kilo i fyldt tilstand og skulle stables på paller med 64 på hver. Der blev fyldt 10-11 paller hver aften. Det fremgik, at særligt arbejdet med akavede løft af bakker på 7-8 kilo mange hundrede gange dagligt og de talrige samlinger af papkasser indebærer vride- og drejbebevægelser i højre håndled.

Seneskedehindebetændelsen i højre håndled kan anerkendes efter fortegnelsen. Pakkersken har udført løftearbejde og samling af papkasser, der har medført gentagne, akavede og lettere kraftfulde bevægelser i højre håndled i over halvdelen af arbejdstiden igennem flere måneder.

Eksempel 4: Anerkendelse af seneskedehindebetændelse i håndled hos sprøjtelakerer (slibning)

En sprøjtelakerer arbejdede igennem 1½ år i et firma, der opbyggede ladvogne og lignende. Arbejdet bestod af slibearbejde, klargøring og sprøjtemaling. Slibearbejdet fandt sted med slibning i hånden med meget groft slibepapir, hvor han holdt hårdt fast på en ekscentersliber. Arbejdet medførte gentagne bevægelser i højre håndled med anvendelse af kraft og desuden vrid i håndleddet. Dette arbejde blev udført i mindst halvdelen af arbejdstiden. Ved autolakering med sprøjte var der hovedsageligt tale om horisontale bevægelser, hvor han i hver yderposition slap aftrækkeren et øjeblik. Aftrækkeren betjentes typisk med 2. og 3. finger. Autolakeringen medførte således gentagne bøjbebevægelser i højre håndled. Ved industrilakering var der tale om alle slags bevægelser med gentagne bøjninger og drejninger i henholdsvis håndled og underarm samt hyppig aktivering af aftrækkeren. Arbejdet med såkaldte runddyser medførte rotationsbevægelse i håndleddet. Aftrækkeren på sprøjten medførte, at han var nødt til at fastholde den med et krampagtigt greb. Han udførte desuden ofte sprøjtelakering liggende på ryggen med armen strakt opad. Han udviklede smerter og hævelse i højre håndled og fik stillet diagnosen seneskedehindebetændelse i højre håndled.

Den højresidige seneskedehindebetændelse kan anerkendes efter fortegnelsen. Arbejdet har i mindst halvdelen af arbejdstiden i 1½ år medført gentagne kraftfulde og akavede bevægelser i højre håndled ved slibning. Arbejdet med sprøjtelakering har også været belastende for håndleddet, om end i mindre omfang.

Eksempel 5: Anerkendelse af senesygdning i underarmen hos en slagteriarbejder (løft)

En slagteriarbejder skulle transportere vogne med skinker fra kølerum til transportbånd. Han lagde derefter skinkerne op på transportbåndet i cirka 1 meters højde. Han løftede med samtidig drejning af højre underarm, idet han lagde skinken op på transportbåndet. Skinkerne vejede cirka 8-12 kilo. Han fik stillet diagnosen senesygdning i højre underarm efter godt 2½ års arbejde.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Arbejdet har indebåret kraftfulde og hyppigt gentagne bevægelser igennem en stor del af arbejdsdagen med samtidig drejning af underarmen.

Eksempel 6: Anerkendelse af senesygdning i underarmen hos slagteriarbejder (udskæring)

En slagteriarbejder havde arbejdet med udskæringsarbejde i mange år. Han var højrehåndet og havde under udskæringsarbejdet holdt kødet med venstre hånd i stålhandske. Det var venstre hånd, der vred, rykkede og løftede kødet talrige gange hver dag. Han fik gener svarende til venstre underarm og fik stillet diagnosen senesygdning i underarmen.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen, da arbejdet er udført i højrepetitivt tempo og har krævet en ikke ubetydelig kraftudfoldelse, herunder mange løft og træk med samtidige vride- og drejbebevægelser i håndleddet og anvendelse af gribekraft.

Eksempel 7: Anerkendelse af senesygdning i underarme hos syerske

En syerske arbejdede med sammensyning af telte. Hun skulle sy de færdigsyede teltvægge sammen med taget af vinyl og bagefter sy græskanter på. Hun skulle med 1. og 2. finger (overvejende på højre hånd) trække 15-20 meter vinyl gennem symaskinen samtidig med, at hun skulle styre selve syningen. Efter et par ugers arbejde fik hun smerter og funktionsindskrænkning. Lægen konstaterede, at hun havde smerter i begge hænder og håndled. Diagnosen var senesygdning i underarmene.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Syersken har udført et kraftfuldt og repetitivt, for underarmen belastende arbejde. Arbejdet har indebåret gentagne bevægelser med anvendelse af kraft og gribekraft samt vrid i håndleddet. En samtidig springfinger er ikke omfattet af anerkendelsen, da den ikke kan anses for arbejdsbetinget.

Eksempel 8: Anerkendelse af seneskedehindebetændelse i underarm (savværksarbejder med løft)

En savværksarbejder arbejdede ved en arbejdsfunktion, hvor han skulle håndtere træstammer. Træstammerne var 2 meter lange og havde en diameter på 10 centimeter. Træstammerne var ofte våde. Stammerne skulle løftes fra vandret til lodret og placeres i et rør, hvorefter en maskine skar klodser af stammen. I forbindelse med arbejdsfunktionen var der tale om samtidige drejbebevægelser i underarmene. Savværksarbejderen fik efter 4 måneders arbejde ved denne funktion konstateret en seneskedehindebetændelse i underarmen.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Arbejdet er repetitivt og har krævet en ikke ubetydelig kraftudfoldelse ved gentagne tunge løft med samtidige drejbebevægelser i håndleddet igennem arbejdsdagen.

Eksempel 9: Anerkendelse af håndledstendinit (tømrer med kraftfuldt arbejde i 3 uger)

En 24-årig mand arbejdede som tømrer. Efter en storm arbejdede han i en periode på 3 uger intensivt med at lave nøddækninger af ødelagte tage. Arbejdet medførte mange løft af tunge tagplader, som han derefter skruede fast med en 2-3 kilo tung batteriskruemaskine. Han skruede

omkring 1.000 skrue i per dag, og hver skrue medførte anvendelse af kraft for højre hånd med samtidige vrid i håndleddet. Han udviklede i umiddelbar forlængelse af dette arbejde en håndledstendinit i højre håndled.

Den højresidige håndledstendinit kan anerkendes efter fortegnelsen. Tømreren har i en 3-ugers periode haft intensivt tagarbejde, der ved fastgørelsen af tagplader har medført kontinuerlige, kraftfulde og akavede bevægelser i højre håndled flere gange i minuttet, samt i et vist omfang tunge og akavede løft af tagplader.

Eksempel 10: Anerkendelse af De Quervains sygdom (montagearbejder med seneskedehindebetændelse i tommelfingersene)

En kvindelig montagearbejder arbejdede i en større elektronikvirksomhed, som producerede forskellige komponenter i metaller. Hun havde 3 forskellige arbejdsfunktioner i løbet af en arbejdsdag. I den ene funktion betjente hun en nittemaskine, hvor hun i et højt tempo udførte arbejdsbevægelser med tryk- og vridpåvirkninger af tommelfingeren under samtidig moderat anvendelse af muskelstyrke. I den anden funktion satte hun forskellige delkomponenter sammen. Dette arbejde var ligeledes forbundet med nogen kraftudfoldelse med direkte belastninger af højre tommelfinger og foregik i et moderat til højt tempo i lettere akavede arbejdsstillinger for tommelfingeren. I den sidste funktion varetog hun videreekspedition af komponenter/produkter til andre afdelinger og almindeligt forefaldende opgaver som afrydning og afhentning af nye delkomponenter. Den sidste funktion medførte ikke særlige påvirkninger af tommelfingeren. De 3 arbejdsfunktioner var stort set ligeligt fordelt over arbejdsdagen. Hun fik efter omkring 2 års arbejde smerter og bevægebesvær svarende til højre tommelfingerside ved håndleddet, og en speciallæge konstaterede, at der var tale om De Quervains sygdom. Der blev ikke fundet tegn på slidgigt ved undersøgelserne.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Montagearbejderen har udført repetitivt til højrepetitivt arbejde med samtidigt anvendelse af muskelkraft i højre tommelfinger ved komponentbehandling. Hun har udført de tommelbelastende arbejdsfunktioner i mere end halvdelen af arbejdsdagen i godt 2 år ved forskellige arbejdsfunktioner og har derefter fået konstateret seneskedehindebetændelse i en sene ved højre tommelfinger (De Quervains sygdom). Der er god overensstemmelse mellem påvirkningerne og sygdomsbilledet.

Eksempel 11: Anerkendelse af senebetændelse i hånden efter tungere køkkenarbejde

En kvinde arbejdede som køkkenmedhjælper i et ældre centralkøkken på et sygehus. Hendes arbejde bestod i mere end halvdelen af arbejdsdagen i at udføre grovere køkkenmedhjælperfunktioner, såsom tungt rørearbejde, rengøring af grøntsager og lignende med børste, rengøring af mange gryder, pander og fade med svamp og børste og grundig rengøring af køkkenets flader med svamp, børste og klude i løbet af og ved slutningen af arbejdsdagen. Hun foretog derudover en del tunge og akavede løft af varer, køkkenservice og lignende. Hun fik efter godt 8 års ansættelse smerter i højre hånd med udstråling til underarmen. Speciallægen stillede diagnosen senebetændelse i højre hånd (tendinitis man. dxt.).

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Køkkenmedhjælperen har udført forskellige former for grovere køkkenarbejde med tungt rørearbejde, grovere rengøring af grøntsager og køkkenservice samt rengøring af køkkenarealer igennem flere år og igennem mere end halvdelen af arbejdsdagen. Arbejdet har indebåret hyppigt gentagne dreje-, vride- og bøje-/strækkebevægelser af højre hånd og

håndled under anvendelse af en del muskelkraft, og der er i øvrigt god tidsmæssig sammenhæng mellem sygdommens opståen og arbejdet.

Eksempel 12: Anerkendelse af seneskedehindebetændelse i venstre tommelfinger (rengøring i 10 år)

En 52-årig kvinde gjorde rent på fuld tid i over 10 år hos flere arbejdsgivere, senest på et hotel i 4½ år op til sygdomsdebut. Hun udviklede smerter i venstre tommel og håndled samt hævelse og rødme og fik hos en arbejdsmedicinsk speciallæge stillet diagnosen venstresidig seneskedehindebetændelse i tommelens bevægesener (de Quervain sin.) Hun havde i sit sidste arbejde op til sygdommens start haft belastninger af venstre håndled ved gulvvask i 50-60 procent af tiden eller cirka 4 timer dagligt samt ved håndopvridninger af klude i cirka 1½ time dagligt, hvor hun vred kluden op cirka 2 gange i minuttet. De øvrige arbejdsfunktioner bestod i støvsugning, aftørring af flader uden opvridning af klude, tømning af papirkurve med videre. Funktionerne ved vådmopning og kludeopvridninger indebar gentagne, akavede og kraftfulde bevægelser for venstre hånd og tommel op til mange gange i minuttet i samlet 5½ time dagligt, mens de øvrige funktioner ikke var belastende for venstre hånd.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Rengøringsassistenten har haft arbejde med våd gulvvask (mopning) og kludeopvridninger i cirka 5½ time om dagen i flere år, der for begge funktioner har indebåret gentagne, akavede og kraftfulde bevægelser for venstre hånd. Hun har desuden klare tegn på seneskedehindebetændelse i venstre tommel (de Quervains sygdom), og der er god tidsmæssig sammenhæng mellem sygdom og arbejde.

Eksempel 13: Afvisning af seneskedebetændelse i fingre hos laborant (blodprøvetagning med videre)

En kvindelig laborant arbejdede på et hospital i 4 år, hvor hun dagligt anvendte et blodprøvetagningssystem, der krævede, at hun dannede undertryk i containeren ved at trække et stempel tilbage. Denne bevægelse blev udført med et kraftfuldt pincetgreb i begge hænder 60 til 100 gange dagligt. Derudover foretog hun varierede laborantopgaver, der blandt andet medførte afskrubning af mindre containerhætter. Hun udførte typisk arbejdet med blodprøvning i et par timer dagligt. Hun udviklede smerter i begge hænder og fik konstateret seneskedebetændelse i begge hænders 1., 2. og 3. finger.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Arbejdet har medført lettere kraftfulde bevægelser for begge hænders fingre op til 60-100 gange dagligt, men der har ikke derudover været tale om relevante belastninger af fingrene. Arbejdsbevægelserne ved arbejdet med blodprøvetagningssystemet har ikke været belastende i et omfang, der er omfattet af fortegnelsen. Der er lagt vægt på, at laborantarbejdet ikke medførte gentagne, kraftfulde og eventuelt akavede arbejdsbevægelser for fingrene i fortegnelsens forstand, heraf særligt at kravet om gentagne belastende bevægelser ikke kan anses for opfyldt.

Eksempel 14: Afvisning af seneskedehindebetændelse hos postarbejder (sortering og lette løft)

En kvinde var igennem et par år ansat som postarbejder, hvor hun sorterede breve, aviser og blade og kodede med anvendelse af tastatur. Arbejdet indebar en del meget lette løft og nogle drejebbevægelser af håndledet i løbet af arbejdsdagen. Hun fik smerter i højre håndled og fik stillet diagnosen seneskedehindebetændelse.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Selvom sorteringsarbejdet er repetitivt af karakter, er der ikke tale om kraftfuldt arbejde. Der er heller ikke tale om særlige og risikofyldte belastninger i øvrigt, der kan begrunde forelæggelse for Erhvervssygdomsudvalget.

Eksempel 15: Afvisning af seneskedehindebetændelse hos social- og sundhedshjælper (plejearbejde)

En kvinde arbejdede som social- og sundhedshjælper i hjemmeplejen igennem godt 7 år. Arbejdet indebar en enkelt tungere morgenpleje hos en ældre gangbesværet klient med omkring 5-7 personhåndteringer dagligt. Hun havde derudover lettere pleje-/støttefunktioner hos 2 andre klienter med skønsmæssigt 2-4 personhåndteringer dagligt. Derudover havde hun opgaver i forbindelse med rengøring og indkøb med videre. Hun fik smerter i højre håndled efter 6 år, og hendes læge stillede diagnosen højresidig seneskedehindebetændelse (tendovaginitis man. dxt.).

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Tilskadekomne har været beskæftiget med en kombination af plejearbejde og praktiske opgaver (rengøring, indkøb og lignende) hos forskellige klienter i hjemmeplejen igennem flere år. Arbejdet, herunder det beskrevne plejearbejde, er ikke karakteriseret ved kraftfulde, repetitive bevægelser i mindst 3-4 timer om dagen, og sygdommen er derfor ikke omfattet af fortegnelsen. Der er heller ikke grundlag for at forelægge sagen for Erhvervssygdomsudvalget.

Eksempel 16: Afvisning af højresidig seneskedehindebetændelse i senen til tommelfinger på højre hånd (De Quervains sygdom) hos hjemmehjælper

Tilskadekomne fik gener fra højre hånds tommelfinger efter at have arbejdet som hjemmehjælper i cirka 9 år. Tilskadekomne arbejdede i hjemmeplejen med en ugentlig arbejdstid på 30 timer med varierede arbejdsopgaver herunder rengøring op til et par timer dagligt som støvsugning, støvaførring, gulvvask, køkken-, bad- og toiletrensning. Plejearbejdet bestod i at hjælpe 4 klienter op hver morgen, typisk med vask i sengen, påklædning i seng og hjælp til at komme over at sidde i en stol. Tilskadekomne havde op til 20 håndteringer af hver klient. En gang ugentligt gav tilskadekomne hjælp til bad, og tilskadekomne påsatte også 6-7 par støttestrømper per dag.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Tilskadekomne har været beskæftiget med en kombination af plejearbejde og lettere rengøringsopgaver hos forskellige klienter i hjemmeplejen igennem flere år. Arbejdet, herunder det beskrevne plejearbejde, er ikke karakteriseret ved kraftfulde, repetitive bevægelser for tommelfingeren i mindst 3-4 timer om dagen, og sygdommen er derfor ikke omfattet af fortegnelsen. Der er heller ikke grundlag for at forelægge sagen for Erhvervssygdomsudvalget.

Eksempel 17: Afvisning af seneirritation i hånden hos teknisk assistent (pc og mus/pen)

En kvinde arbejdede som teknisk assistent i godt 10 år, hvor hun var beskæftiget med pc-arbejde og anvendte professionelle tegneprogrammer samt Microsoft-programmer. Hun arbejdede med pc-mus og i den sidste del af perioden tegnepen i 5-7½ time dagligt, 4 dage om ugen. Hun fik smerter fra højre arm og hånd, og hendes læge stillede diagnosen seneirritation (peritendinitis) i højre hånd.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen, da arbejdet med pc-mus og pen ikke indebærer relevant kraftudfoldelse for højre hånd. Dette er et krav efter fortegnelsen. Der er heller ikke grundlag for at forelægge sagen for Erhvervssygdomsudvalget med henblik på eventuel anerkendelse uden for fortegnelsen.

Årsagen er, at der ikke er tilstrækkelig medicinsk dokumentation for, at arbejde med mus og pen generelt øger risikoen for sygdomme i hånden eller håndleddet, selv efter flere års intensivt pc-arbejde. Seneirritationen i højre hånd er i dette tilfælde heller ikke udelukkende eller i overvejende grad forårsaget af arbejdet. Det skyldes, at den beskrevne belastning ved pc-arbejde med mus og pen i 20-30 timer om ugen i 10 år ikke kan anses for en særlig påvirkning, der øger risikoen væsentligt for at udvikle den anmeldte sygdom.

Yderligere informationer:

Arbejdsskadestyrelsens Praksis nr. [2006-04](#) og [2006-05](#) om sygdomme efter arbejde med computermus.

[Udredningsrapport om sammenhænge mellem pc-arbejde og sygdomme i arm, skulder og nakke](#)

Ankestyrelsens principielle afgørelser om sygdomme i hånd og underarm kan ses på www.ast.dk

[Notat om rengøringsarbejde og sygdomme i det øvre bevægeapparat \(www.ask.dk\)](#)

[Notat om plejearbejde og sygdomme i det øvre bevægeapparat \(www.ask.dk\)](#)

7. Karpaltunnelsyndrom (C.2.)

- 7.1. Punkt på fortegnelsen
- 7.2. Krav til diagnosen
- 7.3. Krav til påvirkningen
- 7.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold
- 7.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen
- 7.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

7.1. Punkt på fortegnelsen

Følgende nervesygdom i hånd og underarm er efter en af de anførte påvirkninger optaget på fortegnelsen over erhvervssygdomme (gruppe C, punkt 2):

Sygdom	Påvirkning
C.2. Karpaltunnelsyndrom	<ul style="list-style-type: none">a. Arbejde med kraftigt vibrerende håndværktøj i længere tid (hånd-arm vibrationer)b. En kombination af hurtigt gentagne, kraftfulde og/eller akavede håndledsbelastende arbejdsbevægelser i længere tidc. Arbejde med genstande, der medfører et direkte og vedvarende tryk på medianusnerven i karpaltunnelen i længere tidd. Som komplikation til seneskedehindebetændelse på håndleddets bøjeside, der kan anerkendes efter erhvervssygdomsfortegnelsen

7.2. Krav til diagnosen

Der skal lægeligt være stillet diagnosen karpaltunnelsyndrom (ICD-10 M56.0).

Karpaltunnelsyndrom skyldes påvirkning eller afklemning af håndens midternerve (nervus medianus) i den såkaldte karpaltunnel på håndleddets bøjeside. Gennem denne tunnel passerer foruden midternerven også 9 sener. Ved pladsmangel kan der opstå tryk på nerven, og det er symptomerne herpå, der kaldes karpaltunnelsyndrom.

Diagnosen stilles medicinsk på baggrund af en kombination af:

- Den tilskadekomnes subjektive klager (symptomer)
- En klinisk objektiv undersøgelse
- Resultatet af en neurofysiologisk undersøgelse (EMG/ENG), hvis en sådan er foretaget. Vi kan ikke kræve invasive (indtrængende) undersøgelser.

Den kliniske diagnose ved karpaltunnelsyndrom stilles som udgangspunkt ved en klinisk objektiv undersøgelse. Diagnosens sikkerhed kan optimeres med en supplerende nerveledningsundersøgelse (neurofysiologisk undersøgelse ved hjælp af elektroneurografi eller elektromyelografi).

Hvis en nerveledningsundersøgelse ikke kan bekræfte diagnosen karpaltunnelsyndrom, kan sygdommen ikke anses for dokumenteret, og sagen kan ikke anerkendes efter dette punkt på fortegnelsen.

Hvis tilskadekomne er opereret for et karpaltunnelsyndrom, vil det operative indgreb i sig selv være tilstrækkelig dokumentation for sygdommen, selvom en nerveledningsundersøgelse udført efter det operative indgreb eventuelt ikke kan understøtte diagnosen.

Symptomer

- Føleforstyrrelser i medianusområdet
- Smertefulde dødhedsfornemmelser (paræstesier)
- Forværring af smerter og symptomer ved belastning
- Natlig forværring af smerter og andre symptomer (eventuelt ”ormeformede” fornemmelser ved håndleddet)

Objektive tegn

Diagnosen karpaltunnelsyndrom stilles som udgangspunkt ved en klinisk undersøgelse. Fund ved en klinisk undersøgelse kan være:

- Nedsat følesans på fingre, håndflade og håndryg
- Ændret smerte- og temperatursans
- Ændret sans for skelnen mellem stumpet og spidst
- Muskelsvind

Den kliniske undersøgelses resultater kan optimeres med en supplerende nerveledningsundersøgelse. Hvis der er tale om karpaltunnelsyndrom, vil den neurofysiologiske undersøgelse vise dysfunktion i nervefunktionen, svarende til karpaltunnellen.

7.3. Krav til påvirkningen

For at sygdommen karpaltunnelsyndrom er omfattet af fortegnelsen, gælder, at der skal have været tale om påvirkninger i form af længere tids arbejde med kraftigt vibrerende håndværktøj, en kombination af hurtigt gentagne, kraftfulde og/eller akavede håndledsbelastende arbejdsbevægelser, eller arbejde med genstande, der medfører tryk på medianusnerven i karpaltunnellen. Sygdommen kan derudover anerkendes som komplikation til en seneskedehindebetændelse i håndleddets bøjese, hvis denne sygdom kan anerkendes efter fortegnelsen.

Sygdommen karpaltunnelsyndrom er hyppigt forekommende i befolkningen uanset erhverv, særligt hos kvinder. I mange tilfælde er der ikke tale om en arbejdsbetinget sygdom. Arbejdsmæssige belastninger, som beskrevet ovenfor, medfører imidlertid en betydeligt øget risiko for udvikling af sygdommen.

Belastningen skal være mekanisk og fysiologisk relevant for sygdommen. Dette betyder blandt andet, at det udførte arbejde skal have medført en relevant belastning af håndleddet. Om arbejdet

kan anses for relevant belastende, afhænger af en konkret vurdering af de samlede belastninger af håndleddet set i forhold til sygdomsudviklingen.

7.3.1. Arbejde med kraftigt vibrerende værktøj (C.2.a)

Det er en betingelse for anerkendelse af karpaltunnelsyndrom efter udsættelse for vibrerende håndværktøj, at der har været tale om vibrationspåvirkning gennem hænder og arme fra håndholdte værktøjer, håndførte maskiner eller stationære maskiner, hvor påvirkningen sker gennem et emne.

Der stilles krav til både vibrationens styrke og varighed. Styrken måles ved vibrationens acceleration, den såkaldte frekvensvægtede acceleration, som angives ved meter per sekund² (m/s²) eller decibel (dB). Normalt vil der blive taget udgangspunkt i, at belastningen skal svare til mindst et vibrationsniveau på 2,5 m/s² (128dB).

Værktøj med et vibrationsniveau på under 2,5 m/s² (128dB) vil normalt ikke kunne anses for kraftigt vibrerende håndværktøj, og udsættelse herfor vil ikke være omfattet af fortegnelsen.

For kravene til belastningsperioden henvises til nedenstående skema om vibrationsudsættelse i timer/år alt efter de anvendte værktøjers belastningsgrad. Som det fremgår af skemaet, skal der normalt have været tale om relevant udsættelse i mindst 1-2 år (accelerationsniveau 10-20).

Varigheden og styrken skal svare til standarden anført i skemaet. Det vil sige, at kravene til varigheden per dag eller år bliver mindre, hvis vibrationsniveauet er højere end angivet i standarden. For at kunne vurdere vibrationspåvirkningen er det derfor nødvendigt at vide, hvilken type vibrerende værktøj der har været brugt og dets vibrationshastighed. Endvidere er der behov for oplysninger om det antal timer dagligt og antal år, hvor værktøjet har været brugt. Hvis det ikke er muligt at få oplysning om værktøjets konkrete accelerationsniveau, er der til hjælp ved vurderingen udarbejdet et skema med angivelse af gennemsnitlige niveauer.

Det bemærkes, at ældre værktøjer normalt har højere vibrationsniveau end nyere udgaver, der ofte vil være vibrationsdæmpede.

Skema om sammenhæng mellem udsættelse for vibrationer og karpaltunnelsyndrom

Skemaet nedenfor viser sammenhængen mellem daglig udsættelse i antal timer, antal år og graden af vibrationsstyrke. Skemaet angiver, hvor meget der skal til, før der udvikles karpaltunnelsyndrom.

Frekvensdrejet acceleration (m/s ²)	Timer: 0,25	Timer: 0,5	Timer: 1	Timer: 2	Timer: 4	Timer: 8
2,5	Mere end 25 år	Mere end 25 år	24 år	17 år	12 år	8,4 år
5	24 år	17 år	12 år	8,5 år	6 år	4,2 år
10	12 år	8,5 år	6 år	4,2 år	3 år	2,1 år
20	6 år	4,2 år	3 år	2,1 år	1,5 år	1,1 år

Beregningerne i skemaet er foretaget på grundlag af ISO-standard nr. 5349

Eksempler på accelerationsniveauer for nogle typer af vibrerende håndværktøjer i perioden 1970-1984. Frekvensvejret acceleration ved håndgrebet under erhvervsarbejde:

Ad accelerationsgruppe:

I: Mindre end 3 m/s^2
(under 130 dB)

II: $3 - 10 \text{ m/s}^2$
(130 - 140 dB)

III: Mere end 10 m/s^2
(over 140 dB)

Maskintype/arbejde	Accelerationsgruppe			Kommentar
	I	II	III	
Vinkelslibere	X	X	X	Slibeskiven påvirker niveauet i væsentligt omfang. Nye slibere
Planslibere		X		F.eks. bilreparation.
Fast monterede slibemaskiner		X	X	Eksposering for vibrationer i emnet.
Elektriske ikke-slående boremaskiner	X			F.eks. boring i træ, plast og metal.
Luftdrevne ikke-slående boremaskiner	X	X		Værkstedindustri. Nye boremaskiner.
Slagboremaskiner og borehamre		X	X	F.eks. elektrikere, kabelføring. F.eks. boring i mur.
Mejselhamre			X	De fleste større og ældre maskiner, værkstedindustri, bilværksteder, brydning af beton og asfalt. Nyere maskiner.
Nittehamre	X	X	X	Ældre, fly- og værftsarbejde Nyere, flyarbejde
Modhold ved nitning	X	X	X	Traditionelt jernarbejde. Nyere konstruktioner, mindre nitter
Møtrikværktøj (trykluft)	X	X		De fleste, bilbranchen. Større maskiner giver højere vibrationsniveauer. Sejtrækkende værktøj.
Motorsave		X	X	Ældre (før 1968). Nyere.
Rydningssave	X	X		De fleste. Med vibrationsdæmpning.
Rundsave til pladeskæring		X		Bilreparation.
Stavvibratorer	X	X		De fleste. Visse nyere modeller.
Styrehåndtag og pedaler	X			Højere niveauer for visse jordbrugsmaskiner.

7.3.2. Hurtigt gentagne, kraftfulde og/eller akavede arbejdsbevægelser (C.2.b)

For at en sag kan anerkendes efter fortegnens punkt C.2 om karpaltunnelsyndrom, skal der have været tale om en kombination af hurtigt gentagne, kraftfulde og/eller akavede håndledsbelastende arbejdsbevægelser i længere tid. Med en kombination menes, at arbejdet som udgangspunkt skal indeholde mindst 2 af de anførte belastningsfaktorer; det vil sige hurtigt gentagne, kraftfulde og/eller akavede arbejdsbevægelser.

Hurtigt gentagne arbejdsbevægelser

For at arbejdet kan anses for karakteriseret ved hurtigt gentagne arbejdsbevægelser, der belaster håndleddet på en relevant måde, må arbejdet medføre hurtigt gentagne (højrepetitive) bevægelser af håndleddet i en væsentlig del af arbejdsdagen. Det vil normalt sige ensidigt gentagne og belastende arbejdsbevægelser udført mange gange i minuttet.

Hyppigheden af de belastende bevægelser kan ikke fastsættes endeligt, men afhænger af en konkret vurdering af repetitionshyppigheden set i forhold til arbejdets udførelse og de øvrige belastende forhold ved arbejdet, i form af samtidige, akavede arbejdsstillinger for håndleddet og/eller kraftudfoldelse.

Kraftfulde arbejdsbevægelser

Relevante elementer i vurderingen af, om arbejdsbevægelserne er kraftfulde, kan være:

- Graden af anvendelse af muskelkraft ved arbejdet
- Om emnet yder modstand
- Om der er samtidige vride-, dreje-, bøje- eller strækkebevægelser i håndleddet

Akavede arbejdsbevægelser

En faktor, der bidrager til risikoen for sygdomsudviklingen, er arbejde i arbejdsstillinger, der er akavede for håndleddet. Alle led har en normal funktionsstilling. Det er den stilling af leddet, som giver en optimal funktion af ekstremiteten (ekstremitet = arm eller ben). Bevægelser, som sker i andre stillinger end normalstillingen, betegnes som akavede. Jo større afvigelsen fra normalstillingen er, jo mere betegnes den som akavet. Bevægelser i akavede stillinger er ikke optimale og øger dermed belastningen af for eksempel muskler, sener og bindevæv.

For at arbejdet kan karakteriseres som kendetegnet ved akavede arbejdsbevægelser, skal der være tale om bevægelser, der medfører en særlig belastning af håndleddet. Det vil sige bevægelser udført med håndleddet holdt i en skæv stilling, der afviger fra den normale funktionsstilling, eller bevægelser, der medfører kontinuerlige vride-, dreje-, strække- eller bøjebevægelser i håndleddet. Der skal som udgangspunkt være tale om en betydelig afvigelse fra den optimale funktionsstilling.

Kombinationsvurdering

Hvis der er tale om en meget høj grad af kraftudfoldelse og eventuelt tillige meget akavede arbejdsstillinger for håndleddet, vil kravet til repetitionshyppigheden være relativt mindre. Der skal dog altid være tale om en vis gentagethed ved arbejdsbevægelserne. Ved en moderat kraftudfoldelse og gode arbejdsstillinger for håndleddet vil kravet til repetitionshyppigheden tilsvarende være større.

Hvis arbejdet indebærer hurtigt gentagne arbejdsbevægelser med samtidig meget akavede arbejdsstillinger, vil der ikke være et krav om egentlig kraftudfoldelse ved arbejdet, der ligger ud over den normale kraftudfoldelse, som skal til for at bevæge hånden (normal funktionskraft). En samtidig kraftudfoldelse, der ligger noget ud over anvendelse af normal funktionskraft, bidrager imidlertid til risikoen for sygdomsudvikling og taler derfor for en nedsættelse af kravet til repetitionshyppigheden og arbejdsstillingens akavethed.

Hvis arbejdet er karakteriseret ved hurtigt gentagne og kraftfulde arbejdsbevægelser, skal der ikke nødvendigvis være tale om samtidige, akavede arbejdsstillinger.

7.3.3. Arbejde med genstande, der medfører direkte og vedvarende tryk (C.2.c)

Ved arbejde med genstande, der medfører tryk på medianusnerven i karpaltunnellen, forstås arbejdsprocesser med anvendelse af genstande (redskaber eller andre emner), der indebærer en vedvarende og udefra kommende trykpåvirkning direkte på nerven i løbet af arbejdsdagen.

7.3.4. Generelle betingelser for påvirkningerne a-c

Der skal som udgangspunkt være udført relevant belastende arbejde i en sammenhængende periode på 2 år eller mere.

Det nærmere krav til belastningens tidsmæssige udstrækning vil afhænge af en konkret vurdering af belastningens karakter og omfang (styrke). Har der fundet en yderst omfattende påvirkning sted, taler dette for en forholdsvis kort belastningsperiode (1-2 år). En forholdsvis beskeden påvirkning vil derimod tale for et krav om en længere belastningsperiode. Hvis der har været tale om en meget lang belastningsperiode, vil dette tilsvarende kunne tale for en nedsættelse af kravet til belastningens styrke.

For arbejde med kraftigt vibrerende værktøjer gælder dog særlige regler for den tidsmæssige udstrækning, alt afhængigt af værktøjernes vibrationsstyrke og den daglige udsættelse i timer. Der henvises til ovenstående afsnit om arbejde med kraftigt vibrerende håndværktøj, herunder skemaet om vibrationsstyrke i forhold til den tidsmæssige udstrækning.

Det er en forudsætning for anerkendelse, at der er en god tidsmæssig sammenhæng mellem sygdommen og det håndledsbelastende arbejde. For karpaltunnelsyndrom er den relevante tidsmæssige sammenhæng, at de første symptomer på sygdommen viser sig nogen tid efter, at det håndledsbelastende arbejde er begyndt. Ved nogen tid forstås – afhængigt af belastningens omfang – sædvanligvis mindst 1-2 år.

Ved vurderingen lægges dog vægt på, om der for eksempel har været tale om ekstraordinært store, daglige belastninger. I sådanne tilfælde vil der lægeligt være en tidsmæssig sammenhæng mellem arbejdet og sygdommens udvikling, selvom de første symptomer viser sig kortere tid efter påbegyndelsen af det håndledsbelastende arbejde. Sygdommen må dog ikke have manifesteret sig som kronisk sygdom, før det belastende arbejde blev påbegyndt.

Der skal som udgangspunkt have fundet en relevant belastning sted i mindst halvdelen af arbejdsdagen (3-4 timer).

Hvis der er udført forskellige arbejdsfunktioner i løbet af arbejdsdagen, vil der blive foretaget en vurdering af den samlede daglige belastning af håndleddet, ud fra en vurdering af hver arbejdsfunktionens belastning og de forskellige belastningers samlede tidsmæssige udstrækning.

Der kan for eksempel være tale om en vekslen mellem hurtigt gentagne og kraftfulde håndledsbelastende arbejdsbevægelser i 1/3 af arbejdsdagen og hurtigt gentagne og meget akavede arbejdsbevægelser i 1/3 af arbejdsdagen. I den sidste tredjedel af arbejdsdagen udføres ikke håndledsbelastende arbejde. I dette tilfælde sker der en vekslen mellem forskellige arbejdsfunktioner over arbejdsdagen, hvor 2 af arbejdsfunktionerne opfylder kravene til en relevant påvirkning, og hvor disse påvirkninger samtidig strækker sig over mere end halvdelen af arbejdsdagen. Sagen kan derfor anerkendes efter fortegnelsen.

Belastningen skal vurderes i forhold til personens størrelse og fysik, og der skal i øvrigt være god tidsmæssig sammenhæng mellem påvirkningen og sygdommens opståen.

Vi vil ved sagens behandling eventuelt indhente en arbejdsmedicinsk speciallægeerklæring. Speciallægen vil blandt andet blive bedt om at beskrive og vurdere hyppigheden og karakteren af arbejdsbevægelserne, herunder anvendelsen af kraft og håndleddets arbejdsstillinger, eventuelt anvendte vibrerende værktøjer og deres grad af vibrationsstyrke samt eventuelle direkte trykpåvirkninger, konkret og indgående i forhold til de enkelte arbejdsfunktioner. Speciallægen skal tillige foretage en individuel vurdering af belastningsforholdenes betydning for udvikling af sygdommen hos netop den undersøgte person.

En nerveledningsundersøgelse kan indgå i vurderingen som supplement til den kliniske undersøgelse.

7.3.5. Som komplikation til seneskedehindebetændelse (C.2.d)

Karpaltunnelsyndrom kan i nogle tilfælde opstå som en naturlig følge af og komplikation til seneskedehindebetændelse på håndleddets bøjeseide. Hvis seneskedehindebetændelsen kan anerkendes efter fortegnelsens krav til denne sygdom (punkt C.1), vil karpaltunnelsyndromet kunne anerkendes som komplikation til denne sygdom ud fra de krav, der gælder for seneskedehindebetændelse efter fortegnelsen.

7.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold

- Gigt i håndleddet og/eller håndroden
- Følger efter brud på håndled
- Seneknude (ganglion)
- Visse former for slidgigt i halshvirvelsøjlen med rodpåvirkning
- Diskusprolaps i halshvirvelsøjlen
- Nervebetændelse (neuropati)
- Idiopatiske (ukendte) årsager
- Aldersbetingede forandringer i håndleddet
- Sukkersyge
- Graviditet
- Fedme (Body Mass Index større end 30-31)
- Kæmpevækst (akromegali)

- For lavt stofskifte (myksødem)

7.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen

Det er kun sygdommen karpaltunnelsyndrom, der er omfattet af dette punkt på fortegnelsen. Der skal desuden have været tale om påvirkninger, der opfylder kravene til anerkendelse.

Andre sygdomme eller påvirkninger uden for fortegnelsen vil i særlige tilfælde kunne anerkendes efter forelæggelse for Erhvervssygdomsudvalget.

Et eksempel på en påvirkning, der eventuelt vil kunne anerkendes som årsag til et karpaltunnelsyndrom efter forelæggelse for udvalget, er et ekstremt højrepetitivt og kraftfuldt arbejde, hvor sygdommen er opstået inden for det første år.

Erhvervssygdomsudvalgets praksis ved vurdering af sager uden for fortegnelsen vil løbende blive meldt ud på Arbejdsskadestyrelsens hjemmeside.

7.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

7.6.1. Arbejde med stærkt vibrerende håndværktøj (C.2.a)

Eksempel 1: Anerkendelse af karpaltunnelsyndrom (klejnsmed i 8 år)

En mand arbejdede som klejnsmed på et skibsværft i godt 8 år. Han anvendte i forbindelse med pladearbejde luftmejsel, plan- og vinkelsliber, bor og lufthammer. Han havde i gennemsnit anvendt det håndholdte vibrerende værktøj i 4-5 timer dagligt, og værktøjerne havde en vibrationsstyrke på mellem 3 og 8 m/s². Han begyndte at få smerter og føleforstyrrelser i højre hånd og håndled efter 7-8 år. En speciallæge stillede diagnosen højresidigt karpaltunnelsyndrom.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Klejnsmeden har været udsat for kraftigt vibrerende værktøjer i halvdelen af arbejdsdagen i 8 år, og de anvendte værktøjer har haft et væsentligt håndledsbelastende vibrationsniveau på gennemsnitligt 5-6 m/s². Der er god sammenhæng mellem udviklingen af et højresidigt karpaltunnelsyndrom og belastningen og dens tidsmæssige udstrækning.

Eksempel 2: Anerkendelse af karpaltunnelsyndrom (elektriker i 40 år)

En mand arbejdede som elektriker hos forskellige arbejdsgivere i 40 år, heraf i mere end 20 år som ansat med lønmodtagerstatus i eget firma. Arbejdet bestod i varierede elektrikeropgaver og medførte daglig anvendelse af fræser og slagboremaskine i 1-2 timer. Han udviklede efter 40 år gener i højre hånd med smerter og dødhedsfølelse og snurren i de yderste fingre. En speciallæge stillede diagnosen højresidigt karpaltunnelsyndrom, og han blev opereret med godt resultat.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Elektrikeren har været udsat for kraftige vibrationer fra fræser og slagboremaskiner i 1-2 timer dagligt i 40 år. Værktøjerne har haft et vibrationsniveau fra 3 m/s² til over 10 m/s², og der er god tidsmæssig sammenhæng mellem belastningen og sygdommens opståen.

Eksempel 3: Afvisning af karpaltunnelsyndrom (truckfører i 7 år)

En mand arbejdede som lagerarbejder i en større virksomhed i godt 7 år. Hans arbejde bestod i næsten hele arbejdstiden i truckkørsel. Ifølge sagens oplysninger var der tale om kørsel med ældre trucks, hvor vibrationer fra køretøjet forplantede sig til føreren via styretøjet. Ifølge sagens oplysninger var vibrationsniveauet dog meget beskedent og under 1 m/s^2 . Han fik efter godt 7 års arbejde af en speciallæge konstateret karpaltunnelsyndrom på venstre side.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Lagerarbejderen har fået et venstresidigt karpaltunnelsyndrom, efter at han har arbejdet som truckfører med lettere vibrationspåvirkninger til håndleddet fra køretøjet igennem flere år. Vibrationsbelastningen opfylder imidlertid ikke kravene efter fortegnelsen, da vibrationsniveauet har ligget væsentligt under $2,5 \text{ m/s}^2$.

7.6.2. Hurtigt gentagne, kraftfulde og/eller akavede arbejdsbevægelser (C.2.b)

Eksempel 4: Anerkendelse af karpaltunnelsyndrom (fisketrimmer i 3 år)

En kvinde arbejdede som fisketrimmer ved en fiskefiletfabrik i 3 år. Hun sad ved et transportbånd og trimmede fisk ved hjælp af en kort skarp filetkniv. Ved trimningen fjernedes nakkeben, mørbradben, finnerodsben, haleben og midterben med mindre skærebevægelser. Hånd og underarm blev ved trimningen fastlåst i hvert snit med samtidig drejning i håndleddet. Arbejdet krævede dog lettere anvendelse af håndkraft. Hun trimmede i gennemsnit 7-10 fisk i minuttet, svarende til godt 60 mindre bevægelser per minut med knivhånden (højre hånd). Hun udviklede efter godt 3 års arbejde smerter og føleforstyrrelser samt dødhedsførelse i højre hånd og underarm. En speciallæge stillede diagnosen højresidigt karpaltunnelsyndrom, som blev bekræftet ved en neurofysiologisk undersøgelse.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Fiskeindustriarbejderen har arbejdet som fisketrimmer i 3 år, før hun udviklede et højresidigt karpaltunnelsyndrom. Arbejdet har været præget af ekstremt hurtigt gentagne små skærebevægelser med lettere kraftudfoldelse med højre knivhånd udført i en let akavet håndledsstilling, der har belastet højre håndled. Der er endvidere god tidsmæssig sammenhæng mellem arbejdet med de ekstremt hurtigt gentagne, lettere kraftfulde og akavede arbejdsbevægelser i 3 år og sygdommens opståen.

Eksempel 5: Anerkendelse af dobbeltsidigt karpaltunnelsyndrom (bogbinder i 10 år)

En kvinde arbejdede i et bogbinderi på fuld tid i omkring 10 år. Hendes arbejde bestod overvejende i at passe en bogmaskine, som hun lagde papirark i. Hun tog et stød papir og placerede det lodret på en plade foran sig, hvorefter hun rettede papirerne ind. Hun lagde derefter papirerne med begge hænder i indtagestationen på maskinen, der var placeret i brysthøjde. Hun lagde godt 14.000 ark op i maskinen per time, svarende til en hyppighed på 30-40 håndteringer per minut. Efter godt 10 års arbejde udviklede hun kroniske smerter i begge underarme, dog mest udpræget i højre side. En speciallæge stillede diagnosen dobbeltsidigt karpaltunnelsyndrom, og hun blev efterfølgende opereret på begge sider.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Bogbinderen har udført hurtigt gentagne arbejdsbevægelser med begge hænder omkring 30-40 gange i minuttet ved ilægning af papir i en bogmaskine. Arbejdet har bestået i udpræget hurtigt gentagne og akavede håndledsbelastende arbejdsbevægelser. Arbejdet har tillige medført nogen kraftudfoldelse ved enkelte arbejdsprocesser. Bogbinderen har fået et dobbeltsidigt karpaltunnelsyndrom efter mange års belastning, og der er

god overensstemmelse mellem arbejdet, der har belastet begge hånder, og udviklingen af sygdommen.

Eksempel 6: Anerkendelse af karpaltunnelsyndrom (slagteriarbejder i 4 år)

En mand arbejdede som "slicemand" på et slagteri i godt 4 år. Hans arbejde bestod i at skrælle salamipølser med en enkeltvægt på 5 kilo. Han skar med højre hånd pølserne ned fra et stativ og lagde dem på et bord. Derefter skar han den yderste ende af pølsen, løftede den med venstre hånd og trak pølseskindet halvt af med højre hånd. Han rejste pølsen på højkant og afrev resten af pølseskindet. Hans produktion var på mellem 1.200 og 2.000 pølser per dag, og hver pølse blev håndteret flere gange, svarende til omkring 10-15 håndteringer per minut. Efter 4 års arbejde udviklede han smerter og føleforstyrrelser i højre underarm og hånd. Han fik af en speciallæge stillet diagnosen højresidigt karpaltunnelsyndrom. En neurofysiologisk undersøgelse bekræftede diagnosen.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Slagteriarbejderen har arbejdet som "slicemand" på et slagteri igennem flere år, hvor arbejdet har bestået i udskæring og skrælning af pølser. Arbejdet har været præget af hurtigt gentagne og kraftfulde arbejdsbevægelser i akavede, håndledsbelastende arbejdsstillinger mange gange i minuttet. Han fik efter 4 års arbejde et højresidigt karpaltunnelsyndrom, og der er god overensstemmelse mellem det håndledsbelastende arbejde og sygdomsudviklingen.

Eksempel 7: Anerkendelse af karpaltunnelsyndrom (tagoverstryger i 2½ år)

En mand arbejdede som tagoverstryger med tagreparationer igennem 2½ år. Han arbejdede på akkord i godt 8 timer dagligt. Arbejdet bestod i at overstryge tage med overstrygningskit, som blev påført med en særlig pumpe. Pumpen var udstyret med en sprøjtepistol via en slange. Pumpen, der skulle håndteres og flyttes mange gange dagligt, vejede 75 kilo. Trykket i slangen var på 220 bar. Kitpumpen var vanskelig at betjene, og arbejdet var tungt for håndledet. Sprøjtepistolens anvendelse krævede hyppige aktiveringer med samtidig kraftudfoldelse i højre hånd, ligesom højre håndled blev udsat for meget akavede arbejdsstillinger under arbejdet med overstrygning af tagfladerne. Efter godt 2½ års arbejde udviklede tilskadekomne smerter i højre håndled og underarm, og en speciallæge stillede diagnosen højresidigt karpaltunnelsyndrom.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Tagoverstrygeren fik et højresidigt karpaltunnelsyndrom efter arbejde som tagoverstryger i 2½ år. Arbejdet var meget belastende for højre håndled med gentagne arbejdsbevægelser mange gange i minuttet, der krævede en del kraftudfoldelse med højre hånd. Arbejdet blev tillige udført i arbejdsstillinger, der var meget akavede for håndledet.

Eksempel 8: Anerkendelse af karpaltunnelsyndrom (montrice i 3 år)

En kvinde arbejdede som montrice i en virksomhed, der producerede lamper og loftsarmaturer, igennem godt 3 år. Hun var i omkring ¾ af arbejdstiden beskæftiget med at bukke armaturer ved en bukkemaskine. ¼ af arbejdstiden var hun beskæftiget med at håndsamle reflektorer til loftsarmaturer med påmontering af emner med en popnittepistol. Hun kunne montere 100-300 armaturer per dag ved påmonteringen, svarende til mange gentagne arbejdsbevægelser per minut. Arbejdet med popnittepistol krævede nogen kraftudfoldelse af højre hånd og indebar hyppige vride-, dreje- og bøjemanøvrer med håndledet. Ved bukkearbejdet tog hun en stak aluminiumsplader af forskellig størrelse til et arbejdsbord, hvorefter hun holdt det enkelte emne ind i en bukkemaskine, som blev aktiveret med fodpedal. Herefter tog hun emnerne ud og lagde dem i en bunke. Håndteringerne indebar, at hun skulle række ud og foretage løft i maksimal rækkeafstand

med drejninger i håndleddet, dog med begrænset kraftudfoldelse. Hendes produktion var 300 emner i timen, og hvert emne blev håndteret flere gange. Efter 3 års arbejde fik hun gener i højre underarm, og en speciallæge stillede diagnosen højresidigt karpaltunnelsyndrom.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Montricen havde håndledsbelastende monteringsarbejde i 3 år og udviklede derefter et højresidigt karpaltunnelsyndrom. Arbejdet var præget af mange gentagne arbejdsbevægelser med højre hånd med samtidig kraftudfoldelse og blev udført i akavede håndledsbelastende arbejdsstillinger.

Eksempel 9: Anerkendelse af karpaltunnelsyndrom (rengøringsassistent i 6 år)

En kvinde arbejdede som rengøringsassistent med morgenrengøring 30 timer/uge i et stort supermarked. Arbejdet bestod overvejende i rengøring af et 3000 m² stort linoleumsgulv ved anvendelse af en vaskepumpemaskine, der blev drevet af batterier. Maskinen var ½ meter bred, vejede 500-600 kilo og nåede hende til brystet. Maskinen blev betjent med overhåndsgreb på 2 vandretliggende håndtag i brysthøjde. Ved fremdrift skulle håndtagene skubbes nedad og ved bakning opad. Maskinen blev drejet ved træk og skub i håndtagene. Der var tale om gulvvask af smalle gange, der indebar gentagne drejninger med vrid i håndleddene. Betjeningen af maskinen krævede endvidere en del anvendelse af håndkraft. Efter godt 6 års arbejde udviklede hun svære smerter og føleforstyrrelser i højre hånd og håndled samt lettere smerter i venstre håndled. En neurofysiologisk undersøgelse påviste et højresidigt karpaltunnelsyndrom. Der var imidlertid ikke tegn på karpaltunnelsyndrom på venstre side.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen, for så vidt angår det højresidige karpaltunnelsyndrom. Smerterne i venstre håndled er ikke omfattet af anerkendelsen, da der ikke er dokumentation for sygdommen karpaltunnelsyndrom på venstre side. Rengøringsassistenten har haft håndledsbelastende arbejde igennem 6 år, hvor hun har betjent en stor og tung gulvvaskemaskine. Arbejdet har indebåret mange gentagne arbejdsbevægelser med nogen kraftudfoldelse, udført i akavede håndledsbelastende arbejdsstillinger, herunder hyppige drejebevægelser, og der er god sammenhæng mellem arbejdet og sygdommens opståen.

Eksempel 10: Anerkendelse af karpaltunnelsyndrom (rengøring i 8½ år)

En 39-årig mand arbejdede som rengøringsassistent med kontorrengøring i 8 år og siden ½ år med rengøring på slagteri. Ved kontorrengøringen skulle han rengøre kontorarealer på over 1.000 m² dagligt, hvor han i 70 procent af tiden eller cirka 5-6 timer dagligt skulle moppe gulvarealer. Heraf havde han 2-3 timers vådmopning og 3-4 timers eftertørring af vådt gulv med tørtmoppe. Begge typer moppearbejde indebar let til moderat kraftfulde, ensidigt og meget hurtigt gentagne bevægelser ved mopning i 8-taller op til omkring 60 gange i minuttet i kombination med dreje- og bøjebevægelser i håndleddene. Arbejdet med aftørring og støvsugning i under 30 procent af arbejdstiden blev ikke beskrevet som specielt kraftkrævende eller gentaget. På slagteriet skulle han både gøre rent og rydde op. Rengøringen bestod hovedsageligt i brug af højtryksrensere op til 4-5 timer dagligt, som indebar hurtigt gentagne bevægelser i håndleddene i kombination med kraftfulde og akavede bevægelser for håndleddene. Dertil kom mange tunge løft og skub ved håndtering af affald og maskiner ved oprydningen. Han fik symptom på karpaltunnelsyndrom i begge håndled i slutningen af ansættelsen i slagteriet og blev opereret på begge sider.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Rengøringsassistenten har fået konstateret dobbeltsidigt karpaltunnelsyndrom, som han er opereret for. Han har i mange år haft rengøringsarbejde, hvor han i mere end 3-4 timer dagligt har haft hurtigt gentagne og akavede bevægelser i håndleddene

ved mopning 5-6 timer dagligt, hvor både vådmopningen og tømopningen (eftertørring i det våde guly) indebar brug af en del kraft for håndleddene. I slutningen af perioden havde han rengøring på et slagteri, der ligeledes medførte hurtigt gentagne, kraftfulde og akavede bevægelser for begge håndled ved højtryksspuling og tungere oprydning i mange timer om dagen. Der er god tidsmæssig sammenhæng mellem sygdommen og arbejdsbelastningerne.

Eksempel 11: Anerkendelse af karpaltunnelsyndrom (violinist i 4 år)

En kvinde arbejdede som professionel violinist på fuld tid i et større symfoniorkester. Arbejdet indebar mange timers daglig øvelse samt hyppige koncertoptrædender og pladeindspilninger i studie. Ved arbejdet blev violinen holdt i venstre hånd, mens højre hånd førte violinbuen frem og tilbage i hurtigt tempo i akavede stillinger med konstante vride- og drejebbevægelser i højre håndled. Efter godt 4 års arbejde udviklede hun smerter og føleforstyrrelser i højre håndled. En speciallæge stillede diagnosen højresidigt karpaltunnelsyndrom.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Violinisten har fået et højresidigt karpaltunnelsyndrom efter et meget håndledsbelastende arbejde som violinist i flere år. Arbejdet har betydet, at højre håndled har været udsat for meget hurtigt gentagne bevægelser i akavede håndledsbelastende arbejdsstillinger igennem en stor del af arbejdsdagen. Der er endvidere god tidsmæssig sammenhæng mellem arbejdet og sygdomsudviklingen.

Eksempel 12: Anerkendelse af karpaltunnelsyndrom (fisker i 7 år)

En mand arbejdede som fisker i godt 7 år. Han arbejdede overvejende med garnfiskeri, hvor han 1/3 af tiden satte net ud og 2/3 af tiden trak net ind og tømte dem. Ved tømning blev fiskene pillet ud af nettene med kraftfulde gribebevægelser i begge hænder om fisken og om nettet. Han knuste desuden krabber nogle dage. Han håndterede enten omkring 250 torsk, 2.400 fladfisk eller 2.000 krabber på en dag. Resten af tiden var han beskæftiget med snurrevodsfiskeri, hvor han sorterede og rensede fisk. Han holdt fisken i højre hånd, mens han med venstre hånd med en kraftfuld gribe- og skærebevægelse skar i fisken og fjernede tarmsystemet. Arbejdet med at sætte net og trække dem op igen medførte også kraftfulde gribebelastninger i begge håndled. I slutningen af perioden udviklede han smerter i begge håndled og underarme og fik ved en neurofysiologisk undersøgelse konstateret dobbeltsidigt karpaltunnelsyndrom.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Fiskeren har i flere år haft repetitivt og kraftfuldt håndledsbelastende arbejde med typisk akavede stillinger for begge håndled ved arbejde med at sætte net og trække dem ind, håndtere fisk og rense dem. Der er god overensstemmelse mellem arbejdet og udviklingen af et dobbeltsidigt karpaltunnelsyndrom.

Eksempel 13: Anerkendelse af karpaltunnelsyndrom (tømmer/taglægger i 12 år)

En 44-årig tømmer arbejdede igennem en 12-årig periode med at lægge Decra-tage. Arbejdet bestod i størsteparten af dagen i at holde lægter eller tagplader fast med et kraftfuldt greb i venstre hånd, mens han skød søm i fra en sømpistol med højre hånd. Det fremgik, at arbejdet medførte kontinuerlige stød mod venstre håndflade ved brug af sømpistolen. Han begyndte efter en del år at få sovende fornemmelser i venstre hånds fingre og fik til sidst konstateret karpaltunnelsyndrom. Han blev derefter opereret med god effekt.

Det venstresidige karpaltunnelsyndrom kan anerkendes efter fortegnelsen. Tømmeren har igennem mange år udført arbejde, der har belastet venstre håndled/underarm ved fastholdelse af lægter og

tagplader med kraftfulde gribebevægelser, der har været akavede for håndleddet. Dertil kommer, at sømpistolen også har medført fortsatte kraftfulde stødpåvirkninger af venstre hånd.

Eksempel 14: Anerkendelse af dobbeltsidigt karpaltunnelsyndrom (bager i 9 år)

En 27-årig mand havde arbejdet som bager i 9 år, heraf i godt halvdelen af perioden med meget lange arbejdsuger op til 80-90 timer. Arbejdet bestod i at virke dej op (45 procent af tiden), skrabe dej (10 procent), fladbanke dej (40 procent) og diverse andre opgaver (5 procent). En stor del af arbejdsopgaverne var manuelle, herunder opdeling og opspænding af dej med kraftanvendelse og vrid og drej i håndleddene, udbankning af dej med håndflader og håndrod med kraftfulde hurtige bevægelser og mange løft i løbet af arbejdsdagen. Han udviklede efter cirka 5 år begyndende smerter i begge håndled og tendens til snurren i fingrene efter lange arbejdsdage. Generne tiltog over nogle år, og han fik til sidst ved blandt andet en neurofysiologisk nerveledningsmåling konstateret dobbeltsidigt karpaltunnelsyndrom.

Det dobbeltsidige karpaltunnelsyndrom kan anerkendes efter fortegnelsen, da bageren igennem en stor del af arbejdstiden og i mange år har udført hurtige, kraftfulde og akavede bevægelser i begge håndled ved forarbejdning af store mængder dej, herunder særligt med belastninger ved opvirkning, bankning og skrabning.

Eksempel 15: Afvisning af karpaltunnelsyndrom efter arbejde (pakker i 3/4 år)

En kvinde arbejdede i en større slagterivirksomhed som pakker af burgere i 8-9 måneder. Hendes arbejde bestod i pakning af frosne burgere. Hun stablede burgerne i stabler på 7 og puttede dem i en cylindrisk pose i brysthøjde. Hver pose kunne rumme 25 burgere. Den pakkede burgerpose blev efterfølgende løftet til et pakkebånd i samme højde, hvorefter den blev lukket af en kollega. Arbejdet var tempopræget, og hun pakkede op til 1.500 poser per dag med hyppige håndteringer hvert minut. Efter godt ¾ års arbejde udviklede hun et højresidigt karpaltunnelsyndrom og blev opereret med god effekt.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Pakkeren udviklede et højresidigt karpaltunnelsyndrom efter 8-9 måneders arbejde som pakker, hvor arbejdet var tempopræget og præget af hyppige håndteringer af burgere hvert minut. Selvom hun har udført håndledsbelastende, meget hurtigt gentaget arbejde i lettere akavede arbejdsstillinger, opfylder sagen ikke fortegnelsens krav til belastningens tidsmæssige udstrækning. For at sagen kan anerkendes, skal der have været tale om en belastning igennem mindst 2 år, men pakkeren har kun udført håndledsbelastende arbejde i omkring 9 måneder.

Eksempel 16: Afvisning af karpaltunnelsyndrom (pakker i 7 år)

En kvinde arbejdede på en blefabrik igennem godt 7 år. Hendes arbejde bestod i at pakke bleer. Hun tog omkring 20 bleer fra et bånd, drejede dem 90 grader og puttede dem ned i en pakkemaskine, hvorefter hun trykkede på en knap. Hun foretog omkring 4-5 håndteringer af blestakke til pakkemaskinen per minut. Arbejdet blev udført i en god arbejdshøjde og med meget begrænsede drejebelastninger i håndleddene. Arbejdet var tillige ikke præget af kraftudfoldelse. Efter 6-7 års arbejde udviklede hun symptomer på et højresidigt karpaltunnelsyndrom, og speciallægen anfører denne diagnose.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Pakkeren har udviklet et højresidigt karpaltunnelsyndrom efter godt 7 års arbejde med pakning af bleer. Arbejdet har indebåret et begrænset antal gentagne arbejdsbevægelser per minut (4-5 bevægelser) og har ikke været præget

af betydende kraftudfoldelse og/eller akavede arbejdsstillinger. Kravene om, at mindst 2 af belastningsfaktorerne hurtigt gentagne arbejdsbevægelser, kraftudfoldelse og akavede arbejdsstillinger er til stede, er derfor ikke opfyldt.

Eksempel 17: Afvisning af karpaltunnelsyndrom (social- og sundhedshjælper i 4 år)

En kvinde arbejdede som social- og sundhedshjælper på et plejehjem igennem godt 4 år. Arbejdet bestod i at give hjælp til personlig pleje, påklædning, toiletbesøg samt servering af mad og medicin hos typisk 4 beboere. Arbejdet var varieret, men medførte omkring 20 personhåndteringer per dag. Efter 4 års arbejde fik hun smerter i venstre håndled, og en speciallæge stillede diagnosen venstresidigt karpaltunnelsyndrom.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Social- og sundhedshjælperens arbejde med personpleje på et plejehjem i godt 4 år har ikke medført hurtigt gentagne, kraftfulde og/eller akavede arbejdsbevægelser, der belaster venstre håndled flere gange i minuttet. Sagen opfylder derfor ikke kravene til anerkendelse efter fortegnelsen.

Eksempel 18: Afvisning af karpaltunnelsyndrom (rengøring i 1 år)

En 47-årig kvinde fik konstateret dobbeltsidigt karpaltunnelsyndrom ved en EMG-undersøgelse (måling af nerveledningshastigheden). Det fremgik desuden af de lægelige oplysninger, at hun havde en stofskiftesygdom i form af myksødem, som hun var i behandling for. Den konkurrerende sygdom disponerede væsentligt for at udvikle karpaltunnelsyndrom, da den gav væskeophobning. Hendes symptomer startede lidt under et år efter, at hun begyndte på at gøre rent på et rådhus og i et kulturhus. Ved dette arbejde vaskede hun gulv med en vådmoppe i cirka 4 timer per dag og havde ellers arbejdsfunktioner med at støvsuge, feje, tørre flader af med videre. Hun havde tidligere haft lettere, forefaldende arbejde uden belastninger af håndleddene.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Rengøringsassistenten har fået konstateret karpaltunnelsyndrom på begge sider efter lidt under 1 års arbejde med rengøring. Udgangspunktet for anerkendelse af karpaltunnelsyndrom er 2 års forudgående relevant belastning, som eventuelt kan reduceres ned til 1 år, hvis der har været tale om meget store belastninger. Det er ikke tilfældet i denne sag. Dertil kommer, at der er en væsentligt konkurrerende sygdom i form af myksødem, der disponerer meget for at udvikle karpaltunnelsyndrom på grund af væskeophobning i håndleddene.

Sagen har desuden været forelagt for Erhvervssygdomsudvalget for en vurdering uden for fortegnelsen, der imidlertid ikke fandt, at sygdommen udelukkende eller i overvejende grad var forårsaget af arbejdet. Udvalget lagde vægt på, at der ikke var beskrevet ekstraordinære belastninger, der øgede risikoen for at udvikle karpaltunnelsyndrom, og at der desuden var en konkurrerende sygdom, der i sig selv kunne forårsage karpaltunnelsyndrom.

7.6.3. Arbejde med genstande, der medfører direkte tryk (C.2.c)

Eksempel 19: Anerkendelse af karpaltunnelsyndrom (montør i 2 år)

En mand arbejdede som montør i en større virksomhed, der producerede forskellige større metalemner. Hans arbejde bestod overvejende i at montere kraftige metalbånd på store metalplader med metal møtrikker. Han anvendte under opspændingen en stor svensktang, som under anvendelsen medførte et næsten konstant tryk mod medianusnerven i en stor del af arbejdsdagen. Efter knapt 2 års arbejde udviklede han smerter i underarmen og hånden, og en speciallæge stillede diagnosen højresidigt karpaltunnelsyndrom.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Montøren har fået et højresidigt karpaltunnelsyndrom som følge af sit arbejde som montør, hvor han i knapt 2 år var udsat for et næsten konstant tryk fra en stor tang mod medianusnerven i karpaltunnelen.

7.6.4. Som komplikation til seneskedehindebetændelse (C.2.d)

Eksempel 20: Anerkendelse af karpaltunnelsyndrom som komplikation til seneskedehindebetændelse (klejnsmed i ½ år)

En mand arbejdede igennem godt ½ år som klejnsmed i et større stålproduktionsfirma. Arbejdet bestod i fremstilling af dele til gitterkonstruktion og i mindre omfang montering/svejsning. Ved fremstillingen skar han rør ud, der vejede mellem 1 og 15 kilo. Rørene blev sat i et stativ, hvorefter han løftede et rør ad gangen og fræsede begge ender. Til sidst blev rørene løftet til en presse, hvor der blev placeret et gevind, og han aktiverede pressen. Han havde godt 8 håndteringer per rør, svarende til op mod 2.000 håndteringer per dag. Arbejdet med de mange løft af rør foregik med strakte håndled og indebar nogen kraftudfoldelse. Der var derudover mange gentagne arbejdsbevægelser, der medførte vride-, dreje- og bøjebevægelser i håndledet. Han udviklede efter få måneders ansættelse smerter i højre håndled og i underarmen. En speciallæge stillede diagnosen højresidigt seneskedehindebetændelse samt højresidigt karpaltunnelsyndrom.

Sagen kan anerkendes som komplikation til seneskedehindebetændelse, da denne sygdom kan anerkendes efter fortegnelsens krav og der er god sammenhæng mellem de 2 sygdomme. Klejnsmeden har haft håndledsbelastende arbejde i ½ år, hvor arbejdet har været præget af kraftfulde og gentagne arbejdsbevægelser og samtidige, akavede arbejdsstillinger for højre håndled. Påvirkningen opfylder derfor kravene til anerkendelse som anført under seneskedehindebetændelse i hånd og underarm (punkt C.1).

Eksempel 21: Anerkendelse af karpaltunnelsyndrom som komplikation til seneskedehindebetændelse (pakkeoperatør i 15 år)

En kvinde arbejdede som pakkeoperatør med pakning af kød i et slagteri i 15 år. Hun pakkede cirka 600 midterstykker eller skinker i timen i kasser af 25 kilo. Pakning af midterstykker medførte, at hun skulle folde dem lige og holde dem fast sammentrykte og rettet ind, så de gled ind i pakkemaskinen. Ved pakning af mørbrad pakkede hun 1.200 i timen i kasser af 5 kilo. Pakkearbejdet medførte mange gribebevægelser med højre hånd og vridebevægelser i højre håndled ved de talrige løft. Ved pakning af kasser på 25 kilo måtte hun anvende vakuumløfter, der var belastende for armene at betjene, da hun skulle hente den ned fra over hovedhøjde med træk og stræk i højre arm. Hun skulle trykke kontakten på vakuumløfteren ned med en kraftig bøjebevægelse i alle fingre for at få den trukket ned og for at få den til at slippe kassen igen efter løftet. Arbejdet medførte generelt mange løft i armlængde og over hovedet på grund af hendes begrænsede højde. Pakkeoperatøren fik i slutningen af perioden seneskedehindebetændelse i højre håndled og fik siden konstateret karpaltunnelsyndrom på samme side.

Karpaltunnelsyndromet på højre side kan anerkendes som komplikation til seneskedehindebetændelse, da denne sygdom kan anerkendes efter fortegnelsens gruppe C, punkt 1 på grund af hurtigt gentagne og lettere kraftfulde og akavede bevægelser, der har belastet højre håndled relevant for udvikling af denne sygdom. Hun har udviklet karpaltunnelsyndrom i umiddelbar tilknytning til seneskedehindebetændelsen, og der er derfor god sammenhæng mellem de 2 sygdomme og mellem sygdommene og belastningen på arbejdet.

Yderligere informationer:

[Udredningsrapport om sammenhænge mellem karpaltunnelsyndrom og pc-arbejde](#)

Ankestyrelsens principielle afgørelser om karpaltunnelsyndrom kan ses på www.ast.dk

[Notat om rengøringsarbejde og sygdomme i det øvre bevægeapparat \(www.ask.dk\)](#)

[Notat om plejearbejde og sygdomme i det øvre bevægeapparat \(www.ask.dk\)](#)

8. Hånd-armvibrationssygdomme (hvide fingre, perifer neuropati, slidgigt, C.3)

- 8.1. Punkt på fortegnelsen
- 8.2. Krav til sygdommen (diagnose, lægelige oplysninger og konkurrerende forhold)
 - 8.2.1. Hvide fingre
 - 8.2.2. Perifer neuropati i hånd/fingre
 - 8.2.3. Slidgigt i albue/håndled
- 8.3. Krav til påvirkningen
 - 8.3.1. Krav til påvirkningen ved hvide fingre og perifer neuropati
 - 8.3.2. Krav til påvirkningen ved slidgigt i håndled og albue
 - 8.3.3. Om vibrationsstyrke, værktøjer og måleenheder
- 8.4. Behandling af sager uden for fortegnelsen
- 8.5. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen
 - 8.5.1. Eksempler på afgørelser om hvide fingre
 - 8.5.2. Eksempler på afgørelser om perifer neuropati
 - 8.5.3. Eksempler på afgørelser om slidgigt i håndled og albue

8.1. Punkt på fortegnelsen

Følgende vibrationsbetingede sygdomme i hånd og arm er optaget på fortegnelsen over erhvervssygdomme (gruppe C, punkt 3):

Sygdom	Påvirkning
C.3.1. Hvide fingre (<i>Raynauds syndrom/morbus Raynaud</i>)	Arbejde med kraftigt vibrerende håndværktøj (hånd-armvibrationer)
C.3.2. Perifer neuropati i hånd/fingre (<i>morbus alius nervorum periphericorum</i>)	
C.3.3. Slidgigt i albue eller håndled (<i>arthrosis primaria/andre specificerede former for arthrose</i>)	
Karpaltunnelsyndrom: Se punkt C.2.	

8.2. Krav til diagnosen

Der skal lægeligt være stillet en af følgende diagnoser:

- Hvide fingre (Raynauds syndrom/morbus Raynaud) – ICD-10 I73.0
- Perifer neuropati i hånd/fingre (morbus alius nervorum periphericorum) ICD-10 G64.9
- Slidgigt i albue/håndled (arthrosis primaria/andre specificerede former for artrose i albue eller håndled) ICD-10 M19.0 eller M19.8

For lægelige krav knyttet til den enkelte sygdom henvises til delafsnittene nedenfor.

8.2.1 Hvide fingre

Der skal lægeligt være stillet diagnosen hvide fingre (Raynauds syndrom/morbus Raynaud) – ICD-10 I73.0.

Diagnosen stilles medicinsk på baggrund af en kombination af:

- Den tilskadedkomnes subjektive klager (symptomer)
- En klinisk objektiv undersøgelse

Den kliniske diagnose ved hvide fingre stilles som udgangspunkt ved en klinisk objektiv undersøgelse.

Hvis den kliniske objektive undersøgelse ikke uden videre kan bekræfte diagnosen hvide fingre, kan sygdommen forsøges dokumenteret på nedenstående måder. Såfremt det ikke lykkes at få fremprovokeret et anfald af hvide fingre, kan sygdommen ikke anses for dokumenteret, og sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen.

- **Simpel, standardiseret kuldeprovokationstest foretaget af en læge.** Da anfaldene udløses efter kuldepåvirkninger, kan en del af undersøgelsen også foregå ved en simpel kuldeprovokationstest, hvor pågældende enten holder fingrene under rindende koldt vand eller stikker sin finger ned i isvand i 5 minutter for at fremprovokere et anfald af hvide fingre.
- **Fotodokumentation.** Ved anfald bekræfter et vidne de hvide fingre ved foto af personen, der anmelder de hvide fingre. Fotoet skal vise ansigt og hænder på pågældende.
- **En læges attestation.** En undersøgende læge (for eksempel en arbejdsmedicinsk læge) attesterer, at han ved undersøgelsen har set anfald af hvide fingre hos pågældende med en detaljeret symptombeskrivelse som beskrevet nedenfor.
- **Eventuelt en karfysiologisk undersøgelse.** Undersøgelsen foretages på speciallaboratorium med registrering af fingerblodtryk før og efter fingerkøling. Undersøgelsens resultater kan dog være tvivlsomme, da der især i sommerperioden kan forekomme falsk negative resultater. Hvis en karfysiologisk undersøgelse har påvist positivt resultatet for hvide fingre, er sygdommen dog dokumenteret.

Symptombeskrivelse

Uanset hvilken dokumentationsmetode der anvendes, skal der altid foreligge en klar symptombeskrivelse, hvor det indgående beskrives, hvilke fingre og hvor stor en del af fingrene der eventuelt reagerer med farveændringer og dødhedsfornemmelse. Endvidere skal der være en nærmere beskrivelse af afgrænsningen og af, hvordan anfaldene forløber (udbredelse, hyppighed og varighed).

Arbejdsbetingede vibrationssygdomme udredes normalt lægeligt af arbejdsmedicinske speciallæger, men dokumentation af udbrud kan også finde sted på andre måder, jævnfør ovenfor.

Symptomer

Vibrationsbetingede hvide fingre er kuldeudløst, anfaldsvis bleghed (hvidhed) af fingrene fra fingerspidsen med en skarp afgrænsning mod fingerens grundled (proximalt). Under anfaldet føles de påvirkede fingre døde. Anfaldet kan omfatte én eller flere fingre, men rammer sjældent

tommelfingeren. Når anfaldet er ved at være forbi, afløses hvidheden af en blårødlig misfarvning ledsaget af en snurrende, prikkende fornemmelse.

Objektive tegn

Diagnosen hvide fingre stilles som udgangspunkt ved en klinisk undersøgelse. Fund ved en klinisk undersøgelse, mens pågældende har et anfald af hvide fingre, vil være meget skarpt afgrænsede hvide fingre, inddragende én eller flere fingre på en eller begge hænder.

Der vil i en lang række sager være behov for, at pågældende har fået foretaget supplerende lægeundersøgelser:

- Måling af blodtryk i armene
- Vurdering af håndledspulsene, herunder ved løft af armene ved samtidig sidedrejning af hovedet
- Stetoskopi af halspulsårer og hjerte
- Beskrivelse af hændernes trofik (det vil sige vævenes ernæringstilstand: nedsat blodforsyning ved anfaldene kan have medført nedsat ernæring i hud og underhud, som kan medføre sår dannelse) og farver

Hvis der er et tydeligt misforhold mellem udsættelse for vibrerende værktøj og sygdommens sværhedsgrad, må det nærmere undersøges, hvad forklaringen kan være.

Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold

Hvide fingre kan som de fleste andre sygdomme opstå eller forværres som følge af andre sygdomme eller forhold, der er uden relation til arbejdet. Arbejdsskadestyrelsen vil derfor konkret vurdere, om eventuelle, oplyste konkurrerende faktorer har en karakter og et omfang, der kan begrunde, at sygdommen helt afvises, eller om der er grundlag for at foretage fradrag ved erstatningsudmålingen, hvis sagen anerkendes.

Eksempler på mulige konkurrerende faktorer, der kan virke ind på sygdommens opståen eller dens forløb, er:

- Familiær disponering (hvide fingre kan være arveligt)
- Oplysninger om morbus Raynaud i tæerne
- Tidligere brud på armene
- Andre karsygdomme i armene
- Bindevævssygdomme (leddegigt og andre autoimmune sygdomme)
- Polycytæmi (en tilstand med unormal øgning af de røde blodlegemers antal)
- Symptomer eller oplysninger om eventuelle arteriosclerotiske sygdomme, det vil sige sygdomme, der skyldes åreforkalkninger
- Tobaksforbrug
- Medicinindtagelse (for eksempel ergotamin-alkaloider, en type lægemidler, der bruges mod migræne, eller betablokkere, der anvendes ved hjertesygdomme og blodtryksforhøjelse)

8.2.2. Perifer neuropati i hånd/fingre

Der skal lægeligt været stillet diagnosen perifer neuropati i hånd/fingre (morbus alius nervorum periphericorum) ICD-10 G64.9.

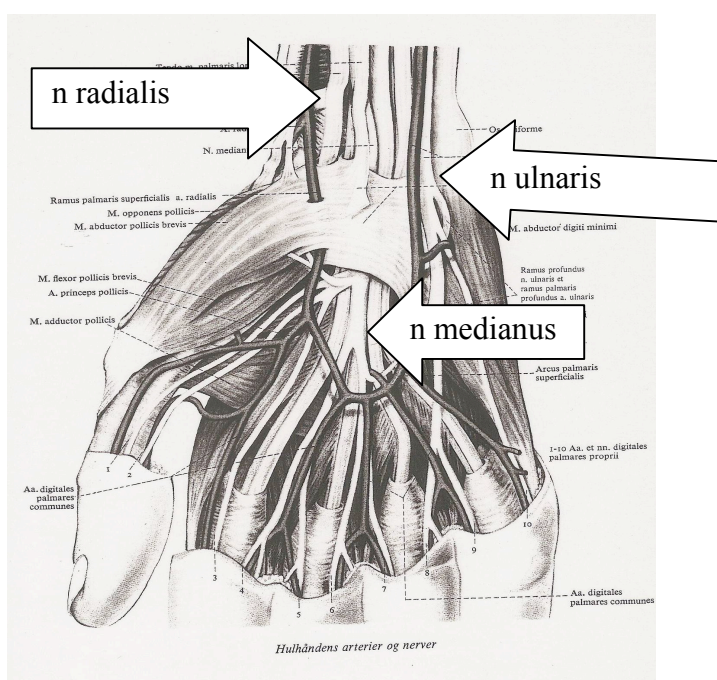
Diagnosen stilles medicinsk på baggrund af en kombination af:

- Den tilskadekomnes subjektive klager (symptomer)
- En klinisk objektiv undersøgelse
- Resultatet af en neurofysiologisk undersøgelse (EMG/ENG), hvis en sådan er foretaget. Vi kan ikke kræve invasive (indtrængende) undersøgelser, men denne undersøgelsesform kan dog også foretages non-invasivt med overfladeelektroder.
- Der kan desuden med fordel foretages en blodprøve med henblik på at udelukke, at væsentligt konkurrerende tilstande som alkoholisme, sukkersyge, B-12-vitaminmangel eller folinsyremangel kan være den primære årsag til sygdommen.

Perifer neuropati betyder skade på de yderste nerver (påvirkning af nerveender/degenerative forandringer af nerverødder) og kan forekomme i såvel hænder som fødder.

Perifer vil sige, at der er tale om beskadigelse af en eller flere nervers ender/rødder med diffuse neuropatiske gener som følge af en påvirkning af flere af de store hovednerver (nervus medianus, nervus ulnaris og nervus radialis) i underarmen. Se også figur 1 nedenfor.

Figur 1: De 3 hovednerver i underarmen/hånden (hvide på tegningen)



Perifer neuropati skyldes en påvirkning af håndleddet, hvor de 3 nævnte nerver løber under et ledbånd på håndleddets underside, og symptomerne skal derfor være udgående fra selve håndleddet og ud i hånden, ikke højere oppe i armen.

Sygdommen skal involvere mindst 1 af de 3 nævnte hovednerver i underarmen med symptomudfald svarende hertil. Normalt vil sygdommen berøre flere af de nævnte 3 nerver (polyperifer neuropati), men sygdommen kan også være begrænset til en enkelt nerve (monoperifer neuropati). Begge typer er omfattet af fortegnelsen.

De perifere nerver opdeles i sensoriske og motoriske nerver. De sensoriske nerveimpulser bevirker, at man for eksempel føler berøring, smerte, temperatur og tryk. De motoriske nerveimpulser går til muskulatur og sener. Det betyder, at perifer neuropati kan give sig udslag i både finmotoriske og sensoriske gener, men ikke nødvendigvis i begge former.

Perifer neuropati kan også være en følgesygdom til sygdommen hvide fingre (Raynauds syndrom/morbus Raynaud) og vil i så fald følge anfaldene af hvide fingre i modsætning til en selvstændig perifer neuropati, hvor generne typisk vil have en mere vedvarende karakter. Den perifere neuropati vil da som udgangspunkt kunne anses som en følge af de hvide fingre, der eventuelt kan anerkendes efter fortegnelsen, og behandles derfor ikke som en selvstændig sygdom.

Tilfælde af neuropati andre steder end i hænder og fingre er **ikke** omfattet af dette punkt på fortegnelsen. Hvis der er tale om perifer neuropati i både hænder og fødder, taler dette desuden for, at sygdommen har andre årsager end hånd-armvibrationer på arbejdet.

Andre nervesygdomme i armen, som for eksempel afklemning/påvirkning af nervus medianus (karpaltunnelsyndrom), nervus ulnaris eller nervus radialis med symptomer svarende til andre diagnoser end perifer neuropati, herunder med symptomer højere oppe i armen end ved håndledet og i fingrene, er heller **ikke** omfattet af punktet.

For karpaltunnelsyndrom gør sig gældende, at der ved denne sygdom i modsætning til perifer neuropati udgående fra medianusnerven vil være en velafgrænset trykneuropati ved håndledet. En EMG-/ENG-undersøgelse vil ligeledes kunne medvirke til at afklare, om der er tale om karpaltunnelsyndrom eller perifer neuropati.

Hvis der er påvist påvirkning/afklemning af nervus medianus (karpaltunnelsyndrom), nervus ulnaris eller nervus radialis med tilhørende perifer neuropati, kan den perifere neuropati ikke anerkendes selvstændigt efter dette punkt C.3. på fortegnelsen, men eventuelt som en følgesygdom til den primære sygdom, såfremt denne kan anerkendes som erhvervssygdom.

For afklemning/påvirkning af nervus ulnaris henvises til fortegnelsens punkt J.2. For karpaltunnelsyndrom (nervus medianus) henvises til fortegnelsens punkt C.2.

Symptomer:

- Smertes
- Paræstesier (prikken, stikken, snurren i fingrene)
- Følenedsættelse i hånd/fingre (nedsat vibrations- og temperatursans)
- Kraftnedsættelse
- Nedsat finmotorisk evne i fingre

Objektive fund:

Fund ved en klinisk undersøgelse kan være:

- Nedsat følesans på fingre, håndflade og håndryg
- Ændret smerte-, temperatur- og vibrationssans
- Ændret sans for skelnen mellem stumpet og spidst
- Nedsat kraft og bevægelighed/motorisk evne

Diagnosens sikkerhed kan optimeres med en supplerende undersøgelse til måling af nerveledningshastigheden (neurofysiologisk undersøgelse ved hjælp af elektroneurografi = ENG-undersøgelse eller elektromyografi = EMG-undersøgelse), der eventuelt vil kunne påvise dysfunktion i nervefunktionen svarende til de perifere nerver i hånden/fingrene.

Vi kan ikke kræve invasive (indtrængende) undersøgelser, men denne undersøgelsesform kan dog i dag også foretages non-invasivt med overfladeelektroder.

Konkurrerende sygdomme/forhold:

Perifer neuropati kan som de fleste andre sygdomme opstå eller forværres som følge af andre sygdomme eller forhold, der er uden relation til arbejdet. Arbejdsskadestyrelsen vil derfor konkret vurdere, om eventuelle, oplyste konkurrerende faktorer har en karakter og et omfang, der kan begrunde, at sygdommen helt afvises, eller om der er grundlag for at foretage fradrag ved erstatningsudmålingen, hvis sagen anerkendes.

Eksempler på mulige konkurrerende faktorer, der kan virke ind på sygdommens opståen eller dens forløb, er:

- Diabetes 1 og 2 (sukkersyge)
- Morbus Raynaud (hvide fingre)
- Toksiske faktorer (alkohol, medicin, metaller, opløsningsmidler, strålebehandling/kemoterapi med videre)
- Infektioner (HIV, borreliose med videre)
- Bindevævssygdomme (leddegigt og andre autoimmune sygdomme)
- Traumer/brud med nervebeskadigelse
- Karpaltunnelsyndrom
- Afklemning af nervus ulnaris og nervus radialis
- Visse former for slidgigt eller diskusprolaps i halshvirvelsøjlen med rodpåvirkning
- Plexus brachialis påvirkning/læsion
- Neuropati andre steder end i hænder/fingre
- Vitamin- og folinsyremangel

8.2.3. Slidgigt i håndled og albue

Der skal lægeligt være stillet diagnosen ”slidgigt i håndled” eller ”slidgigt i albue” (arthrosis primaria/andre specificerede former for artrose i albue eller håndled), ICD-10 M19.0 eller M19.8

Diagnosen stilles medicinsk på baggrund af en kombination af:

- Tilskadekomnes subjektive klager (symptomer)
- En klinisk objektiv undersøgelse
- Parakliniske undersøgelser (røntgen, MR-skanning, CT-skanning)

For at diagnosen slidgigt i håndled eller albueled kan siges at været stillet, må det kræves, at der er:

- Relevante subjektive klager *og*
- Kliniske manifestationer *og*
- Kliniske objektive forandringer *og*
- Konstaterede slidgigtforandringer i albue eller håndled via røntgen- eller skanningundersøgelser

Slidgigt i fingrene, herunder i tommelfingrenes grundled, er ikke omfattet af fortegnelsen.

Konkurrerende sygdomme/forhold

Slidgigt i albue eller håndled kan som de fleste andre sygdomme opstå eller forværres som følge af andre sygdomme eller forhold, der er uden relation til arbejdet. Arbejdsskadestyrelsen vil derfor konkret vurdere, om eventuelle, oplyste konkurrerende faktorer har en karakter og et omfang, der kan begrunde, at sygdommen helt afvises, eller om der er grundlag for at foretage fradrag ved erstatningsudmålingen, hvis sagen anerkendes.

Eksempler på mulige konkurrerende faktorer, der kan virke ind på sygdommens opståen eller dens forløb, er:

- Tidligere brud i håndleddet eller albuen
- Bindevævssygdomme (leddegigt og andre autoimmune sygdomme)

8.3. Krav til påvirkningen

8.3.1. Krav til påvirkninger ved hvide fingre og perifer neuropati

For sygdommene hvide fingre (Raynauds syndrom/morbus Raynaud) og perifer neuropati i hænder/fingre skal der som udgangspunkt være udført relevant belastende arbejde i en sammenhængende periode svarende til belastningen sammenholdt med tid i skema 1 under punkt 8.3.3.

Det er en betingelse for anerkendelse af hvide fingre og perifer neuropati i hænder/fingre, at der har været tale om vibrationspåvirkning gennem hænder og arme fra håndholdte værktøjer, håndførte maskiner eller stationære maskiner, hvor påvirkningen sker gennem et emne.

Udsættelse for helkropsvibrationer fra køretøjer med videre er ikke omfattet af punktet.

Der stilles krav til både vibrationens styrke og varighed. Styrken måles ved vibrationens acceleration, den såkaldte frekvensvægtede acceleration, som angives ved en måleenhed i meter pr. sekund² (m/s^2) eller decibel (dB). Vibrationsniveauer, der er mindre $2.5 m/s^2$ eller 128 dB, er ikke omfattet af fortegnelsen.

Den internationale standardiseringsorganisation (ISO) har på baggrund af foretagne undersøgelser opstillet sammenhængen mellem ekspositionsstyrke og varighed og anført den styrke/varighed, hvor 10 procent af dem, der udsættes for vibrerende værktøj, vil udvikle hvide fingre.

Denne standard (ISO 5349 fra 1986) er udgangspunkt for Arbejdsskadestyrelsens vurdering af vibrationspåvirkningen og kan ses i skema 1 i afsnit 8.3.3.

Det nærmere krav til belastningen vil afhænge af såvel belastningens styrke som omfanget af anvendelse af kraftigt vibrerende håndværktøjer dagligt og over tid i henhold til skemaet.

For at kunne vurdere vibrationspåvirkningen er det derfor nødvendigt at vide, hvilken type vibrerende værktøjer der har været brugt. Det skal også oplyses, hvor mange timer dagligt og gennem hvor mange år, værktøjet har været brugt.

Hvis det ikke er muligt at få oplysning om værktøjets konkrete accelerationsniveau, er der til hjælp ved vurderingen udarbejdet et skema med angivelse af et skønnet gennemsnitligt niveau, se skema 2 i afsnit 8.3.3.

Det bemærkes, at ældre værktøjer normalt har højere vibrationsniveau end nyere udgaver, der ofte vil være vibrationsdæmpede.

Det er desuden en forudsætning for anerkendelse, at der er en god tidsmæssig sammenhæng mellem sygdommen og arbejdet med vibrerende værktøjer. For hvide fingre og perifer neuropati er den relevante tidsmæssige sammenhæng, at de første symptomer på sygdommen viser sig nogen tid efter, at det belastende arbejde i hånd og arm er begyndt. Ved nogen tid forstås – afhængigt af belastningens omfang og styrke – sædvanligvis mindst omkring 1 år og op til flere år.

Ved vurderingen skal der dog lægges vægt på, om der for eksempel har været tale om ekstraordinært store, daglige belastninger. I sådanne tilfælde vil der lægeligt være en tidsmæssig sammenhæng mellem arbejdet og sygdommens udvikling, selvom de første symptomer viser sig kortere tid efter påbegyndelsen af det håndledsbelastende arbejde. Sygdommen må dog ikke have manifesteret sig som kronisk sygdom, før det belastende arbejde blev påbegyndt.

Belastningen skal vurderes i forhold til personens størrelse og fysik, og der skal i øvrigt være god tidsmæssig sammenhæng mellem påvirkningen og sygdommens opståen.

Arbejdsskadestyrelsen vil ved sagens behandling eventuelt indhente en arbejdsmedicinsk speciallægeerklæring. Speciallægen vil blandt andet blive bedt om indgående at beskrive anvendte vibrerende værktøjer og deres grad af vibrationsstyrke i forhold til de enkelte arbejdsfunktioner samt den daglige anvendte tid og samlede varighed med anvendelse af de pågældende værktøjer.

Speciallægen skal tillige foretage en individuel vurdering af belastningsforholdenes betydning for udvikling af sygdommen hos netop den undersøgte person.

8.3.2. Krav til påvirkningen for anerkendelse af slidgigt (artrose) i håndled og albueled

Slidgigt (artrose) i håndled og albueled kan kun anerkendes efter fortegnelsens punkt C.3 efter **særligt svær og langvarig udsættelse** for vibrerende værktøj.

Der skal som udgangspunkt have været tale om mindst 20 års udsættelse med en daglig belastning i op til flere timer, hvor der er anvendt meget stærkt vibrerende værktøjer med en vibrationsstyrke på mindst 10 m/s^2 i form af for eksempel slående, luftdrevet værktøj (for eksempel opbrydningshamre) eller tilsvarende.

Der må desuden ikke være væsentlige konkurrerende faktorer, som følger efter brud i håndledet eller albuen.

8.3.3. Om vibrationsstyrke, værktøjer og måleenheder

Om forholdet mellem Hertz og m/s^2 og dB (vibrationsfrekvens i forhold til vibrationsacceleration)

$2,5 m/s^2$, der er minimumsgrænsen for vibrationsstyrken ved anerkendelse efter fortegnelsen, svarer til 128 dB.

I enkelte sager anvendes begrebet Hertz (Hz), som den angivne enhed for vibrationsbelastningen, frem for enhederne m/s^2 eller dB. Der er imidlertid tale om 2 helt forskellige enheder, som ikke umiddelbart kan sammenlignes.

Måleenhederne dB og m/s^2 kan umiddelbart omregnes til hinanden og er et mål for vibrationens acceleration (= styrke eller sværhedsgrad), mens Hertz er udtryk for selve vibrationsfrekvensen, altså blot selve svingningerne per minut.

Frekvenser i området 6-20 Hertz er mest skadende, og frekvenser over 1000 Hertz er mindre skadende. Et værktøj, som fortrinsvis har en høj vibrationsfrekvens (højt Hertz-antal), vil derfor typisk medføre et relativt lavt accelerationsniveau (vibrationsstyrke) målt i m/s^2 eller dB. En fastsættelse af vibrationsstyrken vil imidlertid kræve en egentlig måling af værktøjet baseret på måling af accelerationen frem for vibrationsfrekvensen (i m/s^2 eller dB).

Typiske højfrekvente håndværktøjer med et højt Hertz-antal, men med en relativt lille vibrationsacceleration og deraf følgende lille vibrationsstyrke, er tandlægers bore- og slibeværktøjer og tilsvarende højfrekvente instrumenter/værktøjer med et højt omdrejningstal. Vibrationsstyrken vil for denne type værktøjer typisk ligge væsentligt under fortegnelsens krav til vibrationsstyrken på mindst $2,5 m/s^2$ (128 dB).

Skema 1 om sammenhæng mellem udsættelse for vibrationer og vibrationsbetingede sygdomme i hånd og fingre

I skemaet ses sammenhængen mellem daglig udsættelse i antal timer per dag, antal år og graden af vibrationsstyrke. Skemaet angiver, hvor meget der skal til, før der udvikles hvide fingre/neuropati.

Frekvensdrejet acceleration (m/s^2)	Timer: 0,25	Timer: 0,5	Timer: 1	Timer: 2	Timer: 4	Timer: 8
2,5	Mere end 25 år	Mere end 25 år	24 år	17 år	12 år	8,4 år
5	24 år	17 år	12 år	8,5 år	6 år	4,2 år
10	12 år	8,5 år	6 år	4,2 år	3 år	2,1 år
20	6 år	4,2 år	3 år	2,1 år	1,5 år	1,1 år

Beregningerne i skemaet er foretaget på grundlag af ISO-standard nr. 5349

Skema 2 med eksempler på accelerationsniveauer for nogle typer vibrerende håndværktøjer i perioden 1970-1984

Ad accelerationsgruppe:

I: Mindre end 3 m/s^2
(under 130 dB)

II: $3 - 10 \text{ m/s}^2$
(130 - 140 dB)

III: Mere end 10 m/s^2
(over 140 dB)

Maskintype/arbejde	Accelerationsgruppe			Kommentar
	I	II	III	
Vinkelslibere	X	X	X	Slibeskiven påvirker niveauet i væsentligt omfang. Nye slibere
Planslibere		X		F.eks. bilreparation.
Fast monterede slibemaskiner		X	X	Eksposering for vibrationer i emnet.
Elektriske ikke-slående boremaskiner	X			F.eks. boring i træ, plast og metal.
Luftdrevne ikke-slående boremaskiner		X		Værkstedindustri. Nye boremaskiner.
Slagboremaskiner og borehamre	X	X	X	F.eks. elektrikere, kabelføring. F.eks. boring i mur.
Mejselhamre			X	De fleste større og ældre maskiner, værkstedindustri, bilværksteder, brydning af beton og asfalt. Nyere maskiner.
Nittehamre	X	X	X	Ældre, fly- og værftsarbejde Nyere, flyarbejde
Modhold ved nitning			X	Traditionelt jernarbejde. Nyere konstruktioner, mindre nitter
Møtrikværktøj (trykluft)		X		De fleste, bilbranchen. Større maskiner giver højere vibrationsniveauer. Sejtrækkende værktøj.
Motorsave		X	X	Ældre (før 1968). Nyere.
Rydningssave	X	X		De fleste. Med vibrationsdæmpning.
Rundsav til pladeskæring		X		Bilreparation.
Stavvibratorer	X	X		De fleste. Visse nyere modeller.
Styrehåndtag og pedaler	X			Højere niveauer for visse jordbrugsmaskiner.

8.4. Behandling af sager uden for fortegnelsen

Det er kun sygdommene hvide fingre (Raynauds syndrom/morbus Raynaud), perifer neuropati i hænder/fingre og slidgigt (artrose) i håndled eller albueled efter de nævnte hånd-armvibrationspåvirkninger, der er omfattet af dette punkt på fortegnelsen.

Andre sygdomme eller påvirkninger uden for fortegnelsen vil i særlige tilfælde kunne anerkendes efter forelæggelse for Erhvervssygdomsudvalget.

Eksempler på særlige påvirkninger, der eventuelt vil kunne anerkendes som årsag til en sygdom uden for fortegnelsen, er:

- Hvide fingre (morbus Raynaud) eller perifer neuropati efter vibrationspåvirkninger på mellem 2 og 2,5 ms² i en meget lang årrække
- Hvide fingre (morbus Raynaud) eller perifer neuropati efter udsættelse for vibrationspåvirkninger i under 1 år ved meget kraftig vibrationsstyrke.
- Hvide fingre efter udsættelse for større frostpåvirkning igennem længere tid, herunder som følge af egentlige forfrysninger
- Dupuytren's kontraktur (kuskehånd) som følge af arbejde med meget kraftigt vibrerende håndværktøjer
- Hypotenar hammer syndrom (akut trombosering og/eller pseudoaneurismedannelse af arteria ulnaris i hypotenarregionen) som følge af repetitive stumpe traumer (slag/stød) mod hånden eller arbejde med meget kraftigt vibrerende håndværktøjer
- Lunatum malaci (Kienböck's disease) som følge af repetitive stumpe traumer (slag/stød) mod hånden eller efter arbejde med meget kraftigt vibrerende værktøjer
- Perifer neuropati i såvel fingre/hænder som tær/fødder som følge af langtidseksposition for ekstrem kulde med permanente skader på de perifere nerver i fingre eller tær
- Perifer neuropati i såvel fingre/hænder som tær/fødder som følge af udsættelse for organiske opløsningsmidler som for eksempel n-hexan og metylbutylketon

For konkrete eksempler henvises til vejledning om arbejdets særlige art, kapitel 22

Erhvervssygdomsudvalgets praksis ved vurdering af sager uden for fortegnelsen vil løbende blive meldt ud på Arbejdsskadestyrelsens hjemmeside.

8.5. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

8.5.1. Eksempler på afgørelser om hvide fingre

Eksempel 1: Anerkendelse af hvide fingre (smed i 15 år)

En 44-årig mand har i 15 år arbejdet som smed, hvor han dels har forestået vedligeholdelsen af de forskellige maskiner, som virksomheden brugte inden for byggebranchen, og dels har lavet egentligt smedearbejde. Han anvendte håndholdt vibrerende værktøj i form af vinkelslibere, borehammer, mejselhammer og slagboremaskine. Værktøjerne havde en vibrationsstyrke på mellem 4 og 11 m/s², og han arbejdede i gennemsnit 1-2 timer dagligt med disse værktøjer. I slutningen af perioden oplevede han snurrende og sovende føleforstyrrelse ud i de 3 midterste fingre på højre hånd, og allerede få dage efter oplevede han, at fingrene blev hvide ved udsættelse for kulde. Ved konsultation hos egen læge fik han ved en simpel kuldeprovokationstest påvist hvide fingre på 2., 3. og 4. finger på højre hånd (Raynauds fænomen, dxt.)

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Smeden har været udsat for kraftigt vibrerende håndholdt værktøj med en vibrationsstyrke på mellem 4 og 11 m/s² i 1-2 timer dagligt i 15 år op til symptomdebut og har desuden fået påvist hvide fingre ved en kuldeprovokationstest. Han opfylder dermed fortegnelsens krav til anerkendelse af hvide fingre.

Eksempel 2: Anerkendelse af hvide fingre (lagerforvalter i 30 år)

En 62-årig mand arbejdede som lagerforvalter i 30 år på en større virksomhed. Som et led i arbejdet skulle han afprøve det håndholdte værktøj, som virksomhedens blikkenslagere og rørlæggere anvendte. Han brugte vinkelslibere og borehamre samt betonhamre til opbankning af gulve. Til afprøvningen anvendte han begge hænder til betjening af værktøjerne. Dette arbejde blev udført i omkring 1 time om dagen. Såvel borehammeren som betonhammeren havde en accelerationshastighed på mere end 10 m/s², mens vinkelsliberne typisk accelererede omkring 5 til 8 m/s². I slutningen af perioden bemærkede han første gang anfaldsvis hvide fingre ved udsættelse for kulde, eller når han tog om koldt metal. Ved en efterfølgende EMG-undersøgelse blev der påvist hvide fingre på den venstre hånd (2. og 3. finger) og hvide fingre på højre hånd (2., 3. og 4. finger).

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen, da lagerforvalteren i 30 år har arbejdet med håndholdte vibrerende værktøjer med et accelerationsniveau på mere end 5 m/s². Sygdommen hvide fingre er bekræftet ved EMG-undersøgelse og omfatter flere fingre på højre og venstre hånd, der begge har været udsat for belastningerne fra det håndholdte vibrerende værktøj.

Eksempel 3: Afvisning af hvide fingre (gartner i 7 år)

En 33-årig kvindelig gartner udviklede hvide fingre, efter at hun igennem 6 år havde anvendt såvel en elektrisk som en motordrevet hækklipper omkring 2 timer dagligt i 1 dag om ugen. Det var oplyst, at den elektriske hækklipper var accelerationsdæmpet, således at den vibrerede med omkring 3 m/s², mens den motordrevne hækklipper accelererede med omkring 8 m/s². Hun brugte disse værktøjer nogenlunde lige meget. Hun udviklede i slutningen af perioden tiltagende smerter i især højre hånds fingre, men der kunne ikke påvises hvide fingre, hverken ved kuldeprovokationstest eller EMG-undersøgelse.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen, da der ikke er dokumentation for de hvide fingre. Dertil kommer, at belastningen ligger under fortegnelsens krav, idet gartneren kun har været udsat for vibrationsbelastninger på mellem 3 og 8 m/s² i 2 timer 1 dag om ugen, hvilket svarer til

gennemsnitligt under 0,5 timer per dag fordelt over en 5-dages arbejdsuge, i 6 år. Der er heller ikke grundlag for at forelægge sagen for Erhvervssygdomsudvalget.

Eksempel 4: Afvisning af hvide fingre (elektriker i 25 år)

En 55-årig mandlig elektriker havde gennem omkring 25 år i forbindelse med elektrikerarbejde i nybygninger og ved renoveringsprojekter anvendt slagboremaskine med en vibrationsstyrke på omkring $5-10 \text{ m/s}^2$ omkring 2-3 timer dagligt. I løbet af få år udviklede tilskadekomne efter sine egne oplysninger hvide fingre, lokaliseret til højre hånds 2. og 3. finger. Det var desuden oplyst, at elektrikerens siden ungdommen havde haft insulinkrævende sukkersyge.

Ved undersøgelse på hospitalet kunne man ikke ved kuldeprovokationstest påvise Raynauds syndrom (hvide fingre). Et efterfølgende indhentet foto af hånden under et anfald viste, at hele hånden inklusive håndryggen var hvid. Hospitalet havde stillet diagnosen diabetesbetinget neuropati.

Sagen kan ikke anerkendes, da de fremsendte fotos dokumenterede, at der ikke var tale om hvide fingre, idet hvide fingre alene omfatter fingrene, som bliver hvide fra fingerspidsen ned mod fingerens grundled med en skarpt markeret overgangslinje mellem den hvide finger og den del af fingeren, der ikke er ramt af sygdommen.

Det er endvidere udsigtsløst at forelægge sagen for Erhvervssygdomsudvalget, idet sygdommen skyldes den private insulinkrævende sukkersyge og dermed ikke udelukkende eller i overvejende grad arbejdets særlige art med håndtering af håndholdt vibrerende værktøj i 2-3 timer dagligt gennem 25 år.

8.5.2. Eksempler på afgørelser om perifer neuropati

Eksempel 5: Anerkendelse af dobbeltsidig perifer neuropati (maskinfører i 5 år)

En 36-årig mand arbejdede som maskinfører for en større entreprenørvirksomhed i samlet 5 år. I cirka halvdelen af arbejdstiden anvendte han meget kraftigt vibrerende håndværktøjer som hydraulikhammer, tryklufthammer, pladevibrator og en jordlopper. Værktøjerne havde en typisk vibrationsstyrke på omkring eller over 10 m/s^2 . I løbet af det sidste år fik han gradvist tiltagende sovende fornemmelser i alle fingre på begge hænder på nær tommelfingrene. I forbindelse med hospitalsundersøgelser blev blandt andet sklerose, karpaltunnelsyndrom og sukkersyge afkræftet som mulige årsager til generne. En blodtryksmåling viste, at der var et umåleligt tryk på alle undersøgte fingre på begge hænder. Der blev ikke udløst hvide fingre ved denne måling eller ved andre tests, og han fik stillet diagnosen sygdom i nerver (perifer neuropati) i arme/hænder som følge af vibrerende arbejde (neuropathia extremas sup. vibratorica prof).

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Maskinføreren har været udsat for kraftigt vibrerende værktøjer med en styrke på 10 m/s^2 eller mere i halvdelen af arbejdsdagen i 5 år, heraf cirka 4 år op til symptomdebut. Han opfylder derfor kravene på fortegnelsen til anerkendelse af perifer neuropati i 4 fingre på hver side, der er dokumenteret ved blodtryksmålinger, og der er ikke fundet andre årsager til sygdommen.

Eksempel 6: Anerkendelse af højresidig perifer neuropati (tømrer i 32 år)

En 50-årig mand arbejdede som tømrer i 32 år, hvor han dagligt i cirka $\frac{1}{2}$ -1 time anvendte kraftige hånd- og armvibrerende værktøjer, såsom borehammer med kraftig slaghammer, skruemaskiner, kraftige akkumulatormaskiner, sømpistoler, vinkelsliber og betonhammer. Vibrationsstyrken for de

anvendte værktøjer var 3-10 m/s². I de sidste par år fik han gener i form af kuldefornemmelse og stikken og prikken i højre hånds 3. finger, især ved udsættelse for kulde. En mistanke om karpaltunnelsyndrom eller hvide fingre blev afkræftet ved neurofysiologiske undersøgelser, og der kunne heller ikke peges på andre årsager til sygdommen. Derimod blev der ved den neurofysiologiske måling fundet forandringer svarende til vibrationsneuropati.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Tømreren har været udsat for kraftigt vibrerende håndværktøjer med en vibrationsstyrke på 3-10 m/s² i over 30 år og har ved neurofysiologisk måling fået påvist monoperifer neuropati i 3. finger på højre hånd uden andre kendte årsager.

Eksempel 7: Anerkendelse af højresidig perifer neuropati (arbejdsmand i stenbrud i 22 år)

En 58-årig mand arbejdede i 22 år som arbejdsmand i et granitbrud på Bornholm, hvor han stod for boring af huller til placering af sprængstof. Han var her udsat for kraftigt vibrerende hånd-/armværktøjer i cirka halvdelen af arbejdsdagen, såsom luftbor, håndført gravemaskine og luftmejsel. Den typiske vibrationsstyrke var 8-10 m/s². Efter 5-6 år udviklede han tegn på hvide fingre (morbus Raynaud), som blev anerkendt som arbejdsskade. I de sidste par år af ansættelsen udviklede han nedsat sensibilitet og motorisk evne i alle fingrene på højre hånd og oplevede nedsat kraft. En nerveledningsundersøgelse viste let nedsat motorisk nerveledningshastighed i henholdsvis nervus ulnaris og nervus medianus, dog uden tegn på karpaltunnelsyndrom eller egentlig påvirkning/nervelammelse af nervus ulnaris. Den neurofysiologiske speciallæge stillede diagnosen ”digital neuropati i fingrene på højre hånd (skade på nervefibre i fingrene i forbindelse med brug af vibrerende værktøj)”.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Arbejdsmanden har i 22 år været udsat for meget kraftigt vibrerende håndværktøjer i halvdelen af arbejdsdagen og har fået påvist polyperifer neuropati i fingrene på højre hånd. Ved erstatningsudmålingen vil der eventuelt blive foretaget fradrag for eventuelt sammenfald mellem følgerne efter neuropati og de anerkendte hvide fingre i det omfang, han tidligere har modtaget erstatning for disse følger.

Eksempel 8: Anerkendelse af dobbeltsidig perifer neuropati (skibssmed i 24 år)

En 48-årig mand arbejdede i 24 år som smed i en skibssmedje, hvor han benyttede kraftige hånd-armvibrerende værktøjer i 1-4 timer dagligt, typisk 2 timer om dagen. Han anvendte blandt andet vinkelslibere, kraftige boremaskiner, rustbankere og andre slibeapparater, der havde en typisk vibrationsstyrke på 5-10 m/s². I de senere år fik han i voksende grad føleforstyrrelser lokaliseret til begge hænder i form af snurrende, prikkende fornemmelser ud i begge hænder og alle fingrene på begge sider. Der skete en gradvis forværring af paræstesiernes og føleforstyrrelserne i begge hænder, der indimellem bredte sig op til cirka midt på begge underarme. Han havde nogle år forinden fået påvist degenerative forandringer i halshvirvelsøjlen, hvor der tillige blev fundet en lille prolaps. Der var dog ikke grundlag for operation af denne sygdom, og der blev ikke fundet tegn på rodtryk, der kunne medføre symptomer i de perifere nerver. En neurofysiologisk speciallæge stillede efter måling af nerveledningshastigheden i fingrene på begge hænder diagnosen ”blandet sensorisk/motorisk perifer neuropati i begge hænder”.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Skibssmeden har været udsat for kraftigt vibrerende håndværktøjer i typisk 2 timer dagligt i over 20 år og har dokumenteret perifer neuropati i hænderne på begge sider. Selvom han har fået påvist degenerative forandringer (slidgigt) og diskusprolaps i halshvirvelsøjlen, kan der ikke påvises sammenhæng mellem disse sygdomme og generne i hænderne, og der er derfor ikke grundlag for at afvise sagen om neuropati på grund af

konkurrerende årsager eller foretage fradrag for sammenfaldende gener med sygdommene i halshvirvelsøjlen.

Eksempel 9: Afvisning af diffuse højresidige neuropatisymptomer (maskinarbejder i 18 år)

En 62-årig mand arbejdede som maskinarbejder/montør i flere forskellige virksomheder i mange år. De seneste 18 år var han i 3-5 timer udsat for kraftige hånd-armvibrationer fra værktøjer, som han anvendte til at opbygge maskiner med. Det drejede sig blandt andet om rystepudser, kraftige boremaskiner og slibemaskiner. Hans arbejde var i øvrigt meget kraftfuldt med mange meget tunge håndteringer og kraftfulde bevægelser i højre hånd og arm. Han udviklede i slutningen af perioden brændende, kløende og smertende føleforstyrrelser i højre underarm, hånd og alle fingre, især 3. 4. og 5. finger. Omfattende hospitalsundersøgelser, herunder målinger af nerveledningshastigheden, viste dog ikke klare tegn på sygdom i armen, herunder påvirkning/afklemning af en eller flere nerver i armen (nervus medianus, ulnaris eller radialis) eller på perifer neuropati.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Selvom maskinarbejderen har udført arbejde med kraftigt vibrerende håndværktøjer flere timer dagligt i en længere årrække og således har været relevant belastet for at udvikle perifer neuropati, har han ikke fået påvist denne sygdom. Der er heller ikke påvist andre, muligt arbejdsbetingede sygdomme i armen, som eventuelt ville kunne anerkendes efter fortegnelsen eller efter forelæggelse for udvalget som følge af det meget kraftfulde arbejde.

Eksempel 10: Afvisning af perifer neuropati og afklemning af nervus ulnaris (murer i 19 år)

En 57-årig mand havde arbejdet som faglært murer i 19 år frem til 1986, hvor han ophørte i murerfaget og fik andet, ikke-armbelastende, arbejde. Som murer var han hovedsageligt beskæftiget med reparation og nybyggeri inden for landbrugssektoren, hvor han blandt andet brugte tryklufdsdrevet mejselværktøj i op til flere timer dagligt. Fra 1986 var han ansat som maskinfører uden eller med kun meget sporadiske vibrationsbelastninger fra håndværktøjer. Omkring 1992-1993 begyndte han at få gener i begge underarme, og han fik ved undersøgelser påvist afklemning af nervus ulnaris på højre side og perifer neuropati på venstre side.

Den perifere neuropati på venstre side kan ikke anerkendes efter fortegnelsen, da sygdommen først er opstået flere år efter den relevante belastning og ikke tids- og årsagsmæssigt kan henføres til udsættelsen for vibrerende håndværktøjer frem til 1986. Afklemningen af nervus ulnaris på højre side er ikke omfattet af punkt C.3 på fortegnelsen, men kan eventuelt anerkendes efter punkt J.2 på fortegnelsen, hvis der har været en belastning i form af udefrakommende direkte tryk på nervus ulnaris igennem længere tid. Dette er dog ikke tilfældet i denne sag. Der er heller ikke grundlag for at forelægge sygdommene for Erhvervs sygdomsudvalget.

Eksempel 11: Afvisning af perifer neuropati (tandlæge i 21 år)

En 50-årig mand arbejdede som tandlæge i 21 år. I slutningen af perioden udviklede han mononeuropati i 2. finger på højre hånd med blandt andet snurrende fornemmelser, som blev dokumenteret ved en måling af nerveledningshastigheden (ENG-undersøgelse).

Han arbejdede op til omkring 50 timer om ugen som tandlæge, hvoraf skønnet 36 timer foregik med patienter siddende i tandlægestolen. Omkring 1 ½-2 timer om dagen var han beskæftiget med et håndholdt tandbor, som han håndterede mellem 1., 2. og 3. finger på højre hånd. En stor del af arbejdet var præcisionsarbejde med anvendelse af relativt langvarige, fastlåste arbejdsstillinger. Den arbejdsmedicinske speciallæge oplyser i sagen, at tandlæger udsættes for vibrationer med en

typisk frekvens på mellem 6.000 og 40.000 Hertz. I den konkrete sag blev det vurderet, at vibrationsstyrken havde ligget på et niveau fra under 1 m/s^2 til maksimalt lidt over 1 m/s^2 , med de største belastninger tidligt i perioden.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Tandlægen har fået konstateret perifer neuropati i form af mononeuropati (neuropati udgående fra én nerve). Arbejdet med højfrekvente vibrerende håndværktøjer i form af primært tandbor i op til $1\frac{1}{2}$ -2 timer dagligt har imidlertid medført en vibrationsstyrke noget under niveauet på mindst $2,5 \text{ m/s}^2$, der er et minimumskrav for anerkendelse af vibrationsbetingede hånd-armsygdomme efter fortegnelsen. Der er heller ikke tale om ekstraordinære vibrationsbelastninger, der kan begrunde forelæggelse af sagen for Erhvervssygdomsudvalget.

8.5.3. Eksempler på afgørelser om slidgigt i albue/håndled

Eksempel 12: Anerkendelse af slidgigt i albuen (metalsliber i 30 år)

En 52-årig mandlig metalsliber havde gennem 30 år arbejdet med slibning af metal i omkring 5 timer dagligt. Han anvendte til slibningen håndholdte og meget kraftigt vibrerende slibemaskiner med en accelerationsstyrke på mellem 18 og 20 m/s^2 . Efter 30 års udsættelse begyndte han at få problemer med venstre albue, der ikke kunne strækkes helt ud, og med snurren og prikken i alle fingre på venstre hånd. Ved røntgenoptagelse af venstre albue blev der påvist begyndende slidgigt. Metalsliberen havde ikke haft brud på hverken albue, håndled eller øvrige dele af venstre arm.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen, idet metalsliberen igennem 30 år og i mange timer dagligt har været udsat for meget kraftigt vibrerende håndholdt værktøj med en vibrationsstyrke på over 10 m/s^2 og der ikke er oplysninger om konkurrerende forhold af betydning for sygdommens opståen.

Eksempel 13: Afvisning af slidgigt i håndled (gulvlægger 45 år)

En 65-årig gulvlægger havde, siden han blev udlært som 20-årig, arbejdet med lægning af gulve mange timer om dagen. Ved dette arbejde anvendte han især venstre hånd, der var hans primære hånd. Han løftede tunge tæpper og belægningsmateriale, forskubbede gulve, savede, spartlede og udlagde klæbemasse med venstre hånd. Han sleb også gulve af og til, hvor han anvendte en stor slibemaskine, men omfanget af dette arbejde var nogle få dage om måneden. Ved undersøgelse hos egen læge i slutningen af perioden var der mistanke om slidgigt i venstre håndled, som blev påvist ved en senere røntgenundersøgelse.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen, idet gulvlæggeren ikke har været udsat for hånd-armvibrationer fra meget kraftigt vibrerende håndholdt værktøj flere timer dagligt i en lang årrække. Der er heller ikke tale om andre ekstraordinære belastninger, der kan begrunde forelæggelse af sagen for Erhvervssygdomsudvalget.

9. Tennisalbue og golfalbue (C.4.)

- 9.1. Punkt på fortegnelsen
- 9.2. Krav til diagnosen
- 9.3. Krav til påvirkningen
- 9.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme
- 9.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen
- 9.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

9.1. Punkt på fortegnelsen

Følgende albuesygdomme er efter en af de anførte påvirkninger optaget på fortegnelsen over erhvervsygdomme (gruppe C, punkt 4.1 og 4.2):

Sygdom	Påvirkning
C.4.1. Tennisalbue (<i>epicondylitis lateralis</i>)	a. Kraftfulde og repetitive (gentagne) arbejdsbevægelser
C.4.2. Golfalbue (<i>epicondylitis medialis</i>)	b. Kraftfulde arbejdsbevægelser i akavede stillinger c. Kraftfuldt statisk arbejde

9.2. Krav til diagnosen

Der skal lægeligt være stillet diagnosen epicondylitis lateralis (tennisalbue, ICD-10 M77.1) eller epicondylitis medialis (golfalbue, ICD-10 M77.0).

Epicondylitis er betændelseslignende forandringer i vævet og senernes udspring ved epikondylen (knoglefremspring på albuens sider, albueknøen), antageligt som følge af små bristninger.

Generaliserede eller diffuse smerter kan ikke anerkendes efter fortegnelsen.

Diagnosen stilles medicinsk på baggrund af en kombination af:

- Den tilskadekomnes subjektive klager (symptomer)
- En klinisk objektiv undersøgelse

Symptomer

Smerter og udtalt ømhed svarende til henholdsvis den laterale epikondyl (udvendige albueknø ved tennisalbue) og den mediale epikondyl (indvendige albueknø ved golfalbue). Smerterne forværres ved brug af armen. Ved golfalbue specielt nedadbøjning af håndleddet mod modstand. Ved tennisalbue specielt opadbøjning af håndleddet mod modstand. Smerterne kan stråle nedad eller opad i armen.

Objektive tegn

Direkte ømhed og smerter ved gennemføling af området og eventuel hævelse. Der kan være nedsat bevægelighed i albue-, hånd- og fingerled, enten alene på grund af smerter eller kombineret med forandringer i vævet.

Ved golfalbue

Indirekte ømhed og smerteforværring ved aktiv nedadbøjning af håndleddet mod modstand, disse smerter forværres ved strakt albueled. Ved passiv opadbøjning og samtidig udadrejning af underarmen med strakt albueled udløses også smerter.

Ved tennisalbue

Indirekte ømhed og smerteforværring ved aktiv opadbøjning af håndleddet mod modstand, disse smerter forværres ved strakt albueled. Ved passiv nedadbøjning og samtidig indadrejning af underarmen med strakt albueled udløses også smerter.

9.3. Krav til påvirkningen

Klager over smerter i albueledet er hyppige, uanset erhverv (1 til 5 procent af befolkningen lider af epicondylitis). Bestemte påvirkninger medfører imidlertid forøget risiko for sygdommene.

Arbejde, hvor de til albueledet tilhæftede muskler belastes kraftfuldt, medfører risiko for epicondylitis. Belastningen skal styrkemæssigt være mekanisk og fysiologisk relevant for sygdommen. Almindeligt løftarbejde, uanset vægten, gør for eksempel ikke i sig selv arbejdet kraftfuldt for albuen.

Om arbejdet er kraftfuldt og albuebelastende, afhænger af en konkret vurdering af de samlede belastninger, som arbejdet indebærer.

Følgende taler for, at arbejdet kan betragtes som kraftfuldt på en for albuen relevant belastende måde:

- Gentagne kraftfulde vride- eller drejebbevægelser
- Gentagne kraftfulde bevægelser mod modstand
- Statisk fastholden af en genstand med kraftanvendelse
- Kraftfulde arbejdsbevægelser i kombination med akavede albuebelastende arbejdsstillinger

Kraftfuldt arbejde

Begrebet kraftfulde arbejdsbevægelser/anvendelse af muskelkraft indebærer, at der skal være tale om en vis kraftanvendelse, der ligger ud over den funktionskraft, der normalt bruges til at anvende, dreje, bøje eller strække håndled/albue. Der kan for eksempel være tale om anvendelse af trykkraft, der medfører en vis belastning og anstrengelse af de relevante muskler.

Faktorer, der bidrager til risikoen for sygdomsudvikling ved kraftfuldt arbejde, er arbejde med albueledet i yderstilling, belastning af ekstensormusklerne (strækkemusklerne – ved tennisalbue) eller fleksormusklerne (bøjemusklene – ved golfalbue), arbejde i akavede positioner, repetitive arbejdsbevægelser eller statisk belastning af en muskelgruppe ved fastholdelse af en genstand under anvendelse af muskelkraft i en vis cyklus.

Repetitivt arbejde

For at arbejdet kan betegnes som repetitivt (gentaget), må arbejdet indebære fortsatte bevægelser af albueleddet af en vis hyppighed/intensitet i en væsentlig del af arbejdsdagen.

Der skal som udgangspunkt have været tale om flere gentagne bevægelser i minuttet.

Hyppigheden af belastende bevægelser kan ikke fastsættes nærmere, men afhænger af en konkret vurdering af repetitionshyppigheden, set i forhold til kraftudfoldelsen ved arbejdet og de øvrige belastninger af albueleddet.

Akavede stillinger

I vurderingen af, om arbejdsstillingen er akavet for albuen, indgår, om og i hvilken grad albuen udsættes for akavede bøje-, strække- eller drejebbevægelser. Alle led har en normal funktionsstilling. Det er den stilling af leddet, som giver en optimal funktion af ekstremiteten (ekstremitet = arm eller ben). Bevægelser, som sker i andre stillinger end normalstillingen, betegnes som akavede. Jo større afvigelsen fra normalstillingen er, jo mere betegnes den som akavet. Bevægelser i akavede stillinger er ikke optimale og øger dermed belastningen af for eksempel muskler, sener og bindevæv.

Kombineret belastningsvurdering

Sygdomme opstået uden kraftudfoldelse vil ikke kunne anerkendes efter punktet.

Sygdomme opstået uden repetition, akavede arbejdsstillinger eller statiske belastninger med fastholdelse af en genstand under anvendelse af muskelkraft vil heller ikke kunne anerkendes, selvom arbejdet i øvrigt har indebåret nogen kraftudfoldelse.

Hvis der har været en meget høj grad af kraftudfoldelse og/eller meget akavede arbejdsstillinger for albueleddet, vil kravet til repetitionshyppigheden være relativt mindre. Ved en mindre til moderat kraftudfoldelse og/eller gode til optimale arbejdsstillinger vil kravet til repetitionshyppigheden tilsvarende være større.

Belastningen skal vurderes i forhold til personens størrelse og fysik, og der skal være god tidsmæssig sammenhæng mellem påvirkningen og sygdommens opståen.

Der skal som udgangspunkt have fundet en relevant belastning sted i mindst halvdelen af arbejdsdagen (3-4 timer).

Hvis der er udført forskellige arbejdsfunktioner i løbet af arbejdsdagen, vil der blive foretaget en vurdering af den samlede belastning af albuen, ud fra en vurdering af hver enkelt arbejdsfunktionens belastning samt belastningernes samlede tidsmæssige udstrækning. Skiftende arbejdsfunktioner og derved en vis variation i arbejdet kan således godt medføre en relevant og tilstrækkelig belastning.

Der kan for eksempel være tale om en vekslen mellem meget kraftfuldt arbejde med let til moderat repetition i 1/3 af arbejdsdagen og højrepetitivt arbejde med albuen holdt i akavede stillinger under anvendelse af let til moderat kraftudfoldelse i 1/3 af arbejdsdagen. I den sidste tredjedel af arbejdsdagen udføres ikke arbejde, der belaster albuen. I dette tilfælde sker der en vekslen mellem forskellige arbejdsfunktioner over arbejdsdagen, hvor 2 af arbejdsfunktionerne opfylder kravene til en relevant påvirkning, og hvor påvirkningerne samtidigt strækker sig over mere end halvdelen af arbejdsdagen. Sagen kan derfor anerkendes efter fortegnelsen.

Vi vil ved sagens behandling eventuelt indhente en arbejdsmedicinsk speciallægeerklæring. Speciallægen vil blandt andet blive bedt om at beskrive og vurdere kraftanvendelsen, repetitionen og arbejdsstillingens belastning for albuen, konkret og indgående, i forhold til de pågældende arbejdsfunktioner. Speciallægen skal tillige foretage en individuel vurdering af belastningsforholdenes betydning for udvikling af den pågældende sygdom hos netop den undersøgte person.

9.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold

- Slidgigt (artrose) i albueleddet
- Leddegigt (reumatoid artrit) i albueleddet
- Symptomer fra sener og muskler som følge af alder (alderssvarende degenerative forandringer)
- Følger efter brud på albueleddet
- Systemiske sygdomme (bindevævssygdomme)
- Slidgigt i halshvirvelsøjlen med udstråling
- Diskusprolaps i halshvirvelsøjlen med udstråling
- Bruskforandringer i albueleddet (osteocondritis dissicans)
- Påvirkning af spolebensnerven (nervus radialis) ved dens forløb gennem en tunnel på underarmen (radialtunnelsyndrom)

9.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen

Det er kun tennisalbue (epicondylitis lateralis) og golfalbue (epicondylitis medialis), der er omfattet af fortegnelsens punkt C.4. om albuesygdomme. Der skal desuden have været tale om påvirkninger, som opfylder kravene til anerkendelse.

Andre sygdomme eller påvirkninger uden for fortegnelsen vil i særlige tilfælde kunne anerkendes efter forelæggelse for Erhvervssygdomsudvalget.

Et eksempel på en sygdom, der eventuelt vil kunne anerkendes efter forelæggelse for udvalget, er sygdom i bicepsmusklen ved albueleddet.

Erhvervssygdomsudvalgets praksis ved vurdering af sager uden for fortegnelsen vil løbende blive meldt ud på Arbejdsskadestyrelsens hjemmeside.

9.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

Eksempel 1: Anerkendelse af tennisalbuer (polerer i 9 år)

En mand arbejdede i 9 år med polering og slibning af vandhaner på fuld tid. Poleringen foregik ved, at han pressede emnerne hårdt ind mod polerings- eller slibemaskinen. Slibningen krævede lidt mindre kræfter. Ved både polering og slibning sad han i en foroverbøjet stilling og pressede emnet med begge hænder ind mod et stort hjul, hvor begge albueled og skuldre blev kastet lidt fremad, mens emnet blev skubbet ind mod hjulet. Han polerede 30-50 emner i timen, som vejede fra 300 gram til 2 kilo. Efter 9 års ansættelse fik han smertegener i begge albuer, og en speciallæge konstaterede dobbeltsidige tennisalbuer.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Arbejdet har medført gentagne, kraftfulde og tillige akavede belastende arbejdsstillinger og bevægelser for begge albuer hele dagen i en længere periode, og der er god tidsmæssig sammenhæng mellem belastningen og sygdommens opståen.

Eksempel 2: Anerkendelse af tennisalbue (materielarbejder med boltarbejde i ½ år)

En mand arbejdede som materielmedarbejder i teknisk afdeling på et sygehus i mange år. Arbejdet bestod af reparation af senge, kørestole, kontorstole og andet og var generelt varieret og ikke albuebelastende. I et halvt år var arbejdet dog koncentreret om reparation af nye elsenge, der var brudt sammen. Han skulle påmontere forstærkningsenheder, som skulle skrues på under sengene. Han lagde sengene om på siden og skruede de ødelagte dele af. Dette arbejde krævede megen kraftanvendelse, da boltene var limet sammen med møtrikkerne. Der var 6-8 bolte på hver seng, og det var ikke muligt at anvende el-værktøj ved arbejdet. Efter fjernelse af de gamle bolte skulle forstærkningsenheden skrues på, hvorefter sengene skulle monteres med bolte igen. Han kunne reparere 6-7 senge om dagen. Efter få måneders arbejde udviklede han smerter i højre albue og fik af en speciallæge stillet diagnosen højresidig tennisalbue.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Boltarbejdet har i flere måneder medført gentagne, kraftfulde bevægelser i højre albue ved løsgøring og fastskruning af bolte i elsenge. Arbejdet har tillige været akavet for højre albue med mange vrid og drejninger i albueledet, og der er god sammenhæng mellem belastningen og sygdommen.

Eksempel 3: Anerkendelse af tennisalbuer (fiskeriarbejder i 4 uger)

En kvinde arbejdede som sæsonarbejder ved et laksebrug i godt 4 uger. Laksene kom ind på bånd, og hun holdt med venstre hånd i overhåndsgreb om fisken og holdt den fast, mens hun skar fisken op med en kniv, der blev holdt i højre hånd. Derved blev rognen med en vægt på 300-500 gram helt eller delvist frigjort og derefter taget med venstre hånd i overgreb, revet helt fri og smidt fremover på båndet. Nogle gange var fisken ikke helt skåret op, hvorfor dette også skulle gøres. Arbejdet var ensidigt gentaget og højrepetitivt med ind- og udadretninger i begge håndled og vrid og drejninger i albueledene. Både arbejdet med kniven, fastholdelsen af fisken og udvindingen af rognen indebar et vist kraftmoment. Der blev skåret 4-5 fisk per minut, svarende til 7-9 tons fisk dagligt af 3-5 kilo per styk. Efter et par ugers arbejde udviklede hun begyndende smerter i begge albueled og fik senere konstateret dobbeltsidig tennisalbue af en speciallæge.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Fiskeriarbejderen har udført arbejde med udskæring og fjernelse af rogn på laks i flere uger, der medførte hurtigt gentagne og let til moderat kraftfulde bevægelser i albueledene. Arbejdet medførte også akavede vridninger og drejninger i albueledene. Der er god sammenhæng mellem belastningen af begge albue-regioner og udvikling af dobbeltsidig tennisalbue.

Eksempel 4: Anerkendelse af tennisalbue (vodbinder i 5 år)

En mand arbejdede som vodbinder i 4 år på en trawlvirksomhed. Hans arbejde bestod i udskæring af forskellige net med en almindelig kniv, som han holdt i højre hånd, mens han holdt og løftede nettet med venstre hånd. Sømning, det vil sige sammensyning af de forskellige net, foregik ved hjælp af en bødenål. De mindste bødenåle vejede 100-200 gram, mens de største vejede op til 10 kilo. Han holdt altid bødenålen i højre hånd, som han slog knude med samtidig, mens han holdt fast om tråden med venstre hånd. For hver knude foretog han et kraftfuldt pincetgreb med venstre tommel- og pegefingre med venstre underarm i indadrettet stilling. Når knuden skulle slås, det vil sige trækkes sammen, foregik det med et meget kraftigt ryk med højre hånd, mens han holdt igen med

venstre hånd, som samtidigt blev udadrejet. For at knuden skulle holde, var der tale om en meget hurtig og kraftfuld bevægelse, som gav en fornemmelse af at få "et slag" op igennem venstre arm. Han slog mindst 500 knuder per time. Arbejdet med at sømme netstykkerne sammen tog cirka halvdelen af arbejdsdagen. Den anden halvdel af arbejdsdagen gik med udskæring og løfte- og slæbearbejde med hele trawl, netstykker, tovværk og kæder. Han udviklede smerter i venstre albue og fik af en speciallæge konstateret en venstresidig tennisalbue.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Arbejdet som vodbinder har i 4 år og i halvdelen af arbejdstiden ved netsømning medført hurtigt gentagne og let til moderat kraftfulde belastninger af venstre albue i udadrejede og indadrejede stillinger. Der er god sammenhæng mellem sygdommen og det albuebelastende arbejde.

Eksempel 5: Anerkendelse af tennisalbue (hegnopsætter i 17 år)

En mand arbejdede som hegnopsætter i 17 år med opsætning af sikringshegn. Han startede med at lave stolpehuller, hvor han overvejende brugte bobcat med jordbor. Nogle steder var han dog nødt til at grave stolpehuller ud manuelt. Derefter blev stolperne sat ned i hullerne, som blev fyldt med håndblandet cement, der var tungt at forarbejde. Derefter blev der sat stramtråde (jertråd på 6 mm) foroven og forneden langs hele hegnet. Ved hvert hjørne blev der lavet en løkke, som skulle snos og vrides om sig selv med en fladtang og bides over med bidetang. Til slut blev trådhegnet opsat, som blev hullet ud og sat fast med bindtråd (jertråd på 2 mm). Langs med den øverste stramtråd blev lagt en syning af bindtråd. Arbejdet medførte særligt albuebelastninger ved gentagen brug af knibtang til afbidning af jertråd samt brug af fladtang til vikling og snoning af løkker. I gennemsnit brugte han bidetangen 600 gange om dagen. Hver løkke skulle snos og vrides 4-6 omgange, hvilket svarede til, at han gentog vridebevægelsen i højre albue 6-700 gange dagligt. Både afklipping og snoning af de forskellige tråde krævede betydelig kraftanvendelse i hånden, hvorved underarmens strækkemuskel blev belastet. Også syning af fletheget til øverste stramtråd indebar gentagne vridende bevægelser i højre hånd, selv om det ikke var så kraftfuldt, som når han brugte tang. I gennemsnit brugte han 2-3 timer om dagen på kraftfulde albuebelastende opgaver. Han udviklede i slutningen af arbejdsperioden smerter i højre albue og fik hos en speciallæge konstateret højresidig tennisalbue.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Arbejdet som hegnopsætter har medført gentagne, kraftfulde og albuebelastende bevægelser, særligt ved brug af tang i 2-3 timer dagligt i 17 år. Arbejdet har været relevant belastende for udvikling af en højresidig tennisalbue. Da den samlede belastningsperiode har været meget lang, kan kravet om relevant belastning i mindst halvdelen af arbejdstiden desuden nedsættes til 2-3 timer dagligt.

Eksempel 6: Anerkendelse af tennisalbue (skovarbejder i 14 dage)

En skovarbejder arbejdede udelukkende med motorsav i en 14-dagsperiode. Under arbejdet med motorsav blev højre underarms muskulatur belastet, ved at motorsaven blev presset mod træet, og ved at motorsaven samtidig blev fastholdt ud fra kroppen. I slutningen af perioden fik han smerter i højre albue. Han fik stillet diagnosen højresidig tennisalbue.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Arbejdet opfylder betingelsen om kraftfuldt arbejde i en akavet stilling, med statisk fastholdelse af en genstand med samtidig anvendelse af muskelkraft, og der er god sammenhæng mellem belastningen og sygdomsbilledet.

Eksempel 7: Anerkendelse af golfalbue (tømrer i 2-3 måneder)

En tømrer arbejdede fra oktober måned udelukkende med at udrette armeringsjern. I januar opstod der symptomer på en højresidig golfalbue. Arbejdet indebar, at spidsen af en hammer blev sat gennem øjet på jernet og armeringsjernet blev rettet op ved at trække nedad eller opad.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Arbejdet medførte drejning mod modstand og gentagen bevægelse mod modstand og kan betegnes som kraftfuldt, idet der samtidigt blev anvendt muskelkraft. Der har fundet en større belastning sted af de relevante muskelgrupper ved udviklingen af golfalbuen.

Eksempel 8: Anerkendelse af tennisalbue (slagteriarbejder i 4 måneder)

En slagteriarbejder brugte gentagne gange i løbet af arbejdsdagen 30-40 snit til at løsne kødet fra halve grisehoveder, som blev fremført af løbende bånd. Venstre hånd blev brugt til at fastholde hovedet, og højre hånd blev brugt til at føre kniven. Slagteriarbejderen fik efter 4 måneder smerter i højre albue og fik stillet diagnosen højresidig tennisalbue.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Arbejdet har indebåret gentagen bevægelse mod modstand med knivarmen under anvendelse af muskelkraft og kan betegnes som kraftfuldt. Slagteriarbejderen fik en højresidig tennisalbue i nær sammenhæng med arbejdsbelastningen.

Eksempel 9: Anerkendelse af tennisalbue (slagteriarbejder i 1 år)

En slagteriarbejder udbenede skinker og forender med højre hånd. Kniven førtes vandret ud til siden under samtidig udøvelse af tryk på kniven ved højre tommelfinger. Andre snit fordrede både indadgående og udadgående halvcirkelbevægelser under samtidig udøvelse af tryk på kniven. Tilskadedkomne fik efter godt 1 år smerter i højre albue og fik hos en speciallæge stillet diagnosen højresidig tennisalbue.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Arbejdet har krævet, at der blev trykket på kniven under drejning af underarmen, og bevægelserne kan derfor betegnes som kraftfulde og relevant belastende for udvikling af en højresidig tennisalbue.

Eksempel 10: Anerkendelse af tennisalbue (husassistent i 1½ måned)

En husassistent i et centralkøkken fik smerter i højre albue, efter at hun i 1½ måned havde udført tungt rørearbejde i 4 timer om dagen. Den resterende del af arbejdsdagen udførte hun andre funktioner, som for eksempel at smøre smørrebrød og vaske op. Hun fik stillet diagnosen højresidig tennisalbue.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Det tunge rørearbejde har indebåret gentagne bevægelser mod modstand under samtidig anvendelse af muskelkraft igennem en væsentlig del af arbejdsdagen, og husassistenten fik en højresidig tennisalbue i umiddelbar tilknytning til belastningen.

Eksempel 11: Anerkendelse af tennisalbue og golfalbue (bygningsmaler i 2 måneder)

En kvindelig bygningsmaler fik symptomer på en højresidig tennisalbue og golfalbue, efter at hun i 2 måneder havde været beskæftiget med behandling af større vægflader samt dørkarme med pletspartling, hulspartling, slibning, strygning og grundmaling. Hun anvendte under vægspartlingen, som foregik i hovedparten af perioden, en stor spartel. En etage med 6 lejligheder blev klargjort per uge. En speciallæge stillede diagnosen højresidig tennis- og golfalbue.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen.. Arbejdet med spartling, slibning og strygning, heraf særligt spartlingen af store vægflader med den store spartel, indebærer gentagne bøje- og strækkebevægelser mod modstand under anvendelse af muskelkraft. Tilskadekomne fik stillet diagnosen tennisalbue og golfalbue på højre side efter at have udført kontinuerlige, kraftfulde og gentagne bevægelser med belastning af de relevante muskelgrupper i albueområdet.

Eksempel 12: Anerkendelse af golfalbue (maskinarbejder i 3 måneder)

En mand arbejdede som maskinarbejder på et støberi, hvor han fremstillede stanggods. Han bearbejdede 15 emner per time ved en skrællemaskine, hvor han skulle foretage tilspænding og løsning af håndhjul, som sad i skulderhøjde. Han fik efter 3 måneders belastning stillet diagnosen højresidig golfalbue.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Arbejdet med til- og opspænding af maskinens håndhjul var kraftfuldt og albuebelastende, idet der skulle anvendes en del muskelstyrke under samtidige vridebevægelser. Tilskadekomne udviklede en golfalbue i god tidsmæssig sammenhæng med den kraftfulde belastning.

Eksempel 13: Anerkendelse af tennisalbue (industrielakerer med sprøjtemaling i 1½ år)

En mand arbejdede som industrielakerer i sprøjtehallen i en større industriel fremstillingsvirksomhed. Arbejdet bestod i hovedparten af arbejdsdagen i at sprøjtemale forskellige større elementer med en sprøjtepistol. Sprøjtepipens slange var omkring 10 meter lang, og vægten af pistolen var alene på omkring 7-8 kilo. Under sprøjtingen af elementerne holdt han sprøjtepipen fikseret i højre hånd med et kraftfuldt statisk greb, med et samtidigt tryk mod hanen ved hjælp af tommelen. Han udviklede efter 1½ års arbejde smerter i højre arm, og en speciallæge stillede diagnosen højresidig tennisalbue.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Industrielakereren har udført arbejde med sprøjtemaling ved hjælp af en sprøjtepistol, og arbejdet har indebåret statisk fastholdelse af pistol og slange i en fikseret arbejdsstilling under samtidig, belastende anvendelse af muskelkraft. Der er god sammenhæng mellem de beskrevne arbejdsbelastninger, i form af en kontinuerlig, statisk og kraftfuld belastning af relevante muskelgrupper, for udvikling af en albuesygdom.

Eksempel 14: Anerkendelse af golfalbue (fiskeudskærer i 2 år)

En kvinde arbejdede i fiskeindustrien med udskæring af forskellige fisk. Fiskene blev grovudskåret maskinelt, og hun foretog derefter filetering, afskæring af finner og hale og tilsvarende med en kniv. Arbejdet foregik ifølge den arbejdsmedicinske speciallæge i relativt højt tempo, med samtidige vride- og bøje-/strækkebevægelser i højre håndled, og til dels i albueledet og med anvendelse af nogen muskelkraft mod modstand. Hun fik smerter i højre arm efter godt 2 års arbejde, og speciallægen stillede diagnosen højresidig golfalbue.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Fiskeudskæreren har haft forholdsvis højrepetitivt udskæringsarbejde, med samtidig kraftudfoldelse mod modstand og vridebevægelser samt bøje-/strækkebevægelser i håndled og albue. Arbejdet er relevant belastende for udvikling af en højresidig golfalbue.

Eksempel 15: Anerkendelse af tennisalbue (ostemejer i 3 år)

En kvinde arbejdede på et mejeri med at fremtage og opskære oste. De første 3 år bestod arbejdet i at gennemskære 3-kilos oste med en streng, hvorefter ostene blev lagt i en maskine, der skar dem ud

i trekanter. Derefter blev produktionen omlagt. Ostene blev nu hentet fra hylder i pakker af 3 oste a 3 kilo. Ostene var emballeret i plastic, som skulle skæres op og rives fra hinanden med anvendelse af stor kraft. Ostene blev derefter slået mod bordpladen med stor kraft for at skille dem ad. Ostene blev derefter lagt i en maskine, der skar dem op. Opskæringshastigheden var 500-600 oste per time. De opskårne oste blev derefter taget fra og pakket. Efter kort tids arbejde i den nye funktion fik hun albuegener. Hun fik stillet diagnosen højresidig tennisalbue hos en speciallæge. Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Arbejdet med oppakning af ostene, deling ved slag mod bordet og tidligere opskæring med streng har været repetitivt og kraftfuldt albuebelastende arbejde, hvorimod selve pakningen ikke kan betegnes som kraftfuldt arbejde. Samlet set er der udført relevante albuebelastende arbejdsbevægelser igennem mere end halvdelen af arbejdsdagen i lidt over 3 år.

Eksempel 16: Anerkendelse af tennisalbue (rengøringsassistent i 3 år)

En 55-årig kvinde arbejdede som rengøringsassistent på fuld tid i 3 år for et trykkeri, hvor hun gjorde rent i kontorer, på gange, på toiletter og i kantinen. Hun udførte støvsugning, gulvvask, afvaskning af borde og afvaskning af toiletter med videre. Hun vaskede gulve cirka 3 timer om dagen og trapper i cirka ½ time, støvsugede cirka 1 time, aftørrede borde i cirka 1 time og foretog afvaskning af toiletter i cirka 2 timer. Ved afvaskningen af borde og toiletter opvred hun klude flere gange i minuttet med kraftfulde vrider- og drejebbevægelser i albuer og håndled. Ved gulvvasken brugte hun vådmoppe og håndopvrider. Toiletterne var ofte meget beskidte, og hun skulle bruge mange kræfter for at skrubbe dem rene. I slutningen af perioden fik hun smerter i højre albue og fik hos en arbejdsmedicinsk speciallæge konstateret en højresidig tennisalbue (epicondylitis lateralis humeri dxt.), hvor der både var direkte ømhed ved gennemføling og indirekte ømhed (ømhed ved bevægelser mod modstand).

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen, da rengøringsassistenten har haft kraftfulde, repetitive og akavede arbejdsbevægelser for højre albue ved vådmopning og trappevask i samlet cirka 3½ time dagligt. Hun har derudover også haft kraftfulde belastninger af albuen ved talrige opvridninger af klude dagligt. Disse belastninger svarer til over 3-4 timer dagligt og har fundet sted i 3 år op til sygdommens start.

Eksempel 17: Anerkendelse af golfalbue (operatør i aluminiumsvirksomhed)

En 53-årig kvinde arbejdede i 4 år som maskinoperatør i en stor virksomhed, der fremstillede aluminiumsprofiler. Hendes arbejde bestod i hele arbejdsdagen i at betjene en afkotersav. Hun tog profiler på 6 meters længde og med en vægt på mellem 3 og 30 kilo (typisk 6-10 kilo) fra en palle og trak dem hen til saven, hvor hun placerede dem. Derefter aktiverede hun 2 knapper, som spændte emnet fast og savede det over. Emnerne blev typisk skåret ud i 4 stykker, som hun derefter tog fra og bundtede, 3-4 ad gangen, hvorefter hun løftede dem over på et bord og pustede dem rene med en trykluftspistol. Derefter blev de løftet over på en palle og pakket. Hun forarbejdede typisk 70-80 emner i timen med i alt cirka 300 løft i ¾ arms afstand fra kroppen. Arbejdet medførte konstante drejninger i højre håndled. Hun udviklede smerter i højre underarm og fik konstateret en højresidig golfalbue.

Den højresidige golfalbue kan anerkendes efter fortegnelsen, da arbejdet som operatør ved en afkotersav i flere år har været let til moderat kraftfuldt og gentaget for højre albue ved flere hundrede løft af genstande på typisk 6-10 kilo i timen. Arbejdet har tillige medført akavede bevægelser for højre albue ved vrider- og drejebbevægelser.

Eksempel 18: Afvisning af tennisalbue (rengøringsarbejde på deltid 19 timer/uge i 5 år)

En 46-årig kvinde arbejdede som rengøringsassistent på en kaserne i 19 timer om ugen. Heraf gik ifølge hendes egne oplysninger 2/3 af arbejdstiden eller cirka 2 timer dagligt med at vaske gulve med både vådmoppe og tørmoppe, nogenlunde ligeligt fordelt. Særligt arbejdet med vådmoppe var forholdsvis tungt og kraftfuldt for højre arm. Hun var desuden i en afgrænset periode på et par måneder ansat til i yderligere cirka 1 time dagligt at moppe efter et nyt system, der var tungere at anvende end det tidligere moppesystem. Det fremgik dog også, at hun ud over moppearbejdet udførte en række varierede rengøringsopgaver som rengøring af flere toiletter, fejning, afvaskning af borde og karme, tømning af affaldsspande med videre. I slutningen af perioden udviklede hun en højresidig tennisalbue.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Rengøringsassistenten har haft forholdsvis varieret rengøringsarbejde, hvor kun arbejdet med vådmoppe kan karakteriseres som relevant kraftfuldt for højre albue, mens de øvrige arbejdsfunktioner, herunder også arbejdet med tørmoppe, indebærer meget beskeden kraftudfoldelse for albuen. Samlet har hun skønmæssigt anvendt vådmoppen omkring 1 time dagligt og i en kortere periode omkring 1 time yderligere eller i alt 2 timer dagligt. Hun opfylder derfor ikke betingelsen om en relevant belastning af højre albue i mindst halvdelen af en normal fuld arbejdsdag (3-4 timer) igennem længere tid.

Eksempel 19: Afvisning af højresidig tennisalbue (slagtersvend og bodybuilder)

En 29-årig slagtersvend arbejdede i nogle få uger på en slagtekæde i en større slagterivirksomhed, hvor han udskar rygstykker med højre hånd (knivhånden). Arbejdet foregik på akkord og var både tempofyldt, akavet og kraftfuldt for højre arm. Efter kort tid udviklede han smerter i højre albueområde og fik stillet diagnosen højresidig tennisalbue. Det fremgik også af sagens oplysninger, at han i cirka 2 måneder op til genernes opståen havde været i intensiv behandling med hormonpræparater, fordi han var bodybuilder i fritiden.

Den højresidige tennisalbue kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Arbejdet som slagtersvend har i en kortere periode på et par uger været relevant kraftfuldt, gentaget og akavet for højre albue, men i dette tilfælde er det overvejende sandsynligt, at den højresidige tennisalbue skyldes den intensive hormonbehandling. Det skyldes, at den beskrevne hormonbehandling er kendt for at give en ekstrem opbygning af musklerne, der meget hyppigt giver følger i form af for eksempel tennisalbue. Sygdommen må derfor overvejende sandsynligt skyldes andre forhold end de erhvervsmæssige, jævnfør bekendtgørelsens § 1, stk. 3, og lovens § 8, stk. 1.

Eksempel 20: Afvisning af tennisalbue (postarbejder i 2 år)

En postarbejder havde arbejdet i 2 år med sortering af breve, aviser, blade og mindre pakker, da hun fik højresidige albuesmerter. Hendes læge stillede diagnosen tennisalbue.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Arbejdet som postsorterer har ikke indebåret vride- eller drejebævevægelser i albueleddet, bevægelser mod modstand eller statisk fastholdelse af genstande under samtidig anvendelse af muskelkraft, og arbejdsstillingerne kan ikke i øvrigt betegnes som akavede. Tilskadekomne opfylder derfor ikke betingelserne om kraftfuldt albuebelastende arbejde.

Eksempel 21: Afvisning af dobbeltsidig tennis- og golfalbue (sygehjælper)

Tilskadekomne fik gener fra begge albuer efter at have arbejdet med plejearbejde i cirka 25 år. Tilskadekomne arbejdede i perioden fra 1975 til 2004/2005 som sygehjælper. I de første år

arbejdede tilskadekomne fuld tid, senere 32 timer ugentligt og de sidste 15 år frem til 2004/2005 arbejdede tilskadekomne 26 timer ugentligt. I alle årene var tilskadekomne tilknyttet tungt plejkrævende patienter, som hver medførte 20-40 personhåndteringer per vagt. Arbejdsopgaverne var varierende. Tilskadekomne skulle hjælpe patienterne med måltiderne, foretage sengebådning og skifte sengetøj, vende og skifte patienter med mere.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Sygehjælperen har haft forholdsvis varieret plejearbejde. Arbejdet har indebåret momentvise kraftudfoldelser ved personhåndteringer, men albuerne har ikke været belastet flere gange i minuttet i mindst 3-4 timer dagligt. Der har heller ikke i langt den overvejende del af arbejdsdagen været tale om akavede arbejdsbevægelser eller kraftfuldt statisk arbejde. Desuden har tilskadekomne i 7 år frem til albuesygdommens debut haft deltidsarbejde 26 timer ugentligt. Der er ikke grundlag for at forelægge sagen for Erhvervs sygdomsudvalget.

Yderligere informationer:

Arbejdsskadestyrelsens Praksis om albuesygdom efter pc-arbejde [2006-04](#) og [2006-05](#)

[Udredningsrapport om sammenhænge mellem pc-arbejde og sygdomme i arm, skulder og nakke](#)

Ankestyrelsens principielle afgørelser om albuesygdomme kan ses på www.ast.dk

[Notat om rengøringsarbejde og sygdomme i det øvre bevægeapparat \(www.ask.dk\)](#)

[Notat om plejearbejde og sygdomme i det øvre bevægeapparat \(www.ask.dk\)](#)

10. Skuldersygdomme (C.5)

- 10.1. Punkt på fortegnelsen
- 10.2. Krav til diagnosen
- 10.3. Krav til påvirkningen
- 10.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold
- 10.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen
- 10.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

10.1. Punkt på fortegnelsen

Følgende skuldersygdomme er efter de anførte påvirkninger optaget på fortegnelsen over erhvervsygdomme (gruppe C, punkt 5):

Sygdom	Påvirkning
C.5.1. Rotator cuff-syndrom/ impingementsyndrom	a. Repetitive (gentagne) og kraftfulde skulderbevægelser, i kombination med en vurdering af armens stilling ved belastningen
C.5.2. Symptomer fra eller forandringer i den lange bicepssene (<i>bicipstendinit, tendinitis caput longum musculus bicipitis brachii</i>)	<i>eller</i> b. Statisk løft af overarmen til omkring 60 grader eller mere

10.2. Krav til diagnosen

Der skal lægeligt være stillet en eller flere af følgende diagnoser:

- Rotator cuff-syndrom/impingementssyndrom (M75.1 og M75.4)
- Tendinitis caput longum musculus bicipitis brachii (symptomer fra eller forandringer i den lange bicepssene) (M75.2)
- Tendinitis muskuli articulatio humeri (skuldertendinit) (M75.1 og M75.9)

Rotator cuff-syndrom/impingementsyndrom

Rotator cuff er en betegnelse for den fælles senemanchet, der dannes omkring forsiden af skulderleddet af 4 sener fra 4 muskler:

- Supraspinatussenen
- Infraspinatussenen
- Subscapularissenen
- Teres minorsenen

Sammen koordinerer og stabiliserer de skulderleddet og bevægelserne sammen med andre muskler omkring skulderleddet.

Impingement (indeklemning) sker, når rotator cuff senerne og slimsækken i skulderen klemmes på grund af hævelser i senerne eller vævet omkring disse.

Rotator cuff-syndrom/impingementsyndrom er kliniske diagnoser, der kan stilles på baggrund af en korrekt udført almindelig lægeundersøgelse af skulderen.

Skuldertendinit betyder betændelsesagtig tilstand i skulderleddets sener. Diagnosen anvendes som en mere uspecifik angivelse af sygdomme i rotator cuff senerne, når det ikke er muligt præcist at angive, hvor forandringerne sidder i rotator cuff senerne.

Symptomer fra eller forandringer i den lange bicepssene

Den lange bicepssene indgår funktionelt i stabiliseringen af skulderleddet og bliver udsat for de samme påvirkninger, som de fire rotator cuff sener.

Den korte bicepssene indgår ikke funktionelt i skuldermanchetten. Den korte bicepssene er derfor ikke omfattet af fortegnelsens punkt C.5.

Diagnoser

Diagnoserne ”Rotator cuff-syndrom/ impingementsyndrom” samt ”Symptomer fra eller forandringer i den lange bicepssene” dækker over gener fra senemanchetten omkring skulderleddet og/eller i den lange bicepssene. Diagnoserne stilles medicinsk på baggrund af en kombination af:

- Tilskadekomnes subjektive klager (smerter, nedsat bevægelighed med videre)
- En klinisk objektiv undersøgelse

Objektive tegn

Den kliniske diagnose ved **rotator cuff-syndrom/impingementsyndrom** forudsætter ømhed ved gennemføling af skulderleddet. Desuden skal mindst ét af følgende fund være til stede:

- Muskelsvind
- Nedsat bevægelighed
- Smerteprovokation ved bevægelse af armen mod modstand (indirekte smerter i skulderen for mindst én af de fire sener)
- Positiv impingementtest (eksempelvis Neer’s og Hawkin’s test)
- Positiv smertebue
- Manglende funktion af mindst én de fire rotator cuff sener (eksempelvis droparm test for musculus supraspinatus, infraspinatus droptest, udadrotations-lagsign og indadrotations-lagsign)

Rotator cuff-syndrom kan opfattes som en overordnet diagnose, mens diagnosen impingementsyndrom er en undergruppe, hvor der er klinisk positiv impingementtest.

Den kliniske diagnose ved **symptomer fra eller forandringer i den lange bicepssene** stilles ved fund af:

- Ømhed af bicepssenen på skulderens forflade
- Indirekte ømhed (eksempelvis Speed’s test eller Yergason’s test)

Forandringer i eller læsion af rotator cuff senerne og andre strukturer i skulderen kan diagnosticeres ved

- Ultralydsskanning
- Røntgenundersøgelser
- CT-skanning
- MR-skanning
- Artroskopi (kikkertundersøgelse)

De parakliniske undersøgelser (billedundersøgelser med videre) kan anvendes til at bekræfte en allerede klinisk stillet diagnose, men kan ikke anvendes til at afkræfte den kliniske diagnose.

Unormale fund ved disse parakliniske undersøgelser kan have betydning, i vurderingen af en eventuel differentialdiagnose (se punkt 10.4).

10.3. Krav til påvirkningen

10.3.1. Repetitive (gentagne) og kraftfulde skulderbevægelser (påvirkning a)

Sygdomme i skulderen og den lange bicepssene med de anførte diagnoser kan anerkendes efter fortegnelsen, når der er udført arbejde, der medfører repetitive (gentagne) og kraftfulde skulderbevægelser. I vurderingen skal tillige indgå en vurdering af armens stilling ved belastningen.

Belastningen skal styrkemæssigt være mekanisk og fysiologisk relevant i forhold til den pågældende sygdom. Det vil sige, at arbejdsbevægelserne skal belaste skulderens led eller bicepssenen på en relevant måde. Om arbejdet er relevant belastende for skulderleddet/overarmen, afhænger af en konkret vurdering af de forskellige risikofaktorer ved arbejdet (repetitionen, kraftudfoldelsen og eventuelt belastende arbejdsstillinger for skulder/overarm).

Repetitive (gentagne) bevægelser

Repetitive (gentagne) bevægelser i skulderleddet udgør en særlig risikofaktor for udvikling af de anførte skuldersygdomme.

For at arbejdet kan betegnes som repetitivt på en relevant måde for skulderen eller overarmen, må det være karakteriseret ved ensidigt gentagne bevægelser i skulderleddet af en vis hyppighed. Der skal normalt være foretaget ensidigt gentagne bevægelser i skulderleddet indtil flere gange i minuttet (bevægelser fremad-opad, bagud-opad, udad-opad og/eller rotation).

Hyppigheden af de belastende bevægelser kan ikke fastsættes nærmere, men afhænger af en konkret vurdering af repetitionshyppigheden, set i forhold til kraftudfoldelsen ved arbejdet, og eventuelle akavede bevægelser eller stillinger for skulder/overarm (for eksempel lang rækkeafstand, arbejde med løftet arm eller gentagne løft af overarmen eller mange vride- og drejebbevægelser i skulderleddet).

Hvis der er tale om meget kraftfulde bevægelser og tillige eventuelt akavede og skulderbelastende arbejdsstillinger, vil kravet til repetitionshyppigheden være forholdsvis lille. Omvendt vil kravet til repetitionshyppigheden være større, hvis arbejdet udføres med moderat kraftudfoldelse og i gode arbejdsstillinger for skulder/overarm.

Repetitivt arbejde, herunder højrepetitivt arbejde, der finder sted helt uden samtidig kraftudfoldelse, er ikke omfattet af fortegnelsen.

Når arbejdet er meget repetitivt (hurtigt gentaget), behøver der kun i mindre omfang være andre risikofaktorer til stede, det vil sige, at arbejdet for eksempel kan bestå i ensidigt gentagne bevægelser i skulderleddet, uden at overarmen løftes særlig højt, og uden at de enkelte emner, der arbejdes med, vejer ret meget.

Kraftudfoldelse

Arbejde, der indebærer skulderbelastende kraftudfoldelse, udgør en særlig risikofaktor for udvikling af de anførte skuldersygdomme.

For at arbejdet kan betegnes som skulderbelastende, kraftfuldt arbejde, skal der som udgangspunkt have været tale om en kraftudfoldelse, der ligger noget ud over den funktionskraft, der normalt bruges til at anvende skulderleddet for at løfte og dreje armen. Dette gælder særligt i de tilfælde, hvor arbejdet er karakteriseret ved gentagne bevægelser i skulderleddet, uden at der samtidig er tale om arbejdsstillinger, der er belastende for skulder/overarm.

Skulderbelastende, kraftfuldt arbejde kan være arbejde, hvor der skubbes, trækkes eller løftes meget med anvendelse af en del muskelstyrke i skulder/overarm, eventuelt med samtidige vride- og drejebbevægelser i skulderleddet (for eksempel ved udbening på et slagteri).

I vurderingen af, om arbejdet kan betragtes som kraftfuldt på en relevant måde for skulder og/eller bicepssenen, indgår:

- Graden af anvendelse af muskelkraft for skulder/overarm
- Om emnet yder modstand
- Om der er samtidige vride- eller drejebbevægelser i skulderleddet
- Om arbejdet udføres i akavede stillinger for skulder/overarm, herunder i yderstillinger eller med høje løft af overarmen

Akavede arbejdsstillinger eller bevægelser

Alle led har en normal funktionsstilling. Det er den stilling af leddet, som giver den optimale funktion af ekstremiteten (ekstremitet = arm eller ben). Bevægelser, som sker i andre stillinger end normalstillingen, betegnes som akavede. Jo større afvigelsen fra normalstillingen er, jo mere belastende vil den være. Bevægelser i akavede stillinger er ikke optimale og øger dermed belastningen af for eksempel muskler, sener og bindevæv.

Akavede arbejdsstillinger eller bevægelser for skulder/overarm er en særlig risikofaktor for udvikling af skuldersygdomme, når de akavede stillinger eller bevægelser optræder i kombination med repetition og kraftudfoldelse.

Arbejdsstillinger eller bevægelser, der belaster skulder/overarm særligt, kan være:

- Arbejde i armens yderstillinger/med lang rækkeafstand
- Arbejde med løftet arm eller gentagne løft af overarmen
- Arbejde med vride- og drejebbevægelser i skulderleddet, eventuelt mod modstand
- Arbejde med løft med kort cyklustid (lille restitution)

Den maksimale belastning af skulder/overarm finder sted, når skulderen eller overarmen belastes gentaget ved mange opad- og indadgående bevægelser mod skulderen og mod modstand med samtidig kraftanvendelse, samtidig med at armen holdes i yderstillinger eller højt løftet.

Løft af armen

Arbejde med gentagne høje løft af armen til omkring 60 grader eller mere udgør en væsentlig risikofaktor for udvikling af skuldersygdomme, når de gentagne løft samtidig indebærer blot lettere kraftudfoldelse.

Arbejde med mindre løft af armen til for eksempel 30 grader kan derimod kun betegnes som en betydende risikofaktor, hvis der foruden gentagne arbejdsbevægelser er tale om en vis kraftudfoldelse.

Løft og cyklustid

Når armen løftes, nedsættes gennemblødningen af senerne i rotator cuff. Når armen efterfølgende sænkes, vil gennemblødningen blive bedret, og vævet får mulighed for at blive restitueret. Forholdet mellem, hvor længe armen holdes løftet i forhold til, hvor længe den holdes sænket, kaldes cyklustiden.

Jo kortere cyklustiden er, jo mere påvirkes senerne i rotator cuff, fordi restitutionfasen bliver kort. Det betyder, at arbejde, hvor armene holdes løftet forholdsvis længe og sænkes forholdsvis kortvarigt (kort restitution), er mere belastende for skulderen end arbejde, der indebærer kortvarige løft og længere tids sænkning af armen (lang restitution).

Derfor skal cyklustiden også indgå i vurderingen af belastningen af skulderleddet i de tilfælde, hvor der finder gentagne løft af armen sted.

Kombineret belastningsvurdering

Hvis arbejdet er karakteriseret ved meget hurtigt og ensidigt gentagne bevægelser i skulderleddet med samtidige, meget belastende arbejdsstillinger for skulder/overarm (for eksempel lang rækkeafstand, arbejde med løftet arm eller gentagne løft af overarmen eller mange vride- og drejebbevægelser i skulderleddet), vil der kun være et krav om en beskeden kraftudfoldelse ud over den normale funktionskraft, der bruges til at anvende armen ved arbejdets udførelse.

Derimod kan arbejde, der indebærer meget hurtige og ensidigt gentagne bevægelser i skulderleddet i beskeden belastende arbejdsstillinger (for eksempel lave løft af armen til 30-40 grader), ikke anses for tilstrækkeligt skulderbelastende, hvis arbejdet ikke samtidig medfører en vis (let til moderat) kraftudfoldelse.

Belastningens omfang i tid

Der skal som udgangspunkt være udført relevant skulderbelastende arbejde hver dag i mindst halvdelen af arbejdsdagen (3-4 timer) og igennem længere tid (månedsvist).

Kravet til den tidsmæssige udstrækning afhænger imidlertid også af en konkret vurdering af de forskellige risikofaktorer ved arbejdet (repetitionen, kraftudfoldelsen og eventuelle akavede arbejdsstillinger eller bevægelser for skulder/overarm).

Hvis der har været tale om et meget skulderbelastende arbejde, taler dette således for en forholdsvis kort belastningsperiode på forholdsvis få måneder. Har arbejdet været af en lettere, men dog relevant, skulderbelastende karakter, taler dette for, at arbejdet skal have fundet sted i en forholdsvis lang belastningsperiode på mange måneder.

Forskellige arbejdsfunktioner (varieret arbejde)

Hvis der er udført forskellige arbejdsfunktioner i løbet af arbejdsdagen, vil der blive foretaget en vurdering af den samlede daglige belastning, set i forhold til hver arbejdsfunktionens belastning af skulder/overarm.

Der kan for eksempel være tale om en vekslen mellem meget kraftfuldt arbejde med moderat repetition i 1/3 af arbejdsdagen og højrepetitivt arbejde med samtidige gentagne løft af armen til 30-40 grader og lettere kraftudfoldelse i 1/3 af arbejdsdagen. I den sidste tredjedel af arbejdsdagen udføres ikke skulderbelastende arbejde. I dette tilfælde sker der en vekslen mellem forskellige arbejdsfunktioner over arbejdsdagen, hvor 2 af arbejdsfunktionerne opfylder kravene til en relevant belastning. Den relevante belastning strækker sig tillige over mere end halvdelen af arbejdsdagen. Sagen kan derfor anerkendes efter fortegnelsen.

10.3.2. Statisk løft af overarmen (påvirkning b)

Sygdomme i skulderen og den lange bicepssene med de anførte diagnoser er tillige omfattet, når der er udført arbejde, der medfører statisk løft (fastholden) af overarmen til omkring 60 grader eller derover.

For at sygdommen kan anerkendes efter fortegnelsen, skal overarmen have været fastholdt omkring 60 grader eller derover i stort set samme stilling i en stor del af arbejdsdagen (timevis) og igennem længere tid (månedsvist).

For at arbejdet kan karakteriseres som statisk, er det afgørende, at de led, som påvirkes af musklerne, fastholdes i stort set samme stilling under arbejdet. Det indebærer, at arbejde, der er karakteriseret ved gentagne løfte-/sænkebevægelser af armen, ikke kan betegnes som en statisk belastning. I de tilfælde, hvor skulder og overarm holdes statisk løftet til 60 grader eller mere under arbejdet, mens underarm og hånd arbejder med gentagne løft/sænkebevægelser, vil der dog finde en relevant belastning sted af skulder og overarm.

Øvrige forhold

Belastningen skal vurderes i forhold til personens størrelse og fysik, og der skal være god tidsmæssig sammenhæng mellem påvirkningen og sygdommens opståen.

Vi vil ved sagens behandling eventuelt indhente en arbejdsmedicinsk speciallægeerklæring. Speciallægen vil blandt andet blive bedt indgående om at beskrive og vurdere de konkrete arbejdsforhold og de konkrete belastninger. Speciallægen skal tillige foretage en individuel vurdering af belastningsforholdenes betydning for udvikling af sygdommen hos netop den undersøgte person. Speciallægen skal herunder give en beskrivelse af sygdomsdebut og sygdomsforløb samt oplyse om eventuelle tidligere eller samtidige sygdomme eller symptomer og deres eventuelle betydning for de aktuelle gener.

Vi kan også indhente andre former for speciallægeerklæringer for at få belyst sygdomsforløbet og eventuelt forholdet til konkurrerende eller forudbestående sygdomme.

10.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold

- Udfældning af kalcium hydroxyapatit i rotator cuff sener med eventuelle sekundære degenerative forandringer i tilknytning til kalkudfældningen (tendinitis calcarea)
- Frossen skulder
- Smertefuld løshed af skulderleddet (subluksationer og generelt løse led)
- Ledsmarter og leddegigt som led i en lokaliseret eller generel bindevævs- eller ledsygdom (artralgia og artrit)
- Forandringer i rygsøjlen med udstråling til skulderleddet
- Sygdomme i nakken (degenerative sygdomme, rodtryk med videre)
- Smerter udløst fra andre organsystemer (hjerte, lunger, abdomen, lever, mellemgulvet)
- Slidgigt i skulderleddet (arthrosis humero scapularis)
- Slidgigt i skulderhøjdeleddet med betydende knogleudbygninger, der påvirker de underliggende bløddelsstrukturer (arthrosis articuli acromio clavicularis)
- Manglende koordination af muskulaturen mellem skulderen og overarmen (sekundær indeklemning)

10.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen

Det er kun rotator cuff-syndrom/impingementsyndrom samt symptomer fra eller forandringer i den lange bicepssene, der er omfattet af fortegnelsens punkt om skuldersygdomme. Der skal desuden være tale om påvirkninger, som opfylder kravene til anerkendelse.

Andre sygdomme eller påvirkninger uden for fortegnelsen vil i særlige tilfælde kunne anerkendes efter forelæggelse for Erhvervssygdomsudvalget.

Eksempler på sygdomme i skulder eller overarm, der eventuelt vil kunne anerkendes efter forelæggelse for udvalget, er sygdomme i den korte bicepssene eller senetilhæftningen af bicepsmusklen ved albuen. Forandringer i bicepssenerne ved albueleddet anses ikke for tilstrækkeligt medicinsk dokumenteret til optagelse på erhvervssygdomsfortegnelsen.

Erhvervssygdomsudvalgets praksis ved vurdering af sager uden for fortegnelsen vil løbende blive meldt ud på Arbejdsskadeanstaltens hjemmeside.

10.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

10.6.1. Repetitive (gentagne) og kraftfulde skulderbevægelser (påvirkning a)

Eksempel 1: Anerkendelse af forandringer i rotator cuff senerne i form af en skuldertendinit (pakkeriarbejder i 6 år)

En 41-årig mand arbejdede igennem 6 år med palletering af papæsker med små ventilationspumper. Hver æske målte 15 x 15 x 15 centimeter og vejede 3-4 kilo. Palleteringen foregik ved, at han greb om en vandret række med 3-4 æsker med en samlet vægt på 11-15 kilo, som han med et kraftigt dobbeltsidigt greb fastholdt og overførte til en palle. Afstanden mellem de to yderste æsker var 60-70 centimeter, og fastholdelsen foregik med let løftet skulderled, således at en del af kraftudfoldelsen foregik over skuldermanchetmusklerne. Han foretog normalt denne manøvre 1.000-1.200 gange om dagen. Igennem en periode på 6 uger havde han overarbejde hver anden uge, som betød, at han dagligt håndterede omkring 5.000 æsker, svarende til 1.500 palleteringsløft

per dag. Han udviklede i denne sammenhæng dobbeltsidige skuldersmerter og fik af en speciallæge konstateret forandringer i rotator cuff senerne i begge skuldre (skuldertendinit).

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Pakkeriarbejderen har igennem 6 år udført skulderbelastende arbejde med gentagne bevægelser af overarmene i kombination med anvendelse af let til moderat gribe-/fastholdekraft for overarmene, lange rækkeafstande og løftede skulderled, og der er god sammenhæng mellem sygdommen og belastningen.

Eksempel 2: Anerkendelse af rotator cuff-læsion (betonopbrydning i 3 uger)

En 28-årig mand arbejdede igennem 3 uger med opbrydning af beton med tryklufthammer og betonhammer 8 timer dagligt med kun 5 minutters pause i timen. Begge maskiner skulle presses hårdt mod betongulvet med anvendelse af muskelkraft i arm og skulder og løftes cirka hvert 15. sekund, hvilket svarer til cirka 2000 løft dagligt. Efter 3 uger fik han tiltagende smerter i højre skulder, og en speciallæge konstaterede højresidig rotator cuff-læsion.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Arbejdet med betonopbrydning med tryklufthammer og betonhammer har været hurtigt gentaget og ekstremt kraftfuldt for højre overarm og skulder. Det har tillige medført akavede skulderbelastende bevægelser. Der er god sammenhæng mellem belastningen og sygdommens opståen.

Eksempel 3: Anerkendelse af rotator cuff-syndrom (maskinarbejder 2½ år)

En kvinde arbejdede i 2½ år med at passe en CNC-maskine i en fremstillingsvirksomhed. Arbejdet indebar gentagne løft af emner, der vejede fra 1½ til 12 kilo, til en maskine. De tungere emner fra 8 til 12 kilo skulle løftes op og spændes fast i niveau over øjenhøjde. Hun fastholdt elementerne med venstre arm, mens hun spændte dem fast med højre hånd. Til fastspændingen brugte hun en luftnøgle. Hun fik smerter i venstre skulder, og en speciallæge stillede diagnosen venstresidige rotator cuff-syndrom.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen som en kombination af C.5.1.a og C.5.1.b.

Maskinarbejderen har i 2½ år betjent en CNC-maskine, hvor hun har haft gentagne løft og fastspændinger af emner op til 12 kilo. Arbejdet har været forholdsvis lavrepetitivt, men har til gengæld medført nogen kraftudfoldelse samt akavede arbejdsstillinger for venstre skulder ved fastholden af større emner, herunder længere høje løft, der har haft et statisk element og har bevirket ringe restitutionmuligheder for skulderen. Der er endvidere god sammenhæng mellem sygdommen og belastningen.

Eksempel 4: Anerkendelse af forandringer i den lange bicepssene (pakkedame på avis i 10 år)

En kvinde arbejdede som pakkedame på en avis i godt 10 år. Hun pakkede aviser, blade og reklamer og stod derudover ved en ilægningsmaskine. Pakning af aviser og blade foregik ved bånd, hvor hun løftede 5-25 kilos stakke med aviser og blade fra et bånd over på en palleløfter. Hun løftede først op i stakken med den ene hånd, højre eller venstre, afhængigt af, hvilket bånd hun stod ved, og tog derefter fat med den anden hånd. Arbejdet ved ilægningsmaskinen bestod i at løfte stakke med aviser fra en palle og over i ilægningsmaskinen. Hun tog en stak med 35 aviser ad gangen, som hun først løftede op og skilte ad med venstre hånd og derefter løftede over på ilægningsmaskinen med begge hænder, hvor stakken blev bukket let fra side til side og "stødt op", inden den blev løftet op i maskinen. Pallen, som stod på en palleløfter, var pakket helt op til hovedhøjde. På grund af en høj kant på ilægningsmaskinen skulle hver stak løftes op i skulderhøjde. Ved pakning af reklamer blev stakke løftet fra en palle over på et arbejdsbord, hvor reklamerne

først blev talt op og derefter forsynet med krydssnører for til sidst at blive løftet over på en anden palle. Det hårdeste arbejde var at løfte reklamestakkene fra pallen og op på arbejdsbordet med højre eller venstre hånd, afhængigt af, hvor hun stod. Generelt foregik arbejdet i et meget højt arbejdstempo, ofte med meget lange arbejdsdage. Hun udviklede smerter i venstre overarm, og en speciallæge stillede diagnosen forandringer i den lange bicepsse på venstre side (bicipstendinit).

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Pakkedamen har i 10 år haft højrepetitivt arbejde med mange høje og kraftfulde tungere løft, der har været akavede og belastende for venstre overarm. Der er god sammenhæng mellem sygdommen og belastningen.

Eksempel 5: Anerkendelse af impingementsyndrom (slagteriarbejder i 9 måneder)

En 41-årig mand havde i 9 måneder slagteriarbejde med forskellige funktioner. Hans arbejde bestod i at udbene og udskære forender. Når han skar forender, skulle han nedtage og ophænge forenderne på et "juletræ". Både udbening, skæring og nedtagning og ophængning på "juletræer" indebærer hyppige bevægelser i højre skulderled, hvor overarmen ofte var enten fremadført eller udadført, samt gentagne løft af højre arm til 60 grader eller mere. Der var desuden tale om bevægelser i skulderleddet, der indebærer kraftudfoldelse. Han fik gener svarende til højre skulder, og en speciallæge stillede diagnosen højresidigt impingementsyndrom.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Slagteriarbejderen har fået et højresidigt impingementsyndrom, efter at han i månedsvis har udført repetitive bevægelser i skulderleddet med samtidig kraftudfoldelse og gentagne løft af højre overarm til mindst 60 grader. Der har desuden været tale om akavede arbejdsstillinger, herunder arbejde med armen i yderstillinger, og om korte cyklustider med ringe restitution for højre arm. Arbejdet har været meget belastende for højre skulder, og der er tillige god tidsmæssig sammenhæng mellem belastningen og symptomernes opståen.

Eksempel 6: Anerkendelse af rotator cuff-syndrom (industrioperatør i 3 år)

En 38-årig kvinde havde i 3 år arbejdet som industrioperatør. Hun havde i 2/3 af arbejdsdagen arbejdet med at tage færdigbehandlede plader fra et anlæg. Pladerne vejede cirka 10 kilo og målte 60 x 150 centimeter. Pladerne skulle fordeles på 3 forskellige paller og blev håndteret ved, at hun først tog fat i den fjerneste kant med højre hånd, mens hun holdt på den nederste kant med venstre hånd. Herefter løftede hun pladen på højkant med højre arm. Pladen blev dernæst løftet over på en af de 3 paller og stakket fra hoftehøjde til skulderhøjde. Den sidste tredjedel af arbejdsdagen servicerede hun de andre ansatte ved at hente tomme paller og køre fyldte paller ud. Pallerne kørte på skinner i gulvet, og dette arbejde var ikke forbundet med gentagne bevægelser i skulderleddet, kraftudfoldelse eller gentagne løft af armen. Hun fik gener i højre skulder, og en speciallæge stillede diagnosen højresidigt rotator cuff-syndrom.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Industrioperatørens første arbejdsfunktion er relevant skulderbelastende, idet arbejdet har indebåret repetitive bevægelser i skulderleddet med kraftudfoldelse med armen strakt ud i yderstillinger og med gentagne løft af højre overarm op til mere end 60 grader. Den anden arbejdsfunktion (servicering af kolleger) kan ikke betegnes som skulderbelastende arbejde, da arbejdet ikke har indebåret gentagne bevægelser i skulderleddet med kraftpåvirkning af skulderen eller belastende løft af overarmen. Den første funktion har imidlertid haft en tidsmæssig udstrækning på mere end halvdelen af arbejdsdagen og er relevant belastende for udvikling af rotator cuff-syndrom i højre skulder.

Eksempel 7: Anerkendelse af impingementsyndrom (maskinarbejder i 2½ år)

En 34-årig mand arbejdede i godt 2½ år som maskinarbejder. Arbejdet bestod i at køre delemmer til pumper igennem en maskine. Emnerne kunne veje fra få kilo op til 30 kilo og skulle løftes manuelt ind i maskinen og fastspændes mellem 4 kløer. Tungere emner blev løftet ind ved hjælp af en kran. Han løftede emnerne op til den korrekte placering, hvorefter emnet blev spændt fast ved hjælp af en T-nøgle. Når emnet sad fast, foretog han en efterspænding med T-nøglen ved et træk med højre hånd og et skub med venstre hånd. Hvert emne krævede indtil flere spændebevægelser, der blev udført med kraftudfoldelse. Spændenøglen sad, så der ikke skulle rækkes opad, men der var tale om lang rækkeafstand fremad. På en arbejdsdag spændte han op til 100 emner fast med flere spændebevægelser ved hvert emne. Tilskadekomne fik smerter i højre skulder og fik stillet diagnosen højresidigt impingementsyndrom af en speciallæge.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Tilskadekomne har udført arbejde, der indebar gentagne bevægelser i skulderleddet i kombination med stor kraftudfoldelse, hvor højre arm blev holdt i yderstillinger. Han har udført det belastende arbejde i mere end halvdelen af arbejdsdagen igennem 2½ år. Der er endvidere god tidsmæssig sammenhæng mellem belastningen og symptomernes opståen.

Eksempel 8: Anerkendelse af impingementsyndrom (slagteriarbejder i 4 år)

En 44-årig mand arbejdede som slagteriarbejder i godt 4 år. I cirka 60 procent af arbejdstiden var han beskæftiget med opskæring af forender med en vægt på 10-12 kilo. Forenderne hang på kroge, hvorfra de skulle løftes manuelt i varierende løftehøjde, fra knæniveau til hovedhøjde, til udskæringsbordet. Under skærearbejdet udførte han bevægelser med højre arm, der medførte indad- og udadretning i skulderleddet. Desuden skulle forendernes skulderblad fjernes manuelt. Dette foregik ved at løfte skulderbladet med en kniv, gribe om det og trække det ud med en kraftfuld trækkebevægelse. De sidste godt 40 procent af arbejdstiden var tilskadekomne beskæftiget som servicemand. Som servicemand skulle han blandt andet tømme lastbiler. Dette skete ved at trække "juletræer" ud af bilen med højre hånd. Han skubbede derudover stativer med kødkroge fra kølerum til skærestuer. Arbejdet som servicemand indebar ikke nævneværdige belastninger af skulderleddet, herunder kun beskedne bevægelser i skulderleddet og beskeden kraftudfoldelse. Efter 4 års arbejde fik han smerter og nedsat bevægelighed i højre skulder, og en speciallæge stillede diagnosen højresidigt impingementsyndrom. Efterfølgende MR-scanning af skulderen viste normale forhold..

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Slagteriarbejderen har udført relevant skulderbelastende arbejde i 4 år og har fået et højresidigt impingementsyndrom. Den første arbejdsfunktion har indebåret repetitive bevægelser i skulderleddet med kraftudfoldelse og gentagne løft af overarmen på op til mere end 60 grader, hvor armen samtidig har været holdt i yderstillinger, og bevægelserne er udført med en kort cyklostid. Den anden arbejdsfunktion har bestået i skub og træk og har ikke indebåret en relevant belastning af højre skulder. Den første arbejdsfunktion har imidlertid været meget skulderbelastende i mere end halvdelen af arbejdstiden og igennem flere år, og der er god tidsmæssig sammenhæng mellem belastningen og sygdommens opståen.

Eksempel 9: Anerkendelse af forandringer i den lange bicepssene (kommunal gartner i 17 år)

En 57-årig mand arbejdede i 17 år som gartner i en kommune. Hans arbejde bestod i at vedligeholde kommunens åer og vandløb. Bortset fra de perioder, hvor åerne og vandløbene var frosne, skulle han holde vandløb og åer fri for jord, blade, rødder, affald og slam. Han stod i bunden af vandløbet og skovlede bundfaldet op. Han brugte 2/3 af arbejdsdagen på at udføre dette

skovlearbejde i perioden april til og med november måned (8 måneder) og godt 1/3 af arbejdsdagen i resten af året (4 måneder). Den resterende del af arbejdsdagen var han beskæftiget med at vedligeholde kanterne af åerne og vandløbene, blandt andet ved at slå græs kørende på en græsslåmaskine. Han udførte dog også indimellem slåning af kantafrøder med le. Efter 17 års arbejde fik han smerter i højre overarm. Ved undersøgelse hos en speciallæge kunne der ikke påvises et rotator cuff-syndrom, men speciallægen stillede diagnosen forandringer i højre bicepssene (bicepstendinit).

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Gartneren har udført arbejde med repetitive bevægelser i højre skulderled og overarm med kraftudfoldelse og gentagne løft op til eller over 60 grader ved skovling af bundafgrøder fra vandløb. Dette arbejde har været meget belastende for højre bicepssene. Han har derudover haft relevant belastende arbejde ved periodisk slåning af kantafrøder med le. Arbejdsfunktionen med slåning af græs fra en motoriseret græsslåmaskine kan ikke betegnes som belastende for højre overarm. De relevante belastende arbejdsfunktioner har imidlertid, samlet set, udgjort mere end halvdelen af arbejdstiden i størsteparten af året og igennem en lang årrække. Der er derudover god tidsmæssig sammenhæng mellem arbejdet og symptomernes opståen.

Eksempel 10: Anerkendelse af dobbeltsidigt rotator cuff-syndrom (pakker i 8 år)

En 36-årig kvinde arbejdede i 8 år som pakker på en virksomhed, hvor der blev fremstillet engangsservice i plast. Kvindens arbejdsopgaver bestod i at tage fra og pakke ved en maskine, der producerede plastikkrus. Krusene kom fra maskinen via et bånd ud på pakkebordet, hvorefter de skulle pakkes i plastikposer. Plastikposerne lå på en hylde i hovedhøjde. Plastikposen skulle krænges ned over krusene, og da posen var trang, krævede arbejdet præcision og let til moderat kraftudfoldelse, med bevægelser fra hovedhøjde til bordhøjde. Når plastikposen var på, blev pakningen trykket mod en tapemaskine i bordhøjde med lille kraftudfoldelse, hvorefter den blev lagt i en papkasse, der kunne rumme 25 styk. Papkasserne blev stablet til øjenhøjde, når de var fyldt. Kvinden kunne nå et par tusind pakninger om dagen, og hver pakning krævede flere bevægelser i skulderleddene. Hun fik efter 8 år gener i begge skuldre, og en speciallæge stillede diagnosen dobbeltsidigt rotator cuff-syndrom.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Kvinden har fået et dobbeltsidigt rotator cuff-syndrom, efter at hun har udført pakkearbejde i hele arbejdsdagen i 8 år. Arbejdet har indebåret hyppigt gentagne bevægelser i begge skulderled, med gentagne løft af overarmene til 60 grader eller mere, og dertil lettere kraftudfoldelse, hvor armene indimellem har været holdt i yderstillinger. Arbejdet har yderligere været præget af kort cyklistid med ringe restitution af armene. Der er tillige god tidsmæssig sammenhæng mellem sygdommens opståen og arbejdets udførelse.

Eksempel 11: Anerkendelse af forandringer i den lange bicepssene (tømmer i 6 måneder)

En 28-årig mand arbejdede som tømrer i en større entreprenørvirksomhed i et halvt år. Arbejdet bestod i en overvejende del af arbejdstiden i at opsætte loftsplader af gips eller andre materialer, typisk i store nybyggede kontormiljøer. Ved opsætningen tog han en plade med venstre hånd eller begge hænder fra en høj vogn ved siden af den trappetige, han arbejdede på. Han løftede pladen, der kunne være stor og forholdsvis tung, med begge hænder til loftet, hvorefter han monterede pladen med anvendelse af en elektrisk skruestrækker. Han var venstrehåndet, og skruearbejdet, der indebar nogen kraftudfoldelse med løftet arm, blev udført med venstre hånd. Efter godt 6 måneders ansættelse fik han smerter i venstre overarm, og en speciallæge stillede diagnosen forandringer i den lange bicepssene på venstre side (venstresidig bicepstendinit).

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Tømreren har igennem 6 måneder udført gentagne, belastende bevægelser for venstre overarm og skulderled med samtidige, gentagne, høje løft af venstre arm og kraftudfoldelse ved montering af loftsplader. Der er tillige god tidsmæssig sammenhæng mellem arbejdet og udviklingen af en venstresidig biceps-tendinit.

Eksempel 12: Anerkendelse af skuldertendinit (pakker i 3 år)

En 42-årig kvinde arbejdede som pakker hos en stor brødproducent i 3 år, hvor hendes arbejde bestod i at pakke fladbrød i emballage. Hun stod ved et transportbånd, der var placeret i albuehøjde på hendes højre side. Hun greb med højre hånd en stak med 6 små, flade brød fra transportbåndet ved at række frem eller lidt skråt til siden. Derefter placerede hun stakken i en mindre papæske på et andet transportbånd på hendes venstre side. Arbejdet foregik i meget højt tempo, med forholdsvis lang rækkeafstand for højre skulder og indimellem med lettere vride- og drejebbevægelser i skulderleddet. Vægten af en stak fladbrød var på omkring 0,4 kilo, og løftet og håndteringen af en stak krævede kun mindre kraftudfoldelse. Den daglige pakkeakkord var på adskillige tusinde styk. Efter omkring 3 års arbejde udviklede hun smerter og ømhed i højre overarm og skulder, og en speciallæge stillede diagnosen højresidig skuldertendinit.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Pakkeren har igennem 3 år udført højrepetitivt arbejde i kombination med lettere kraftudfoldelse ved mindre løft. Arbejdsbevægelserne er tillige udført med løftede arme til albuehøjde, med nogen rækkeafstand og med lettere vride- og drejebbevægelser i højre skulderled. Arbejdet har derfor været relevant belastende for udvikling af en højresidig skuldertendinit.

Eksempel 13: Anerkendelse af rotator cuff-syndrom (vinduespudser i 12 år)

En 52-årig mand havde arbejdet med vinduespolering på fuld tid igennem 12 år hos to forskellige arbejdsgivere, i de sidste 8 år hovedsageligt med at vaske vinduer i erhvervsbygninger. Vinduespoleringen foregik med indsæbning og aftørring med en squeezer på ½ kilo. Værktøjet blev bevæget over vinduesfladerne fra side til side og kun lejlighedsvis op og ned. Han holdt værktøjet med højre hånd og førte det ved indsæbningen med store bevægelser med drejninger i skulderleddet rundt på ruderne, ofte i maksimale yderstillinger for skulderen. Disse bevægelser gentog sig, når han skulle trykke vandet og sæben af vinduet igen med squeezeren, hvor han samtidig skulle fastholde et konstant tryk mod vinduet. Han startede i reglen i den maksimale højde, han kunne nå, og gik så i knæ eller længere ned på stigen, når han var nået ned til skulderhøjde. Kun den allernederste del af vinduet blev poleret med armen under skulderhøjde. Skønsvist halvdelen af tiden arbejdede han med armen hævet til eller over skulderhøjde. Han udførte bevægelser i skulderleddet cirka 1 gang i sekundet. Han fik smerter i højre skulder efter cirka 9-10 år, som forværredes mod slutningen af perioden, og fik til sidst stillet diagnosen højresidigt rotator cuff-syndrom med smerter, ømhed, nedsat bevægelighed og positiv smertebue i skulderen.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Vinduespudseren har et højresidigt rotator cuff-syndrom, og sygdommen er opstået efter mange års arbejde, hvor han stort set hele dagen har haft meget hurtigt gentagne og akavede bevægelser i højre skulder med samtidig kraftanvendelse (påvirkning a). Skulderen har derudover i en stor del af arbejdstiden været løftet til 60 grader eller mere (påvirkning b).

Eksempel 14: Anerkendelse af dobbeltsidigt rotator cuff-syndrom (rengøringsarbejde i 5 år)

En 37-årig kvinde arbejdede som rengøringsassistent i en botanisk have i 5 år, hvor hendes arbejde var karakteriseret af kraftfulde og gentagne bevægelser i overarmene/skuldrene cirka 4 timer dagligt ved vådmopning af gulvarealer. Hun udførte cirka 64 bevægelser i skulderen hvert minut i forbindelse med 8-talsmopningen, hvor hun holdt venstre hånd i brystniveau og højre i navleniveau på skaftet. Den venstre overarm blev holdt løftet omkring 60-70 grader som styrearm, mens den højre førte moppen rundt i yderbevægelser. Moppearbejdet var kraftfuldt for især højre side, da der var en meget snavset og beskidt gulvoverflade. I den øvrige tid tømte hun affaldssække og rengjorde toiletter samt opholdslokaler. Efter cirka 4 år begyndte hun at få smerter og bevægeindskrænkning i begge skuldre og fik siden stillet diagnosen dobbeltsidigt rotator cuff-syndrom.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Rengøringsassistenten har i flere år op til sygdommens start i begge skuldre haft arbejde med meget hurtigt gentagne, akavede og kraftfulde bevægelser for højre skulder (påvirkning a), men venstre overarm/skulder har været holdt løftet til 60-70 grader (påvirkning b). Disse belastninger har fundet sted cirka 4 timer om dagen. Den øvrige del af dagen havde hun ikke væsentlige skulderbelastninger.

Eksempel 15: Afvisning af rotator cuff-syndrom (pølsemager i 12 år)

En 39-årig kvinde var i 12 år beskæftiget med at fabrikere pølser. Arbejdet indebar 2 forskellige arbejdsfunktioner. Ved sprøjtning af pølser blev en tarm sat på et horn, og derefter startedes en afdrejer, som pressede pølsefars ud gennem hornet og ind i den påsatte tarm. Under denne proces skulle hun sikre, at tarmen blev skubbet med under opfyldningen af fars. Arbejdet indebar hyppigt gentagne, mindre bevægelser i højre skulder, uden nævneværdig kraftudfoldelse og uden gentagne høje løft af armen. Ved den anden funktion skulle de lange pølser hænges på en pind, således at de hang to og to ned fra pinden. Pinden hang i en holder i brystniveau. Pølserne blev hængt op med højre hånd med højre overarm løftet til 60 grader eller mere og med udadrotation af armen, men uden kraftudfoldelse. Når pølserne var hængt op på pinden, blev pinden løftet af holderen og sat på et stativ. Pinden vejede da 3 kilo, og løftene indebar let kraftudfoldelse med samtidige høje løft af højre overarm. Tilskadekomne brugte godt 2/3 af arbejdsdagen på den første funktion og godt 1/3 af arbejdsdagen på den anden funktion. Efter omkring 12 års arbejde udviklede hun smerter og bevægebesvær i højre overarm, og hun fik efterfølgende stillet diagnosen højresidigt rotator cuff-syndrom af en speciallæge.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Ved den første arbejdsfunktion, der udgjorde 2/3 af arbejdsdagen, var der tale om ensidigt gentagne, mindre bevægelser i højre skulderled, dog uden kraftudfoldelse og uden gentagne, belastende løft af overarmen. Ved den anden arbejdsfunktion, der udgjorde 1/3 af arbejdsdagen, var arbejdet karakteriseret ved gentagne bevægelser i højre skulderled i kombination med gentagne løft af højre overarm til mindst 60 grader samt lettere kraftudfoldelse. Der er imidlertid kun udført relevant skulderbelastende arbejde i 1/3 af arbejdsdagen (ved den anden arbejdsfunktion). Sagen opfylder derfor ikke kravet om skulderbelastende arbejde i mindst halvdelen af arbejdsdagen.

Eksempel 16: Afvisning af rotator cuff-syndrom (slagteriarbejder i 8 år)

En 38-årig mand arbejdede som industrislagter i godt 8 år. Arbejdet bestod overvejende i udskæring af skinker og mindre stege. I en mindre del af arbejdstiden var han beskæftiget med oprydning, rengøring og forefaldende arbejdsopgaver. Udskæringsarbejdet foregik ved et bord med god arbejdshøjde. Arbejdet indebar mange gentagne bevægelser i højre skulderled (skærehånden) med nogen samtidig kraftudfoldelse i højre arm, men uden nævneværdigt løftearbejde. Venstre

hånd fastholdt kødstykkerne under udskæringen, men blev ikke udsat for risikofyldte belastninger. Oprydnings- og rengøringsarbejdet samt de forefaldende arbejdsopgaver medførte heller ikke risikofyldte belastninger af venstre skulder. Efter omkring 8 års ansættelse fik han tiltagende smerter i venstre skulder, og han fik af en speciallæge stillet diagnosen venstresidigt rotator cuff-syndrom.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Slagteriarbejderen har i 8 år udført udskæringsarbejde i hovedparten af arbejdsdagen, der har været relevant belastende for højre skulder. Arbejdet har imidlertid ikke medført relevante risikofyldte belastninger af venstre skulder i form af gentagne og kraftfulde bevægelser i venstre skulderled, eventuelt i kombination med akavede arbejdsstillinger eller bevægelser. Der er derfor ikke sammenhæng mellem det venstresidige rotator cuff-syndrom og arbejdet.

Eksempel 17: Afvisning af rotator cuff-syndrom (maler i 6 år)

En 32-årig mand arbejdede som maler i en større malervirksomhed i godt 6 år. Hans arbejde bestod i det sidste ½ år op til skuldersygdommens opståen overvejende i maling af radiatorer med en lille rulle og mindre pensler. Malerarbejdet var ud fra sagens oplysninger, herunder en arbejdsmedicinsk speciallægeerklæring, forbundet med mange gentagne bevægelser af højre arm og til dels højre skulder. Arbejdet indebar imidlertid ikke kraftudfoldelse, og arbejdet blev udført i gode arbejdsstillinger for højre arm og skulder. Han fik begyndende smerter i højre skulder, og den arbejdsmedicinske speciallæge stillede diagnosen højresidigt rotator cuff-syndrom. Den klinisk stillede diagnose rotator cuff-syndrom understøttes af MR-scanning, hvor der var påvist forandringer i rotator sene.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Maleren har udført finere malerarbejde i omkring ½ år, op til at han udviklede symptomer på et højresidigt rotator cuff-syndrom. Arbejdet har været kendetegnet ved mange gentagne bevægelser af højre arm og til dels højre skulder. Det har dog ikke indebåret kraftudfoldelse eller akavede arbejdsstillinger eller bevægelser for arm og skulder. Der er derfor ikke årsagsmæssig sammenhæng mellem arbejdet og skuldersygdommen.

Eksempel 18: Afvisning af højresidig skuldersygdom (mekaniker i 24 år)

En 58-årig mand arbejdede som lastvogsmekaniker i 24 år. Han udførte alle former for reparationer på lastbiler, herunder på bremses, hjul, motorer og gearkasser. Han arbejdede cirka 70 procent af tiden i grav, hvor de fleste opgaver med at reparere gearkasser, lufttrør, styretøj, bagtøj, fjedre med videre blev udført med armene i skulderhøjde eller over skulderniveau. Han foretog mange af- og påskruninger af møtrikker med store svensknøgler og luftnøgler. I 30 procent af tiden arbejdede han uden for grav med udskiftning af for eksempel store hjul. Han måtte her ofte bruge hammer for at løsne tromler, som kunne veje 25-30 kilo. Det fremgik, at han 15 år tidligere havde haft brud på højre kraveben i forbindelse med et motorløb i fritiden. Der var efterfølgende kommet tegn på slidgigt i skulderhøjdeleddet (AC-leddet). Han havde oplevet periodiske smerter i skulderen efter den tidligere skade, men smerterne blev efterhånden mere konstante. Røntgen viste tegn på slidgigt i skulderhøjdeleddet og følger efter fraktur (brud).

Den højresidige skuldersygdom kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Arbejdet som lastvogsmekaniker har været relevant belastende for højre skulder i mange år med en kombination af gentagne, kraftfulde og akavede skulderbevægelser og længere tids arbejde med statiske løft af højre overarm til skulderniveau. Der er i dette tilfælde imidlertid ikke påvist en skuldersygdom på

fortegnelsen, og generne kan overvejende sandsynligt henføres til det tidligere brud på kravebenet og slidgigten i skulderhøjdeleddet, der ikke skyldes arbejdet.

Eksempel 19: Afvisning af venstresidig rotator cuff-syndrom hos hjemmehjælper.

Tilskadekomne fik gener fra venstre skulder i 2002. Tilskadekomne arbejdede i perioden fra 1986 til 1990 med rengøring som hjemmehjælper. Der var ingen helbredsproblemer i denne periode. Fra 1990 og frem var tilskadekomne ansat som hjemmehjælper med plejearbejde. Der var dagligt 6 til 7 besøg hos borgere i eget hjem. Tilskadekomne udførte her plejereleterede opgaver i forbindelse med sengebådning, skiftning samt hjælp til forflytninger. Der var tale om op til 40 personforflytninger dagligt med vendinger samt løft af borgere i sengen. Der har været håndtering af sejl til lift, herunder samarbejde med kollega ved tungere løft af borgere.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Arbejdet som hjemmehjælper kan ikke karakteriseres som repetitivt og kraftfuldt, skulderbelastende arbejde, eventuelt i kombination med akavede arbejdsbevægelser eller stillinger. Der har heller ikke fundet en fortsat belastning sted af venstre overarm ved statisk løft af armen til 60 grader eller mere i flere timer dagligt igennem længere tid. Der er derfor ikke tale om en relevant belastning for udvikling af sygdommen rotator cuff-syndrom. Der er ikke grundlag for at forelægge sagen for Erhvervs sygdomsudvalget.

10.6.2. Statisk løft af overarmen (påvirkning b)

Eksempel 20: Anerkendelse af rotator cuff-syndrom (fabriksarbejder i 5 år)

En 58-årig kvinde arbejdede i 5 år som fabriksarbejder på en kartoffelchipsfabrik. Kvinden havde to funktioner. Den ene halvdel af tiden var hun beskæftiget med at sætte labels på kasser med chips. Dette arbejde var ikke belastende for højre skulder. Den anden halvdel af arbejdstiden sorterede hun chips ved et bånd, hvor de stegte chips kom ud. Kvinden skulle fjerne alle de chips, der havde fået for meget og var for mørke. Kvinden var 1,55 m høj, og som følge af båndets placering måtte hun holde begge overarme omkring 60 grader for at nå op til båndet. Da båndet var i bevægelse, havde hun ikke mulighed for at tage armene ned og hvile dem i den halvdel af arbejdsdagen, hvor hun var beskæftiget med sorteringsfunktionen. Efter 5 års arbejde udviklede hun smerter og bevægegener i højre arm, og en speciallæge stillede efterfølgende diagnosen højresidigt rotator cuff-syndrom .

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Funktionen med at sætte labels på kasser har ikke været skulderbelastende, da labels-påsætningen blev udført med gentagne arbejdsbevægelser uden kraftanvendelse og uden nævneværdige løft af højre overarm. Funktionen med at sortere chips har imidlertid, på grund af kvindens lave højde sammenholdt med sorteringsbordets højde, betydet, at hun har arbejdet med overarmen statisk fastholdt omkring 60 grader i halvdelen af arbejdstiden i flere år. Der er endvidere god overensstemmelse mellem sygdommens opståen og arbejdets udførelse.

Eksempel 21: Anerkendelse af dobbeltsidigt impingementsyndrom (slagteriarbejder i 2-3 år)

En 32-årig kvinde arbejdede som slagteriarbejder på et kyllingeslagteri i godt 3 år. Kvindens arbejdsfunktion bestod i at hænge kyllinger på en krog. Kyllingerne kom kørende ind på et bånd, og kvinden tog kyllingerne fra båndet og hængte dem op på en række med kroge, der hang over båndet. På grund af kvindens lave højde (1,60 m) måtte hun række armene op over skulderhøjde for at nå krogene. Selvom kvinden foretog løfte- og sænkebevægelser i armene, indebar dette ikke løft

og sænkning af overarmene og skuldrene, men kun bevægelser i underarmene og albuerne. Overarmene og skuldrene blev holdt statisk over 60 grader under arbejdets udførelse. Hun udviklede efter 2-3 år smerter i begge overarme og skuldre og fik stillet diagnosen dobbeltsidigt impingementsyndrom af en speciallæge.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Selvom slagteriarbejderen har foretaget løfte- og sænkebevægelser i underarmene ved arbejdet med at ophænge kyllinger, har overarmene og skuldrene været holdt statisk løftet til omkring 60 grader i hele arbejdsdagen igennem 2-3 år, hvorefter hun udviklede et dobbeltsidigt impingementsyndrom. Der er tillige god tidsmæssig sammenhæng mellem belastningen og symptomernes opståen.

Eksempel 22: Anerkendelse af skuldertendinit (automekaniker i 9 måneder)

En 25-årig mand arbejdede som automekaniker i 9 måneder. Han var specialiseret i udskiftning af lydpotter. I gennemsnitligt 2/3 af arbejdstiden stod han i en bilgrav og udtog og indsatte lydpotter på undersiden af biler med oprakte arme. Den resterende del af arbejdstiden udførte han andet mekanikerarbejde, der ikke indebærer statiske løft af overarmene eller andre skulderbelastninger. Han udviklede smerter og nedsat bevægelighed i højre skulder og fik af en speciallæge stillet diagnosen højresidigt skuldertendinit.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Tilskadekomne har udført arbejde som mekaniker i 9 måneder, der har indebåret statisk fastholden af overarmene over 60 grader i størsteparten af arbejdsdagen. Han har fået en højresidigt skuldertendinit, og der er god sammenhæng mellem sygdommens opståen og arbejdets udførelse.

Eksempel 23: Anerkendelse af rotator cuff-syndrom (isoleringsarbejder i 1 år)

En 27-årig kvinde arbejdede som isoleringsarbejder igennem godt 1 år. Kvindens arbejde bestod overvejende i at opsætte isolering i lofter, hvor hun holdt overarmene hævet mod loftet i en overvejende del af arbejdsdagen. Indimellem sænkede hun kortvarigt armene for at tage nyt isoleringsmateriale. Speciallægen anfører diagnosen højresidigt rotator cuff-syndrom.

Sagen er til anerkendelse efter fortegnelsen. Tilskadekomne har udført arbejde, der har været karakteriseret ved en statisk fastholden af overarmene over 60 grader igennem hovedparten af arbejdsdagen i godt 1 år. Selvom hun sænker armene af og til, er der tale om en så kortvarig sænkning, at skulderen ikke kan nå at hvile, inden armen igen hæves til over 60 grader. Der har tillige været tale om forholdsvis få sænkninger af armen. Der er tillige god tidsmæssig sammenhæng mellem arbejdet og udviklingen af et højresidigt rotator cuff-syndrom.

Eksempel 24: Afvisning af forandringer i den lange bicepssene (VVS-montør i over 20 år)

En 52-årig mand arbejdede som VVS-montør i et mindre firma igennem mere end 20 år. Arbejdet indebærer blandt andet montering af kummer og toiletter og reparation og udskiftning af forskellige rør og installationer i bade, køkkener og varmeanlæg i private hjem og virksomheder. Arbejdet beskrives i den arbejdsmedicinske erklæring generelt som varieret, dog kunne der enkelte dage være meget arbejde, hvor armene blev holdt løftet til 60 grader eller mere, blandt andet ved rørinstallationer og arbejde på varmeanlæg. Han fik smerter i højre overarm, og en speciallæge stillede diagnosen højresidigt forandringer i den lange bicepssene (bicepstendinit).

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Tilskadekomne har overvejende udført varieret arbejde som VVS-montør, hvor der kun enkelte dage har været tale om statiske løft af armene. Der

er ikke derudover oplyst andre overarmsbelastende arbejdsfunktioner. Arbejdet kan ikke karakteriseres som repetitivt og kraftfuldt, skulderbelastende arbejde, eventuelt i kombination med akavede arbejdsbevægelser eller stillinger. Der har heller ikke fundet en fortsat belastning sted af højre overarm ved statisk løft af armen til 60 grader eller mere i flere timer dagligt igennem længere tid. Der er derfor ikke tale om en relevant belastning for udvikling af sygdommen biceps-tendinit.

Yderligere informationer:

[Udredningsrapport om sygdomme i skulder/overarm](#)

[Udredningsrapport om sammenhænge mellem pc-arbejde og sygdomme i arm, skulder og nakke](#)

Ankestyrelsens principielle afgørelser om skuldersygdomme kan ses på www.ast.dk

[Notat om rengøringsarbejde og sygdomme i det øvre bevægeapparat \(www.ask.dk\)](#)

[Notat om plejearbejde og sygdomme i det øvre bevægeapparat \(www.ask.dk\)](#)

Yderligere informationer:

[Udredningsrapport om sygdomme i skulder/overarm](#)

[Udredningsrapport om sammenhænge mellem pc-arbejde og sygdomme i arm, skulder og nakke](#)

Ankestyrelsens principielle afgørelser om skuldersygdomme kan ses på www.ast.dk

[Notat om rengøringsarbejde og sygdomme i det øvre bevægeapparat \(www.ask.dk\)](#)

[Notat om plejearbejde og sygdomme i det øvre bevægeapparat \(www.ask.dk\)](#)

11. Slidgigt i knæleddet (D.1)

- 11.1. Punkt på fortegnelsen
- 11.2. Krav til diagnosen
- 11.3. Krav til påvirkningen
- 11.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold
- 11.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen
- 11.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

11.1. Punkt på fortegnelsen

Følgende knæsygdom er optaget på fortegnelsen over erhvervssygdomme (gruppe D, punkt 1):

Sygdom	Påvirkning
D.1. Slidgigt i knæled (<i>arthrosis genus</i>)	Knæliggende og/eller hugsiddende arbejde i mange år

11.2. Krav til diagnosen

Der skal lægeligt være stillet diagnosen ”slidgigt i knæled” i et eller begge knæ (knæledsartrose, ICD-10 M17).

Diagnosen stilles medicinsk på baggrund af en kombination af:

- Tilskadekomnes subjektive klager (symptomer)
- En klinisk objektiv undersøgelse
- Parakliniske undersøgelser (røntgen, MR-skanning, CT-skanning)

For at diagnosen slidgigt i knæled kan siges at været stillet, må det kræves, at der er:

- Relevante subjektive klager *og*
- Kliniske manifestationer *og*
- Kliniske objektive forandringer *og*
- Konstaterede slidgigtforandringer på røntgenbilleder, bedømt på stående optagelser af knæleddet og siddeoptagelser af knæskallen.

Det vil sige, at alle ovenstående 4 punkter skal være opfyldt.

Subjektive klager

- Smerter i knæleddet
- Hævelse af knæleddet
- ”Belastningstriaden”:
 - Start- og igangsætningssmerter
 - Belastningssmerter
- Svagheds- og usikkerhedsfølelse
- Hvilelindring
- Nedsat gangdistance

- Skurren i knæleddet
- Nedsat bevægelighed (strække- og bøjemangel)

Objektive tegn

- Hævelse af knæleddet med ansamling under knæskallen
- Skurren ved bevægelse af knæleddet
- Nedsat bevægelighed i knæleddet (hyppig strækkemangel)
- Svind af lårmusklen (quadriceps)
- Deformering og fejlstilling
- Instabilitet (i fremskredne tilfælde)
- Hævelse på bagsiden af knæleddet (Bakercyste)
- Nedsat gangfunktion

11.3. Krav til påvirkningen

For at slidgigt i knæleddet er omfattet af punktet på fortegnelsen, skal der have været tale om knæliggende og/eller hugsiddende arbejde i mange år.

Ved knæliggende arbejde forstås arbejde, som udføres liggende på begge eller på det ene knæ. Hugsiddende arbejde er arbejde, hvor det ene eller begge knæ er bøjet maksimalt. Eksempler på arbejdsfunktioner, hvor der udføres knæliggende eller hugsiddende arbejde eller en kombination af disse, er murerarbejde med flisemuring på badeværelser, tagdækkerarbejde eller gulvlæggerarbejde.

Kravet om, at der skal være tale om knæliggende og/eller hugsiddende arbejde i mange år, betyder, at der som udgangspunkt skal være udført knæliggende og/eller hugsiddende arbejde i en nogenlunde sammenhængende periode på 20 til 25 år.

Der skal være tale om en arbejdsfunktion, hvor der i mindst halvdelen af arbejdsdagen (mindst 3-4 timer) har været tale om knæliggende og/eller hugsiddende arbejde.

Der er yderligere et krav om en tidsmæssig sammenhæng mellem påvirkningen og symptomernes opståen.

Det vil tale afgørende imod anerkendelse, hvis der er en periode uden symptomer mellem ophør af det knæbelastende arbejde og symptomernes opståen. Dette vil eksempelvis gælde, hvis symptomerne på slidgigt i knæene opstår efter flere år uden erhverv eller efter flere år med beskæftigelse i et erhverv, der ikke belaster knæene. Det vil gælde, uanset om der tidligere har været tale om arbejde, der opfyldte kravene til påvirkningen.

Hvis der i en periode, som opfylder kravene til påvirkningen, har været tale om knæbelastende arbejde, kan slidgigten anerkendes, selvom symptomerne opstår i en senere periode med mere moderat, men dog forholdsvis knæbelastende arbejde.

11.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold

- Svær overvægt (BMI over 30-31, hvor Body Mass Index = $\text{kg}/(\text{m})^2$)
- Tidligere knætraume
- Ledskader
- Korsbåndsskader
- Meniskskader
- Fejlstillinger (for eksempel kalvekne)
- Reumatoid arthritis
- Systemiske sygdomme med sekundære ledsymptomer
- Tidligere infektion i knæledet
- Sekundære ledsymptomer til infektionssygdomme
- Alder
- Køn

11.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen

Det er kun slidgigt i knæledet, der er omfattet af dette punkt på fortegnelsen. Der skal desuden have været tale om påvirkninger, som opfylder kravene til anerkendelse.

Andre sygdomme eller påvirkninger uden for fortegnelsen vil i særlige tilfælde kunne anerkendes efter forelæggelse for Erhvervs sygdomsudvalget.

Eksempler på andre påvirkninger, der eventuelt vil kunne anerkendes efter forelæggelse for udvalget, er arbejde, hvor der er tale om løft af tunge byrder.

Også balletdansere og professionelle sportsudøvere, hvis arbejde medfører særlige belastninger af knæledene i form af hyppige nedspring og/eller mange vrid- og drejepåvirkninger i knæene, er eksempler på særligt knæbelastende former for arbejde, der kan være relevante at forelægge for udvalget.

Erhvervs sygdomsudvalgets praksis ved vurdering af sager uden for fortegnelsen vil løbende blive meldt ud på Arbejdsskadestyrelsens hjemmeside.

11.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

Eksempel 1: Anerkendelse af slidgigt i begge knæ efter knæliggende arbejde (murer i 30 år)

En 59-årig mand havde arbejdet som murer i mere end 30 år. I de første 15 år arbejdede han med opmuring, sokkelarbejde og pudsning af betonlag på gulve og badeværelser i nybyggeri samt fliseopsætning. Murerarbejdet og flisearbejdet havde været delvist knæliggende, mens pudsning af betonlag udelukkende var knæliggende arbejde. Han havde samlet set arbejdet i knæliggende stilling i 75 procent af dagen. Han fik tiltagende smerter i knæene og fik stillet diagnosen slidgigt i begge knæ af en speciallæge. Diagnosen blev bekræftet ved røntgenoptagelser.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Mureren har udført knæliggende arbejde som murer i en overvejende del af arbejdsdagen i en periode på over 30 år. Han fik stillet diagnosen slidgigt i begge knæ, og der er god tidsmæssig sammenhæng mellem sygdommen og arbejdet.

Eksempel 2: Anerkendelse af slidgigt i venstre knæ efter knæliggende og hugsiddende arbejde (svejser i 30 år)

En 54-årig mand havde arbejdet som svejser i 30 år. I de første 22 år foregik arbejdet overvejende hugsiddende eller kravlende under trange pladsforhold, fortrinsvis med belastning af venstre knæ. I de resterende år foregik arbejdet stående 2/3 af arbejdsdagen, mens 1/3 af arbejdsdagen foregik knæliggende. Han fik gener i venstre knæ, og diagnosen slidgigt i venstre knæ blev stillet af en speciallæge. Diagnosen blev bekræftet ved røntgenundersøgelse.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen, da der har været tale om knæliggende og hugsiddende arbejde som svejser i 30 år, heraf med relevant knæbelastende arbejde i mere end halvdelen af arbejdsdagen i 22 år.

Eksempel 3: Anerkendelse af slidgigt i begge knæ efter knæliggende og hugsiddende arbejde (maskinarbejder i 28 år)

En 53-årig mand havde arbejdet som maskinarbejder i 28 år, hvor han havde haft knæliggende og hugsiddende arbejde i 3 til 5 timer dagligt. Han fik efter 25 år gener fra begge knæ. En speciallæge konstaterede slidgigt i begge knæ.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Maskinarbejderen har fået konstateret slidgigt i begge knæ, efter at han har haft knæliggende og hugsiddende arbejde som maskinarbejder i 28 år. Det knæbelastende arbejde er udført i den overvejende del af arbejdsdagen, og der er god tidsmæssig sammenhæng mellem sygdommens opståen og arbejdet.

Eksempel 4: Anerkendelse af slidgigt i begge knæ efter knæliggende arbejde (rørsmed i 24 år)

En rørsmed havde i 24 år arbejdet på et skibsværft. Han havde svejset den ene halvdel af tiden og lagt rør den anden halvdel af arbejdstiden. Arbejdet foregik under trange pladsforhold og ofte i akavede stillinger. 90 procent af tiden foregik arbejdet knæliggende. Rørsmeden havde anvendt knæbeskyttere i hele ansættelsesperioden. Der var et forudbestående traume mod højre knæ, som ikke havde givet symptomer. Han fik smerter i begge knæ, og en speciallæge konstaterede slidgigt i begge knæ, mest udtalt i højre knæ.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Rørsmeden har fået konstateret slidgigt i begge knæ, efter 24 års knæliggende arbejde under trange pladsforhold i akavede stillinger i cirka 90 procent af arbejdstiden. Det forudbestående traume har ikke betydning for sagens vurdering.

Eksempel 5: Afvisning af slidgigt i venstre knæ efter knæliggende arbejde (skibsbygger i 25 år)

En 49-årig mand havde arbejdet som skibsbygger i 25 år, da han begyndte at få gener fra venstre knæ. Arbejdet som skibsbygger indebar svejsning i bunden af skibe i knæliggende stilling i 1/3 af arbejdstiden.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Skibsbyggeren har udført knæliggende arbejde i 1/3 af arbejdstiden i 25 år og har udviklet slidgigt i venstre knæ. Han opfylder således kravet om knæliggende arbejde i mindst 20-25 år. Sagen opfylder imidlertid ikke kravet om, at det knæliggende arbejde skal være udført i mindst halvdelen af arbejdstiden.

Eksempel 6: Afvisning af slidgigt i begge knæ efter knæliggende og hugsiddende arbejde (klejnsmed i 29 år)

En 63-årig mand havde været ansat som rør lægger og klejnsmed i 29 år. De første 8 år bestod arbejdet i reparationer under togvogne og i at udskifte sanitet og sæder i vognene. Cirka 2 timer af arbejdsdagen foregik i knæliggende stilling. De næste 21 år var han beskæftiget som varmemester, hvor han dagligt i cirka 2 timer var inde og kravle i 70 centimeter høje kanaler i forbindelse med reparationer. Det øvrige arbejde indebar ikke særlige knæbelastninger. Han udviklede derefter slidgigt i begge knæ.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Klejnsmeden har udviklet slidgigt i begge knæ efter at have udført knæliggende og hugsiddende arbejde i omkring ¼ af arbejdstiden i 29 år. Han opfylder derfor ikke betingelserne om, at der skal være udført knæliggende og/eller hugsiddende arbejde i mindst halvdelen af arbejdsdagen i 20-25 år.

Eksempel 7: Afvisning af slidgigt i venstre knæ efter knæliggende arbejde (isoleringsarbejder i 30 år)

En 49-årig mand havde arbejdet som isoleringsarbejder i 30 år. Arbejdet foregik fra gulv, stige og stillads. Der havde ikke været tale om løft af tunge byrder. Ifølge sagens oplysninger havde han udført knæliggende arbejde i 60 procent af arbejdstiden. Isoleringsarbejderen havde, efter et vridtraume i venstre knæ som 19-årig og senere tilbagevendende smerter, fået fjernet den ydre menisk på venstre knæ. Der var ved kikkertundersøgelse få år efter fundet begyndende slidgigtforandringer i venstre knæs ydre ledkammer. En speciallæge stillede allerede i forbindelse med den tidligere operation diagnosen slidgigtforandringer svarende til ydre ledkammer, hvor menisken var fjernet. Diagnosen blev bekræftet ved røntgenoptagelser af knæet.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelse. Det må anses for overvejende sandsynligt, at slidgigten i venstre knæs ydre ledkammer kan tilskrives fjernelsen af den ydre menisk, da der allerede få år efter traumet blev fundet slidgigtforandringer i ydre ledkammer på venstre knæ. Meniskskaden har ikke sammenhæng med arbejdet.

Eksempel 8: Afvisning af slidgigt i begge knæ efter knæliggende og hugsiddende arbejde (gulvtæppemontør i 15 år)

En 52-årig gulvlægger havde igennem 15 år arbejdet med montering og tilretning af gulvtæpper. Over halvdelen af arbejdsdagen foregik i knæliggende eller hugsiddende stilling. Som 50-årig begyndte han at få symptomer fra begge knæ. Han fik stillet diagnosen slidgigt i begge knæled. Han havde en højde på 1,80 m og havde igennem mange år været overvægtig med en vægt på omkring 130 kg ($BMI=130/(1,8)^2=40$).

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Tilskadekomne har kun udført knæliggende og hugsiddende arbejde i en periode på 15 år. Der har derfor ikke været tale om knæliggende og/eller hugsiddende arbejde i mindst 20-25 år. Der er endvidere tale om betydelig overvægt.

Yderligere informationer:

[Udredningsrapport om sammenhænge mellem slidgigt i hofte og knæ og forskellige belastninger på arbejdet](#)

Ankestyrelsens principielle afgørelser om slidgigt i knæ kan ses på www.ast.dk

12. Bursitis (betændelseslignende forandringer i slimsæk, D.2 og J.1)

- 12.1. Punkt på fortegnelsen
- 12.2. Krav til diagnosen
- 12.3. Krav til påvirkningen
- 12.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold
- 12.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen
- 12.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

12.1. Punkt på fortegnelsen

Følgende sygdom er optaget på fortegnelsen over erhvervssygdomme (gruppe D, punkt 2 – bursitis i knæ – og gruppe J, punkt 1 – bursitis andre steder end knæ):

Sygdom	Påvirkning
D.2. Betændelseslignende forandringer i en slimsæk i knæ (<i>bursitis</i>)	Vedvarende, udefra kommende tryk i dagevis eller i en længere periode
J.1. Betændelseslignende forandringer i en slimsæk, andre steder end knæ (<i>bursitis</i>)	

12.2. Krav til diagnosen

Der skal lægeligt være stillet diagnosen bursitis, det vil sige betændelseslignende forandringer i en slimsæk (ICD-10 M70.1 – M70.7).

Sygdommen kan opstå relativt akut, men kan udvikle sig til en kronisk tilstand. Begge tilstande er omfattet af punktet.

Bursitter som følge af infektion (bakterier) er kun omfattet, såfremt der er fundet tegn på en lokal infektion i knæet eller i en slimsæk et andet sted, der ikke er forårsaget af en generel infektion i kroppen. Lokal infektion, der fører til bursit, kan skyldes det knæliggende arbejde og deraf følgende forurening af knæet. Tilsvarende kan bursit andre steder end i knæ skyldes en lokal forurening, hvor bakterierne optages via huden i forbindelse med arbejdet.

Diagnosen stilles medicinsk på baggrund af en kombination af:

- Den tilskadekomnes subjektive klager (symptomer)
- En klinisk objektiv undersøgelse
- Parakliniske undersøgelser ("blodprøver", eventuelt suppleret med røntgen, MR-skanning, CT-skanning)

Symptomer

- Rødme
- Hævelse (øget væske i slimsækken)
- Smerter
- Varme
- Eventuelt nedsat bevægelighed på grund af smerter

Objektive tegn

- Hævelse af slimsækken
- Fortykkelse af slimsækkens kapsel
- Eventuelt smertebetinget nedsat bevægelighed i leddet
- I den mere akutte fase kan der være varme, hævelse, rødme og smerter ved gennemføling af slimsækken
- Hård hud over slimsækken

Inddeling

Normalt inddeles betændelseslignende forandringer i en slimsæk som følger:

Akut bursitis

Den kan være betinget af en infektion (eksempelvis med bakterier) eller en infektionslignende tilstand (uden bakterier), som følge af irritation (eksempelvis ved at knæskallen bliver trykket konstant mod gulvet, når man ligger på knæ).

Tilstanden er karakteriseret ved rødme, hævelse, smerter, varme og nedsat bevægelighed på grund af smerter.

Kronisk bursitis

Den kan være betinget af en tidligere infektion (eksempelvis med bakterier) eller en tidligere infektionslignende tilstand (uden bakterier), som følge af kronisk irritation (eksempelvis ved, at knæskallen bliver trykket konstant mod gulvet, når man ligger på knæ).

Tilstanden er karakteriseret ved fortykkelse af kapslen omkring slimsækken og øget væske i slimsækken. Ofte vil der være fortykket hud over slimsækken på grund af den vedvarende udefra kommende trykpåvirkning.

Betændelseslignende forandringer i en slimsæk, forårsaget af infektionstilstande med eller uden bakterier, uden forudgående arbejde, hvor der finder en vedvarende udefra kommende trykpåvirkning sted, er ikke omfattet af punktet.

12.3. Krav til påvirkningen

For at betændelseslignende forandringer i en slimsæk (bursitis) er omfattet af punktet gælder, at der skal have været tale om en påvirkning af en slimsæk (bursa) i form af vedvarende, udefra kommende tryk i dagevis eller i en længere periode.

Betændelseslignende forandringer i en slimsæk er relativt hyppigt forekommende i befolkningen uanset erhverv. I mange tilfælde er der dog ikke tale om en arbejdsbetinget sygdom, men for eksempel følger efter infektionstilstande. Arbejdsmæssige belastninger ved for eksempel

knæliggende arbejde, hvor der finder en vedvarende trykpåvirkning sted, medfører imidlertid en øget risiko for udvikling af sygdommen.

Belastningen skal være mekanisk og fysiologisk relevant for sygdommen. Dette betyder blandt andet, at det udførte arbejde skal have medført en relevant belastning af den pågældende bursa. Om arbejdet kan anses for relevant belastende, afhænger af en konkret vurdering af belastningerne, set i forhold til sygdomsudviklingen.

For at belastningen kan betegnes som relevant belastende for en slimsæk taler, at der er udført

- Arbejde, der medfører vedvarende udefra kommende tryk, for eksempel mod knæskallen
- Arbejde med relevant trykpåvirkning i dagevis eller i en længere periode

Det belastende arbejde skal være udført i mindst halvdelen af arbejdsdagen (3-4 timer).

Det er en forudsætning for anerkendelse, at der er en god tidsmæssig sammenhæng mellem sygdommen og det belastende arbejde.

Belastningen skal vurderes i forhold til personens størrelse og fysik, og der skal i øvrigt være god tidsmæssig sammenhæng mellem påvirkningen og sygdommens opståen.

Vi vil ved sagens behandling eventuelt indhente en arbejdsmedicinsk speciallægeerklæring. Speciallægen vil blandt andet blive bedt om at beskrive og vurdere de konkrete arbejdsforhold og de konkrete belastninger af den pågældende slimsæk. Speciallægen skal tillige foretage en individuel vurdering af belastningsforholdenes betydning for udvikling af sygdommen hos netop den undersøgte person. Speciallægen skal herunder give en beskrivelse af sygdomsdebut og sygdomsforløb og oplyse om eventuelle tidligere eller samtidige sygdomme eller symptomer og deres eventuelle betydning for de aktuelle gener.

12.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold

- Systemiske sygdomme
- Sekundær hævelse af slimsæk i forbindelse med generel infektion i kroppen

12.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen

Det er kun betændelseslignende forandringer i en slimsæk (bursitis), der er omfattet af punktet på fortegnelsen. Der skal desuden have været tale om påvirkninger, som opfylder kravene til anerkendelse.

Andre sygdomme eller påvirkninger uden for fortegnelsen vil i særlige tilfælde kunne anerkendes efter forelægning for Erhvervssygdomsudvalget.

Erhvervssygdomsudvalgets praksis ved vurdering af sager uden for fortegnelsen vil løbende blive meldt ud på Arbejdsskadestyrelsens hjemmeside.

12.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

12.6.1. Bursitter i knæ

Eksempel 1: Anerkendelse af bursitis i slimsækken foran højre knæskal (gulvlægning i 1½ uge)

En 37-årig gulvlægger arbejdede med at lægge gulv i en stor hal. Arbejdet tog omkring 1½ uge, og han lagde gulv i omkring ¾ af arbejdstiden. Den sidste dag fik han en akut irritation af slimsækken foran højre knæskal med hævelse, ømhed, rødme og smerter, og en speciallæge stillede diagnosen bursitis i slimsækken foran højre knæskal. Diagnosen blev bekræftet af en blodprøve.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Gulvlæggeren har fået konstateret betændelseslignende forandringer i slimsækken foran højre knæskal efter mange dages knæliggende arbejde, der har medført et vedvarende tryk mod højre knæskal i mere end halvdelen af arbejdstiden. Der er endvidere god tidsmæssig sammenhæng mellem arbejdet og sygdommen.

Eksempel 2: Anerkendelse af bursitis i slimsækken foran venstre knæskal (gulvrensning i 8 dage)

En 45-årig kvinde arbejdede som rengøringsassistent i en større industrirengøringsvirksomhed. Hun var i en periode på 8 dage beskæftiget i en stor privat virksomhed med intensiv hovedrensning af sarte trægulve, der medførte knæliggende boning og efterpolering af gulv- og trappearealer i godt 2/3 af arbejdsdagen. Den sidste dag fik hun smerter, ømhed og hævelse foran på venstre knæskal. Hun fik hos en speciallæge stillet diagnosen venstresidige, betændelseslignende forandringer i slimsækken foran knæskallen.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Rengøringsassistenten har udført knæliggende arbejde, der medførte vedvarende tryk mod venstre knæskal i en overvejende del af arbejdsdagen i 8 dage, ved boning og polering af trægulve og trapper. Hendes sygdom betændelseslignende forandringer i en slimsæk foran venstre knæskal (bursitis) er endvidere opstået i god tidsmæssig sammenhæng med det knæbelastende arbejde.

Eksempel 3: Anerkendelse af bursitis i slimsækken foran højre knæskal (stigearbejde i 12 dage)

En 52-årig maler udførte malerarbejde fra en stige i hovedparten af arbejdsdagen igennem 2 uger. Under arbejdet trykkede han højre knæskal mod et stigettrin. I slutningen af perioden fik han smerter og hævelse på forsiden af højre knæskal, og han fik hos sin læge stillet diagnosen højresidig bursitis. Diagnosen blev bekræftet af en blodprøve.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Maleren har udført stigearbejde i dagevis, der medførte en vedvarende, udefra kommende trykpåvirkning af højre knæskal i mere end halvdelen af arbejdsdagen. Han fik herefter bursitis i slimsækken foran knæskallen, og der er god sammenhæng mellem sygdommens opståen og arbejdet.

Eksempel 4: Afvisning af bursitis i slimsækken foran højre knæskal (gulvlægning i 8 måneder)

En 23-årig mand arbejdede som gulvlægger i en periode på godt 8 måneder. Arbejdet bestod i knæliggende arbejde i størsteparten af arbejdsdagen. I den sidste del af arbejdsperioden fik han tiltagende smerter, ømhed, hævelse og irritation foran på højre knæskal. Han fik derudover andre gener i form af utilpashed og let feber. En blodprøve viste en generel infektion i kroppen forårsaget af bakterier. En speciallæge stillede diagnosen bursitis i slimsækken foran højre knæskal som følge af en generel bakteriel infektionstilstand.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Gulvlæggeren har udført relevant knæbelastende arbejde med vedvarende tryk mod højre knæskal i en længere periode og i størsteparten af

arbejdsdagen. Hans sygdom, betændelseslignende forandringer i slimsækken foran højre knæskal, må imidlertid overvejende sandsynligt tilskrives den generelle bakterielle infektionstilstand i kroppen, der er uden sammenhæng med arbejdet.

Eksempel 5: Afvisning af bursitis i slimsækken foran højre knæskal (elinstallatørarbejde i 19 år)

En 43-årig mand arbejdede som elinstallatør i en mindre virksomhed i en længere årrække. Hans arbejde bestod typisk i mindre former for elreparationer i private hjem, og der var maksimalt tale om knæliggende arbejde i 1 time dagligt. Efter godt 19 års arbejde udviklede han en akut smertetilstand foran i højre knæ med rødme og hævelse. En speciallæge stillede diagnosen højresidige, betændelseslignende forandringer i slimsækken foran knæskallen. En blodprøve bekræftede diagnosen.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Elinstallatøren har fået påvist betændelseslignende forandringer i slimsækken foran højre knæskal efter mange års arbejde som elreparatør. Hans arbejde har imidlertid kun 1 time dagligt bestået i arbejde, der medførte et vedvarende tryk mod knæskallen. Han opfylder derfor ikke kravet om, at der skal være udført arbejde, der medfører et vedvarende, udefra kommende tryk mod en slimsæk i mindst halvdelen af arbejdsdagen.

12.6.2. Bursitter andre steder end knæ

Eksempel 6: Anerkendelse af bursitis i albuen (rengøring af glas på laboratorium i 6 år)

En 54-årig kvinde udviklede betændelseslignende forandringer i en slimsæk i højre albue (bursitis) med rødme, hævelse og smerter. Sygdommen opstod i forbindelse med, at hun arbejdede som rengøringsassistent på et laboratorium i flere år, hvor hun i 4 ud af arbejdsdagens 7 timer rengjorde prøveglas. Dette foregik ved et 95 centimeter højt bord med nedsænket vask og forhøjet kant. Da vasken var 22 centimeter dyb, kunne hun ikke komme ind med benene under bordet, hvorfor hun måtte læne sig ind over bordet med højre albue støttende mod kanten af bordet. Hun startede med at gnubbe glassene rene for tusch, hvorefter hun skyllede dem med begge hænder. For at rengøre glassene indvendigt holdt hun glasset i venstre hånd, mens hun med højre hånd førte en vatpind ind i glasset. Hun vaskede cirka 400 glas om dagen, og da der var 4 arbejdsgange per glas, håndterede hun omregnet 1600 glas per dag.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Rengøringsassistenten har i 4 timer dagligt og i flere år haft en funktion med rengøring af prøveglas, hvor hun måtte støtte højre albue på kanten af en vask med direkte tryk på en slimsæk i albuen til følge. Der er god årsagsmæssig og tidsmæssig sammenhæng mellem arbejdet og sygdommen.

Eksempel 7: Anerkendelse af bursitis i hælben (anvendelse af stive sikkerhedsstøvler i 2 måneder)

En specialarbejder på en betonfremstillingsfabrik fik efter brug af nye, stive sikkerhedsstøvler i 2 måneder smerter, ømhed og hævelse svarende til højre fods hælben. Sikkerhedsstøvlerne strammede meget, ligesom de var meget stive omkring hælbenet med tryk på dette til følge. En arbejdsmedicinsk speciallæge stillede diagnosen betændelseslignende forandringer i en slimsæk i hælbenet. Efter at specialarbejderen ophørte med at anvende de nye sikkerhedsstøvler, fortog generne sig.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Specialarbejderen har fået bursitis svarende til højre hælben efter brug af nye, stive sikkerhedsstøvler i et par måneder, der har bevirket et vedvarende tryk mod hælbenet.

13. Menisksygdom i knæleddet (D.3)

- 13.1. Punkt på fortegnelsen
- 13.2. Krav til diagnosen
- 13.3. Krav til påvirkningen
- 13.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold
- 13.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen
- 13.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

13.1. Punkt på fortegnelsen

Følgende knæsygdom er optaget på fortegnelsen over erhvervssygdomme (gruppe D, punkt 3):

Sygdom	Påvirkning
D.3. Menisksygdom i knæleddet (<i>laesio meniscus genus</i>)	Arbejde i hugsiddende stilling under trange pladsforhold i dagevis eller i en længere periode

13.2. Krav til diagnosen

Der skal lægeligt være stillet diagnosen menisksygdom i knæleddet (ICD-10 M23.2 eller S83.2).

Sygdommen kan opstå relativt akut, men kan udvikle sig til en kronisk tilstand.

Diagnosen stilles medicinsk på baggrund af en kombination af:

- Den tilskadekomnes subjektive klager (symptomer)
- En klinisk objektiv undersøgelse
- Eventuelt en supplerende kikkertundersøgelse og/eller MR-skanning

Diagnosen menisksygdom i knæleddet stilles som udgangspunkt ved en klinisk objektiv undersøgelse. Diagnosens sikkerhed kan eventuelt optimeres med en supplerende kikkertundersøgelse og/eller MR-skanning.

Symptomer

- Smerter i knæleddet (på inder- eller ydersiden, afhængigt af, om det er den indvendige eller udvendige menisk, der er skadet)
- Hævelse af knæleddet
- Aflåsningstilfælde
- Manglende strækkeevne i knæleddet

Objektive tegn

- Hævelse af knæleddet med ansamling under knæskallen
- Nedsat bevægelighed i knæleddet (strækkemangel)
- Svind af lårmusklen (quadriceps)
- Ømhed af ledlinjen

- Der findes mange ”menisktests”, men sikkerheden ved disse er meget begrænset

Den kliniske undersøgelses resultater kan eventuelt optimeres med en supplerende kikkertundersøgelse og/eller MR-skanning. Vi kan dog ikke selv anmode om disse undersøgelser.

13.3. Krav til påvirkningen

For at menisksygdom i knæleddet er omfattet af punktet, gælder, at der skal have været tale om påvirkning i form af arbejde i hugsiddende stilling under trange pladsforhold i dagevis eller i en længere periode.

Menisksygdomme/læsioner i knæleddet er hyppigt forekommende i befolkningen uanset erhverv. I mange tilfælde er der dog ikke tale om en arbejdsbetinget sygdom. Arbejdsmæssige belastninger, som beskrevet ovenfor, medfører imidlertid en vis øget risiko for udvikling af sygdommen.

Belastningen skal være mekanisk og fysiologisk relevant for sygdommen. Dette betyder blandt andet, at det udførte arbejde skal have medført en relevant belastning af knæleddet. Om arbejdet kan anses for relevant belastende, afhænger af en konkret vurdering af belastningerne af knæleddet set i forhold til sygdomsudviklingen.

For at belastningen kan betegnes som relevant belastende for knæleddet taler, at der har været tale om arbejde

- I dagevis eller i en længere periode
- Med bøjet knæ i den overvejende del af arbejdstiden
- Under trange pladsforhold, der ikke giver mulighed for at rette knæleddet ud
- Med drejning i knæleddet, samtidig med, at knæet har været bøjet

Det belastende arbejde skal være udført i mindst halvdelen af arbejdsdagen (3-4 timer).

Det er en forudsætning for anerkendelse, at der er en god tidsmæssig sammenhæng mellem sygdommen og det knæledsbelastende arbejde.

Belastningen skal vurderes i forhold til personens størrelse og fysik, og der skal i øvrigt være god tidsmæssig sammenhæng mellem påvirkningen og sygdommens opståen.

Vi vil ved sagens behandling eventuelt indhente en arbejdsmedicinsk speciallægeerklæring. Speciallægen vil blandt andet blive bedt om at beskrive og vurdere de konkrete arbejdsforhold og de konkrete belastninger af knæleddet. Speciallægen skal tillige foretage en individuel vurdering af belastningsforholdenes betydning for udvikling af sygdommen hos netop den undersøgte person. Speciallægen skal herunder give en beskrivelse af sygdomsdebut og sygdomsforløb og oplyse om eventuelle tidligere eller samtidige knæsygdomme eller knægener og deres eventuelle betydning for de aktuelle gener.

En kikkertundersøgelse og/eller MR-skanning kan indgå i vurderingen som supplement til den kliniske undersøgelse, hvis en sådan undersøgelse foreligger.

13.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold

- Tidligere knætraumer
- Tidligere ledsår
- Tidligere korsbåndssår
- Tidligere traumatisk meniskskår
- Fritids- og sportssår på knæledet
- (Alder)

13.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen

Det er kun menisksygdom i knæledet, der er omfattet af dette punkt på fortegnelsen. Der skal desuden have været tale om påvirkninger, som opfylder kravene til anerkendelse.

Andre sygdomme eller påvirkninger uden for fortegnelsen vil i særlige tilfælde kunne anerkendes efter forelæggelse for Erhvervssygdomsudvalget.

Et eksempel på en påvirkning, der eventuelt vil kunne anerkendes som årsag til en menisksygdom i knæledet efter forelæggelse for udvalget, er arbejde som tømrer med megen stigeang, der indebærer hyppige drejninger i knæledene.

Erhvervssygdomsudvalgets praksis ved vurdering af sager uden for fortegnelsen vil løbende blive meldt ud på Arbejdsskadestyrelsens hjemmeside.

13.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

Eksempel 1: Anerkendelse af menisksygdom i venstre knæled (skibssvejer i 2 uger)

En 41-årig mand arbejdede som svejer på et skibsværft. Arbejdet bestod i langt den overvejende del af arbejdstiden i at reparere bundtanke på et containerskib. Tankene var 140 centimeter høje, hvilket betød, at han i en meget stor del af arbejdstiden måtte arbejde i en akavet hugsiddende arbejdsstilling med bøjede knæ og drejede knæled. Han arbejdede blandt andet med svejsning og med at banke pladerne til med en hammer. Efter 2 ugers arbejde i bundtanken fik han symptomer fra menisken i venstre knæ med aflåsninger i knæledet, hævelse, ømhed og smerter. En speciallæge stillede diagnosen menisklæsion i venstre knæ, og diagnosen blev bekræftet af en MR-skanning.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Skibssvejseren har fået konstateret en menisklæsion i venstre knæ, efter at han har udført knæbelastende arbejde som skibssvejer i 2 uger. Arbejdet har i langt mere end halvdelen af arbejdstiden været karakteriseret ved akavede hugsiddende arbejdsstillinger, hvor han samtidig, i særlig grad ved arbejdet med hammeren, måtte bøje og dreje i knæene. Der er tillige en god tidsmæssig sammenhæng mellem belastningen på arbejdet og sygdommens opståen.

Eksempel 2: Anerkendelse af menisksygdom i højre knæ efter arbejde (rørlægger i 6 dage)

En 27-årig mand arbejdede som rørlægger med rørudskiftning i en større institution i 6 dage. Arbejdet bestod i den pågældende periode, i omkring 4-5 timer dagligt, i at nedtage gamle rør og isætte nye i institutionens kældersystem. Der var tale om en form for krybekælder, hvor arbejds højden var omkring 120 centimeter. Arbejdet måtte derfor foregå i en akavet hugsiddende

stilling. Ved manøvrerne med at tage de gamle rør ned og sætte nye op foretog han hyppige bøjninger i knæene med samtidige drejninger i knæleddene i en foroverbøjet arbejdsstilling. Efter 6 dages arbejde fik han smerter, ømhed og hævelse i højre knæ, og en speciallæge stillede diagnosen højresidig menisklæsion på baggrund af en kikkertundersøgelse. Han havde ikke tidligere haft gener i højre knæ.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Rørlæggeren har udført knæbelastende arbejde som rørlægger i dagevis, hvor hans arbejde i mere end halvdelen af arbejdstiden har været præget af hugsiddende akavede arbejdsstillinger, der medførte hyppige drejninger og bøjninger i knæene. Han har fået stillet diagnosen menisklæsion i højre knæ, og der er god sammenhæng mellem sygdommens opståen og det knæledsbelastende arbejde.

Eksempel 3: Afvisning af menisksygdom i begge knæled (VVS-installatør i 2 år)

En 31-årig mand arbejdede som VVS-installatør i en mindre virksomhed i godt 2 år. Hans arbejde bestod overvejende i forskellige former for udskiftning af rør og sanitet i private hjem, herunder særligt rørarbejde og udskiftning af sanitet i køkkener og badeværelser. Arbejdet indebar en del knæliggende samt hugsiddende arbejde, men der var typisk tale om relativt gode pladsforhold, hvor han havde mulighed for at rette knæene ud og skifte arbejdsstillinger under arbejdets udførelse. Efter godt 2 års arbejde fik han smerter og ømhed samt aflåsninger, først i højre knæ og kort tid efter også i venstre knæ. Han fik ved en speciallæge og ved en yderligere MR-skanning på et sygehus konstateret mindre meniskbeskadigelser i begge knæs indvendige menisk. Der var derudover tegn på chondromalacia (blød brusk) i begge knæ samt begyndende slidgigt i højre knæ.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. VVS-installatøren har efter arbejde i godt 2 år fået konstateret en menisklæsion i begge knæ. Arbejdet har imidlertid ikke været karakteriseret ved hugsiddende arbejde under trange pladsforhold, hvor han har været nødt til at bøje i knæene med samtidige drejninger i knæleddene, i mindst halvdelen af arbejdstiden. Der er derfor ikke tale om knæbelastende arbejde i et omfang, der er omfattet af fortegnelsen. Der er endvidere fundet konkurrerende knæsygdomme, der må anses for at være af væsentlig betydning for den samlede knætilstand.

Eksempel 4: Afvisning af menisksygdom i højre knæ (skibsmaler i 5 år)

En 42-årig mand arbejdede som maler på et skibsværft i en periode på godt 5 år. Hans arbejde bestod i lidt over halvdelen af arbejdstiden i at sprøjtemale i skibenes bundtanke og på andre svært tilgængelige skibsarealer. Pladsforholdene var typisk meget trange og arbejdshøjden lille. Arbejdet foregik i denne del af arbejdstiden normalt i hugsiddende stilling, hvor knæene var bøjede og knæleddene drejede. Han havde imidlertid ingen knægener i denne ansættelse. Efter godt 5 års arbejde skiftede han arbejde til ansat i et almindeligt malerfirma, hvor langt den overvejende del af arbejdet foregik i stående stilling og under gode pladsforhold. Han fik efter godt 2 års ansættelse i det nye job pludseligt indsættende smerter, ømhed og hævelse i højre knæ, og en speciallæge stillede diagnosen højresidig meniskskade. En MR-skanning viste en middelsvær menisklæsion i knæet.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Skibsmaleren har haft relevant knæbelastende arbejde med hugsiddende arbejde under trange pladsforhold i sin ansættelse som skibsmaler i 5 år. Han har imidlertid først fået symptomer på en højresidig menisksygdom 2 år efter, at han skiftede til et ikke-knæbelastende arbejde som almindelig maler. Der er derfor ikke god tidsmæssig sammenhæng mellem sygdommen og det tidligere, knæledsbelastende arbejde.

Yderligere informationer:

Ankestyrelsens principielle afgørelser om menisksygdom kan ses på www.ast.dk

14. Springerknæ (D.4)

- 14.1. Punkt på fortegnelsen
- 14.2. Krav til diagnosen
- 14.3. Forudbestående og konkurrerende sygdomme
- 14.4. Krav til påvirkningen
- 14.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen
- 14.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

14.1. Punkt på fortegnelsen

Følgende knæsygdom er optaget på fortegnelsen over erhvervssygdomme (gruppe D, punkt 4):

Sygdom	Påvirkning
Springerknæ (<i>jumper's knee, tendinitis/tendinosis patellaris</i>)	Spring/løb med hyppige igangsætninger og opbremsninger (acceleration/deceleration) under bøjning og strækning af knæet

14.2. Krav til diagnosen

Hovedbetingelser

Der skal lægeligt være stillet diagnosen ”springerknæ” (*jumper's knee, tendinitis/tendinosis patellaris*) ICD-10 M76.5.

For at diagnosen springerknæ kan stilles, skal følgende krav være opfyldt:

- Relevante subjektive klager og
- Kliniske objektive forandringer
- Eventuelt en ultralydsskanning eller MR-skanning

Både enkeltsidige og dobbeltsidige tilfælde af springerknæ kan anerkendes.

Om sygdommen

Belastninger af knæskalssenen (ligamentum patellae) i form af spring/løb med hyppige igangsætninger og opbremsninger (acceleration/deceleration) under bøjning og strækning af knæet medfører mikroskopiske småbristninger ved knæskalssenefæstet på nedre kant af knæskallen. De første symptomer er ømhed, der i starten svinder ved opvarmning. Da belastningen ofte fortsætter på trods af ømheden, opstår der efterhånden en forandring i senen (tendinitis). Ved sværere og mere kroniske forandringer kaldes tilstanden for tendinosis.

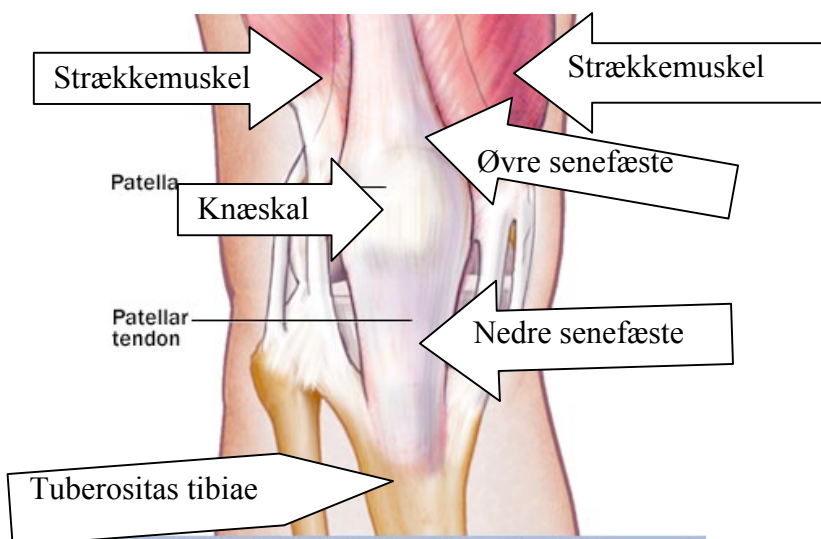
I nogle tilfælde opstår symptomerne på senefæstet fra den forreste af lårets strækkemuskler (musculus quadriceps femoris) på øvre kant af knæskallen.

Både tendinitis/tendinosis ved senefæstet på nedre og øvre del af knæskallen samt svarende til senens tilhæftning på underbenet (tuberositas tibiae) er omfattet af fortegnelsen.

Den store forreste lårmuskel består af 4 muskler. Musklerne fæster alle på øverste kant af knæskallen. Knæskalssenen forbinder den nedre kant af knæskallen med øverste og forreste del af skinnebenet (tuberositas tibiae). Funktionen af knæskalssenen er derfor at overføre den kraft, den store forreste lårmuskel præsterer, når knæet strækkes og bøjes.

Knæskalssenen, der forbinder den nederste del af knæskallen med skinnebenet, belastes meget hårdt, når den skal overføre den kraft, der ved et spring udløses af den kraftige lårmuskulatur til underbenet. Denne ofte gentagne belastning kan medføre brist i senefæstet på den nederste kant af knæskallen.

Figur 1 - knæet set forfra



Symptomer

- Ømhed
- Smerter
- Forværring af smerter ved knæbøjning/strækning med belastning
- Hævelse
- Varme

Objektive tegn

- Eventuelt smertebetinget nedsat bevægelighed i knæet
- Ømhed ved senetilhæftningen (senefæstet) over eller under knæskallen

Parakliniske undersøgelser og fund

Diagnosen stilles sædvanligvis ved almindelig lægeundersøgelse. Ultralydsskanning eller MR-skanning vil kunne påvise fortykkelse af senen, småknuder, arvævsdannelse, delvise bristninger og forkalkninger i senen.

14.3. Forudbestående og konkurrerende faktorer

Arbejdsskadenstyrelsen vil konkret vurdere, om eventuelle oplyste konkurrerende faktorer har en karakter og et omfang, der kan begrunde, at sygdommen helt afvises, eller om der er grundlag for at foretage fradrag ved erstatningsudmålingen, hvis sagen anerkendes.

Eksempler på mulige konkurrerende faktorer er:

- Menisklæsion
- Bristning af forreste korsbånd
- Bristning af bageste korsbånd
- Bruskbeskadigelse (osteokondrale læsioner)
- Knoglehindeafrivninger (periosteal avulsion)
- Senebetændelse
- Væskeansamling i leddet (traumatisk arthritis/synovitis)
- Slimsækbetændelse (bursitis)
- Betændt slimhindefold (plicasyovialis)
- Bristning af knæskalssenen
- Slidgigt (arthrosis)
- Blødhed af brusken på bagsiden af knæskallen (chondromalacia patellae)

14.4. Krav til påvirkningen

Hovedbetingelser

For at springerknæ kan anerkendes efter fortegnelsen, skal der have været tale om følgende belastning:

- Spring/løb med hyppige igangsætninger og opbremsninger (acceleration/deceleration) under bøjning og strækning af knæet

Sygdommen forårsages af et højt tryk på knæskallen ved spring/løb, hvor der er fortsatte de- og accelerationer med samtidig bøjning og strækning af knæet.

Springerknæ optræder hyppigst i sportsgrene, hvor man hopper og springer meget, som for eksempel volleyball og basketball, der er karakteriseret ved spring og landing, hvor der opstår et højt tryk på knæskallen gennem de- og acceleration under bøjning og strækning af knæet, der kan belaste den over- eller underliggende sene.

Dette er et belastningsmønster, der også ses hos visse andre former for professionelle idrætsudøvere som fodboldspillere, håndboldspillere, badmintonspillere, tennisspillere, løbere og lignende, fordi løbebevægelsen er et afsæt og en landing, et lille spring, der laves mange gange under aktiviteten.

Intensiv vægttræning

Intensiv vægttræning igennem længere tid kan bidrage til sygdommens opståen, idet vægttræningen kan indebære, at trykket på knæskallen øges væsentligt ved fortsatte bøjninger og strækninger af knæskallen med samtidig stor vægtbelastning.

Denne form for belastning kan øge risikoen for at udvikle springerknæ og kan give grundlag for at nedsætte kravet til belastningens varighed per uge og den samlede varighed i henhold til afsnittet nedenfor.

Vægttræning alene uden en belastning med spring/løb kan dog ikke i sig selv føre til anerkendelse af springerknæ efter fortegnelsen.

Hårdt underlag

Ved spring og løb på hårdt underlag (indendørs baner eller udendørs baner med hårdt underlag og lignende) øges trykket på knæskallen og dermed også belastningen af knæets sene (patella tendon) relativt i forhold til spring/løb på blødt underlag (græs, grus og lignende).

Denne form for belastning kan øge risikoen for at udvikle springerknæ og kan give grundlag for at nedsætte kravet til belastningens varighed per uge og den samlede varighed i forhold til spring/løb på blødt underlag i henhold til afsnittet nedenfor.

Den tidsmæssige udstrækning af arbejdet

Belastningen i form af spring/løb med hyppige igangsætninger og opbremsninger (acceleration/deceleration) under samtidig bøjning og strækning af knæet skal som udgangspunkt have været i mindst 12 timer per uge og i længere tid (månedsvist).

Kravet til den ugentlige belastning i mindst 12 timer henholdsvis den samlede varighed i månedsvist med spring/løb kan dog nedsættes, hvis belastningen har fundet sted i kombination med mindst 5 timers intensiv vægttræning per uge og/eller spring/løb på hårdt underlag.

Hvis der har været en stor ugentlig belastning på 20 timer eller derover, kan kravet til den tidsmæssige udstrækning også nedsættes.

Kravet til den ugentlige belastning i form af spring/løb kan ikke nedsættes til under 8 timer/uge.

Kravet til den samlede varighed af belastningen kan ikke nedsættes til under 1 måned.

Den tidsmæssige sammenhæng

Det er en forudsætning for anerkendelse, at der er en relevant tidsmæssig sammenhæng mellem udviklingen af springerknæ og det knæbelastende arbejde med fortsat spring/løb.

Den relevante tidsmæssige sammenhæng vil normalt være, at de første symptomer på sygdommen viser sig nogen tid efter, at det belastende arbejde er begyndt (ugevis/månedsvist afhængigt af belastningens styrke og karakter).

Hvis symptomerne ikke opstår i nær tilknytning til en relevant belastning (straks eller inden for få dage efter påvirkningen), vil dette tale for, at der er andre årsager til sygdommen.

Der må desuden ikke være konstateret springerknæ forud for, at en relevant belastning på arbejdet fandt sted.

14.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen

Det er kun springerknæ, der er omfattet af fortegnelsens gruppe D, punkt 4. Der skal desuden have været tale om påvirkninger, der opfylder kravene til anerkendelse.

Springerknæ, der ikke er omfattet af fortegnelsen, vil i særlige tilfælde eventuelt kunne anerkendes efter forelæggelse for Erhvervssygdomsudvalget.

Det kan for eksempel være springerknæ, der er opstået efter:

- Mange timers hård vægttræning om ugen, hvor personen ikke eller kun i begrænset omfang har været udsat for belastninger ved spring/løb
- Ekstraordinært stor ugentlig belastning igennem under 1 måned (ugevis)

Erhvervssygdomsudvalgets praksis ved vurdering af sager uden for fortegnelsen vil løbende blive meldt ud på Arbejdsskadestyrelsens hjemmeside.

14.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

Eksempel 1: Anerkendelse af højresidigt springerknæ (professionel fodboldspiller i 8 år)

En 32-årig mandlig professionel fodboldspiller fik hos en speciallæge konstateret højresidigt springerknæ (tendinitis patellaris), svarende til senefæstet under knæskallen. Sygdommen blev konstateret ved en klinisk undersøgelse og en MR-skanning, og der var ikke anført andre konkurrerende sygdomme. Han havde i de sidste 8 år været professionel i en af Danmarks store klubber, hvor han i flere år havde trænet mindst en gang om dagen. I perioder, blandt andet op til sæsonstart, var træningen mere intensiv, hvor der både var morgentræning, aften træning og kampe. Træningen var varieret og bestod af almindeligt fodboldspil, intervaltræning, løbetræning og styrketræning med stor vægtbelastning. Fodboldspilleren trænede både indendørs på parketgulve og udendørs på græs og kunststofgræs. Fælles for al træning var, at både tempoet og intensiteten var høj. Ud over træning spillede han også kampe. Han var fast mand på holdet og startede derfor inde i størstedelen af kampene, hvilket betød, at han i løbet af en sæson spillede kamp cirka 1 gang om ugen. Hans samlede belastning ved spring og løb om ugen blev opgjort til cirka 20-25 timer. Dertil kom cirka 5 timers intensiv vægttræning.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Fodboldspilleren har igennem flere år haft mere end 12 timers fodboldspil og træning per uge i gennemsnit og har fået stillet diagnosen højresidigt springerknæ (tendinitis patellaris dxt.). Både træning og kampe har været kendetegnet af spring/løb med mange igangsætninger og opbremsninger (acceleration/deceleration) under bøjning og strækning af knæet med kontinuerlig belastning af knæskalsenen. Han har også trænet med vægt, hvilket har bidraget til belastningen. Der er også god tidsmæssig sammenhæng mellem belastningen og sygdommens debut.

Eksempel 2: Anerkendelse af venstresidigt springerknæ (professionel håndboldspiller i 3 år)

En 27-årig kvinde var kontraktansat ved en af de førende danske håndboldklubber i 3 år og spillede professionel håndbold på højeste niveau. Igennem det sidste år udviklede hun gradvist gener fra venstre knæ lige over knæskallen med smerter og ømhed samt stivhed. Hendes gener var særligt udtalte, når hun stod på venstre ben, ved skud og ved løb. Hun havde aldrig tidligere haft symptomer fra venstre knæ, og der er intet kendt traume mod venstre knæ. En speciallæge stillede ved en klinisk undersøgelse diagnosen venstresidigt springerknæ (patellaris tendinitis), svarende til senefæstet på den øvre del af knæskallen, som blev bekræftet ved en ultralydsundersøgelse. Igennem de 3 år som professionel trænede hun i gennemsnit 4-5 gange om ugen og fra 3 til 5 timer ad gangen. Træningen skiftede mellem håndboldtræning og forskellige håndboldøvelser, udholdenhedstræning via

løbetræning og forskellige styrke- og vægttræningsøvelser. Dertil kom kampe cirka 1 gang om ugen, der, som det meste af træningen på nær løbetræningen, alle foregik indendørs på hårdt underlag i en hal. Både træning og kampe var kendetegnet ved hurtige temposkift og mange hurtige igangsætninger og opbremsninger samt op- og nedspring, der medførte belastninger af venstre knæskalsene.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Håndboldspilleren har igennem 3 år haft mere end 12 timers håndboldspil og træning per uge i gennemsnit og fik efter 3 år stillet diagnosen venstresidigt springerknæ, svarende til senefæstet på den øvre del af knæskallen. Både træning og kampe har været kendetegnet af et højt tryk på knæskallen i forbindelse med spring/løb med hyppige igangsætninger og opbremsninger (acceleration/deceleration) under bøjning og strækning af knæet. Derudover har langt størstedelen af belastningen fundet sted indendørs på hårdt underlag. Der er også god tidsmæssig sammenhæng mellem belastningen og sygdommens debut.

Eksempel 3: Anerkendelse af højresidigt springerknæ (professionel badmintonspiller i 4 år)

En 28-årig kvinde havde spillet som professionel badmintonspiller i en stor dansk klub i 4 år, da hun udviklede et højresidigt springerknæ med smerter, ømhed, hævelse og lettere nedsat bevægelighed i knæet. Hun fik af en speciallæge stillet diagnosen højresidigt springerknæ (tendinitis patellaris), svarende til senefæstet på den nedre del af knæskallen, og tilstanden blev også påvist ved en MR-skanning. Hendes karriere som professionel badmintonspiller havde medført hård træning flere dage om ugen og kampe stort set hver weekend, hvor hun sprang/løb med fortsatte igangsætninger/opbremsninger under bøjning og strækning af knæet. Den ugentlige belastning var på 25-30 timer.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Badmintonspilleren har haft en relevant påvirkning for udvikling af springerknæ i form af spring/løb 25-30 timer om ugen i flere år med hyppige igangsætninger og opbremsninger under bøjning og strækning af knæet.

Eksempel 4: Afvisning af venstresidigt springerknæ (professionel fodboldspiller på deltid)

En 25-årig mand fik ved en klinisk undersøgelse stillet diagnosen venstresidigt springerknæ (tendinitis patellaris), svarende til senefæstet på den nedre del af knæskallen. Han var deltidsansat i en bank og arbejdede 25 timer ugen som bankrådgiver. Derudover var han de sidste 2 år ansat på deltidskontrakt i en fodboldklub i Jyllands-serien. Han trænede her cirka 4 gange om ugen i cirka 2 timer. I sæsonen, som varede cirka 8 måneder, blev der dog kun trænet 3 gange om ugen. Han var udskiftningsspiller og spillede cirka 10 kampe i løbet af en sæson. Træningen bestod for det meste af fodboldspil og øvelser på en græsbane. Den ene af de 3-4 ugentlige træninger bestod af intensiv vægttræning og styrketræning.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Selvom der er stillet diagnosen venstresidigt springerknæ, har belastningen som semiprofessionel fodboldspiller ikke været tilstrækkelig. Fodboldspilleren har i gennemsnit trænet og spillet kampe 8 timer om ugen, inklusive 2 timers vægttræning. Han lever derfor ikke op til kravet om en påvirkning i form af spring/løb med hurtig og hyppig igangsætning og opbremsning under samtidig bøjning og strækning af knæet i mindst 12 timer om ugen, eventuelt i kombination med intensiv vægttræning mindst 5 timer om ugen eller spil på hårdt underlag, der kunne give grundlag for at nedsætte kravet til den samlede ugentlige belastning til 8 timer. Hans arbejde som bankrådgiver har heller ikke medført relevante belastninger af venstre knæ. Der er heller ikke grundlag for at forelægge sagen for Erhvervs sygdomsudvalget, da fodboldspilleren ikke har haft ekstraordinære knæbelastninger, der udgør en særlig risiko for at udvikle venstresidigt springerknæ.

Eksempel 5: Afvisning af højresidigt springerknæ (professionel fodboldspiller i ½ år)

25-årig kvindelig fodboldspiller fik hos en speciallæge stillet diagnosen højresidigt springerknæ med svære og kroniske forandringer (tendinitis patellaris), svarende til senefæstet på den nedre del af knæskallen. Hun havde da været professionel fodboldspiller igennem ½ år og trænet flere timer dagligt, herunder cirka 4 timers vægttræning om ugen. Derudover havde hun i løbet af det halve år som ansat spillet 20 hele fodboldkampe. Hendes samlede ugentlige belastning var på cirka 25 timer. Både kampe og træning var præget af spring/løb med hyppige igangsætninger og opbremsninger under bøjning og strækning af knæet, hvor der var tryk mod knæskallen. Det fremgik, at hun et år tidligere havde haft springerknæ samme sted, der opstod i forbindelse med fodboldspil privat som almindeligt medlem af en fodboldklub. Efter denne skade havde hun modtaget behandling med gigtmicin (NSAID), og tilstanden var gået i ro i et par måneder op til hendes ansættelse som professionel fodboldspiller. Der havde dog fortsat været en tendens til smerter i knæet efter store træningsbelastninger.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Selvom belastningen som professionel fodboldspiller i et halvt år har været tilstrækkelig til at udvikle springerknæ, har fodboldspilleren tidligere og uden sammenhæng med arbejdet haft springerknæ, hvilket disponerer væsentligt for at udvikle sygdommen på ny på grund af kroniske forandringer i senefæstet. Det nye tilfælde samme sted er derfor ikke omfattet af fortegnelsen. Der er heller ikke grundlag for at forelægge sagen for Erhvervs sygdomsudvalget, da der ikke var mulighed for anerkendelse af sygdommen, idet det aktuelle ikke udelukkende eller i overvejende grad er forårsaget af arbejdet som fodboldspiller.

Yderligere information:

[Udredningsrapport om springerknæ](#)

Udredningsrapporten kan også findes på www.ask.dk under Arbejdsskadestyrelsen, forskning og projekter.

15. Pleurale plaques (E.3.3)

- 15.1. Punkt på fortegnelsen
- 15.2. Krav til diagnosen
- 15.3. Krav til påvirkningen
- 15.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold
- 15.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen
- 15.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

15.1. Punkt på fortegnelsen

Følgende lungesygdom og påvirkning er optaget på fortegnelsen over erhvervssygdomme (gruppe E, punkt 3.3):

Sygdom	Påvirkning
E.3.3. Pleurale plaques uden lungeasbestose	Asbest

15.2. Krav til diagnosen

Der skal lægeligt være stillet diagnosen pleurale plaques uden lungeasbestose (J.92.9).

Pleurale plaques må ikke forveksles med sygdommene lungeasbestose eller udbredt bindevævsdannelse i lungehinden (fibrosis pleurae) med påvirket lungefunktion, der også er optaget på fortegnelsen i gruppen af asbestsygdomme (gruppe E, punkt 3a og 3b).

Pleurale plaques (lungehindepletter) er fortykkelser i lungehinden, som forårsages af asbest. De findes ikke i det egentlige lungevæv, men dannes på lungehinden på indersiden af brystkassen.

Pleurale plaques har form af hvide, brusklignende belægninger. De kan dannes efter en forholdsvis lille udsættelse for asbest, men det varer ofte 15-25 år, inden de bliver synlige på røntgenbilleder af lungerne.

Typiske pleurale plaques er som regel (hvis ikke altid) dobbeltsidige, men ofte asymmetriske, hvad angår størrelse eller placering. De er ofte, men ikke nødvendigvis, forkalkede.

Biologisk mekanisme

Tynde asbestfibre med en diameter på mindre end 3 mikrometer (my) kan nå alveolerne helt perifert i lungerne og penetrere til lungehinden. Organismens rengøringsceller (makrofagerne) forsøger at optage og fjerne disse fibre. Dette medfører frigivelse af enzymer og bindevævsdannende stoffer, der vurderes at være årsagen til dannelsen af pleurale plaques gennem en langsomt fremadskridende proces, som bliver synlige på røntgenbilleder efter 10-15 år og forkalker efter 20-25 år.

Symptomer

Som regel ingen, men i meget sjældne tilfælde kan der være klager over smerter fra brystkassen.

Objektive tegn

Pletvise fortykkelser af lungehinden, eventuelt med forkalkninger, der konstateres på røntgenbilleder eller skanning af lungerne.

Diagnosen pleurale plaques stilles medicinsk på baggrund af:

- Røntgenundersøgelse eller skanning af lungerne
- Klinisk objektiv undersøgelse (for at udelukke anden lungesygdom)

Sygdommens forløb og følger

Hyppigt har der ikke været symptomer, og tilstanden opdages tilfældigt ved en røntgenundersøgelse af lungerne i anden anledning. I sjældne tilfælde kan der have været smerter fra brystkassen eller en oplevelse af åndenød.

Pleurale plaques kan i sjældne tilfælde ved mere betydelig asbestudsættelse føre til en målelig forringelse af vejrtrækningskapaciteten (restriktiv lungefunktionsnedsættelse). At en person har pleurale plaques er tegn på tidligere asbesteksposition, men udgør ikke i sig selv en øget risiko for kortere levetid, asbestose eller lungehinde- eller lungekræft.

I langt de fleste tilfælde, hvor sygdommen kan anerkendes som erhvervssygdom, vil der ikke være varige følger efter sygdommen. Sagen vil i disse tilfælde blive anerkendt uden godtgørelse for men og erstatning for tab af erhvervsevne. I enkelte tilfælde vil der være tale om varige følger i form af smertetilstande og/eller restriktivt nedsat lungefunktion. Et varigt men vil i disse tilfælde blive skønmæssigt vurderet med udgangspunkt i Arbejdsskadestyrelsens vejledende mentabel.

15.3. Krav til påvirkningen

Pleurale plaques kan anerkendes efter fortegnelsen, når der har været tale om en relevant påvirkning i form af asbestudsættelse.

Dertil kommer følgende mere specifikke krav til udsættelse og sygdomsforløb, som ligeledes skal være opfyldt.

Krav til udsættelsen

Der skal have fundet en udsættelse sted i form af direkte håndtering af, eller tilsvarende meget tæt og risikofyldt kontakt med, asbest eller asbestholdigt materiale i nogen tid.

Der skal som udgangspunkt have fundet en daglig udsættelse sted i nogle måneder eller mere sporadisk (tilbagevendende, men ikke nødvendigvis dagligt) i nogle år. Ved daglig udsættelse forstås som udgangspunkt påvirkning igennem en del af arbejdsdagen og ikke kun ganske kortvarigt. Ved massiv daglig udsættelse vil den tidsmæssige ekspositionsgrænse dog kunne nedsættes til få dage.

Den relevante risikofyldte udsættelse kan blandt andet have fundet sted ved direkte asbesthåndtering på for eksempel Eternitfabrikken eller ved arbejde med asbestholdige isoleringsmaterialer, eternitplader, asbestholdige bremsebelægninger og lignende.

Mere beskedne former for udsættelse, som for eksempel arbejde i kontorlokaler med defekte og eventuelt dryssende, asbestholdige loftsplader, vil ikke kunne anerkendes efter fortegnelsen.

Fund af pleurale plaques uden samtidig sikker (dokumenteret) og relevant erhvervmæssig udsættelse kan ikke føre til anerkendelse, selvom sygdommen ud fra den nuværende viden kun kan forårsages af asbest. Hvis der ikke har været tale om en relevant og sikker erhvervmæssig udsættelse, må sygdommen overvejende sandsynligt tilskrives private former for asbestudsættelse, der ikke er omfattet af loven.

Latenstid

Dannelsen af pleurale plaques sker gennem en langsom proces, som betyder, at pletterne på lungehinden normalt først bliver synlige på røntgenbilleder 10-15 år efter udsættelsen og først forkalker 20-25 år efter udsættelsen.

For at sygdommen kan anerkendes efter fortegnelsen, stilles der derfor som udgangspunkt krav om en latenstid på 10 år eller mere. Ved massiv udsættelse kan latenstiden dog nedsættes til omkring 5 år. Latenstiden er den tid, der går, fra en person har været udsat for asbest eller asbestholdige materialer, til sygdommen bryder ud.

Der skal som udgangspunkt være tale om dobbeltsidige pleurale plaques, da sygdomsforekomst med enkeltsidige plaques efter relevant udsættelse er meget sjælden. Hvis der har været tale om en relevant og dokumenteret udsættelse og de øvrige krav til anerkendelse er opfyldt, vil fund af enkeltsidige plaques dog også være omfattet af fortegnelsen.

Sygdommen skal tillige være påvist på lungerøntgen eller ved skanning.

Vi vil ved sagens behandling eventuelt indhente en arbejdsmedicinsk speciallægeerklæring. Speciallægen vil blandt andet blive bedt om at beskrive og vurdere de konkrete arbejdsforhold og de konkrete belastninger indgående. Speciallægen skal tillige foretage en individuel vurdering af belastningsforholdenes betydning for udvikling af sygdommen hos netop den undersøgte person. Speciallægen skal herunder give en beskrivelse af sygdomsdebut og sygdomsforløb og oplyse om eventuelle tidligere eller samtidige sygdomme eller symptomer og deres eventuelle betydning for de aktuelle gener.

Vi kan også indhente andre former for speciallægeerklæringer for at få belyst sygdomsforløbet og eventuelt forholdet til konkurrerende eller forudbestående sygdomme.

15.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold

Konkurrerende årsager

Konkurrerende årsager til pleurale plaques kendes ikke, specielt er tobaksrygning ikke kendt årsag. Der er således ikke sikker viden om, at andre former for påvirkninger end udsættelse for asbest eller asbestholdigt materiale kan føre til pleurale plaques.

Andre forandringer i lungehinderne, som kan forveksles med pleurale plaques, er følger efter tuberkulose, betændelsestilstande eller traumer.

Forudbestående eller konkurrerende sygdomme

Subpleurale fedtpuder

Den hyppigst forekommende konkurrerende diagnose er subpleurale fedtpuder. 10-20 % af mistænkte plaques fundet på røntgenbilleder skyldes dette. Subpleurale fedtpuder kan adskilles fra pleurale plaques ved en HRCT-skanning, men denne undersøgelse er forbundet med en mindre stråleudsættelse og vil derfor ikke blive krævet foretaget af Arbejdsskadestyrelsen. Subpleurale fedtpuder er (som pleurale plaques) helt uden symptomer.

I de tilfælde, hvor der foreligger en diagnostisk afklaring, der påviser, at der er tale om subpleurale fedtpuder og ikke pleurale plaques, vil sagen ikke kunne anerkendes efter loven. Det skyldes, at subpleurale fedtpuder ikke er optaget på fortegnelsen, og at der ikke er kendt medicinsk dokumentation for, at sygdommen kan være arbejdsbetinget.

I de tilfælde, hvor der er tvivl om, hvorvidt der er tale om subpleurale fedtpuder eller pleurale plaques, og en nærmere afklaring af diagnosen ikke kan forlanges, vil sagen kunne anerkendes efter fortegnelsen, hvis kravene til anerkendelse, herunder relevant udsættelse og sygdomsforløb, i øvrigt er opfyldt.

Andre asbestrelaterede lunge- og lungehindesygdomme

I nogle tilfælde vil der foruden fund af pleurale plaques være fund af kræft i lunge- eller bughinde (malignt mesotheliom), kræft i lunger eller luftveje (bronchogent karcinom eller larynx-cancer), lungeasbestose og/eller udbredt bindevævsdannelse i lungerne med nedsat (restriktiv) lungefunktion. I mange sager vil det være typisk, at pleurale plaques opdages som et tilfældigt fund i forbindelse med udredning af de andre og typisk mere alvorlige sygdomstilfælde.

Alle de nævnte sygdomme forårsages af asbestpåvirkninger. Der er tale om selvstændige og forskellige sygdomme, men af forskellig sværhedsgrad.

Hvis der er påvist pleurale plaques i kombination med en eller flere mere alvorlige, asbestrelaterede lunge- og lungehindesygdomme som for eksempel lungeasbestose, kræft i lungehinden, kræft i lungen eller udbredt bindevævsdannelse med nedsat (restriktiv) lungefunktion, behandles sygdommen pleurale plaques som en følgesygdom til den alvorligere og typisk følgebivende sygdom og kan anerkendes som en del af den samlede, alvorlige sygdomstilstand.

Det betyder, at der ikke oprettes en selvstændig sag vedrørende pleurale plaques i de tilfælde, hvor sygdommen påvises i kombination med alvorligere asbestrelaterede sygdomme i lungen eller lungehinden, hvis den alvorligere sag i øvrigt kan anerkendes efter fortegnelsen. De samlede følger efter sygdommene vil i disse tilfælde kunne henføres til sagen om den alvorlige sygdom.

Andre sygdomstilstande

Andre forandringer i lungehinderne, som kan forveksles med pleurale plaques, er følger efter tuberkulose, betændelsestilstande eller traumer. Disse forandringer er dog sædvanligvis kun ensidige. De nævnte konkurrerende sygdomme og tilstande kan i nogle tilfælde have påvirket lungehinderne, med påvirkning af lungernes generelle tilstand og funktion til følge, men kan ikke i sig selv føre til udvikling af pleurale plaques.

Hvis der er fundet sikre tegn på pleurale plaques og sagen i øvrigt opfylder kravene til anerkendelse, vil eventuelle forudbestående eller konkurrerende lungesygdomme eller tilstande derfor ikke have indflydelse på sagens anerkendelse.

Er der forudbestående eller konkurrerende sygdomme/påvirkning af lungerne, som bidrager til de samlede lungesympotomer, vil disse forhold imidlertid kunne få betydning for erstatningsudmålingen. Det betyder, at vi eventuelt vil trække fra i mengodtgørelsen og/eller i en erstatning for tab af erhvervsevne. (Lov om arbejdsskadesikring § 12)

Obstruktiv lungefunktionsnedsættelse

Obstruktivt nedsat lungefunktion er uden sammenhæng med asbestsygdomme og kan derfor ikke tilskrives udsættelse for asbest eller asbestholdigt materiale. Obstruktivt nedsat lungefunktion kan derimod skyldes andre former for sygdomstilstande i lungerne og tillige tobaksrygning.

Hvis der derfor er fundet pleurale plaques med obstruktiv (ikke restriktiv) nedsat lungefunktion efter relevant udsættelse, vil selve sygdommen være omfattet af anerkendelse. Der vil imidlertid ikke kunne ydes erstatning i form af mengodtgørelse eller erstatning for tab af erhvervsevne, da generne må tilskrives andre forhold end arbejdet.

15.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen

Det er kun pleurale plaques efter asbestudsættelse, det vil sige håndtering af – eller anden længerevarende tæt kontakt med – asbest eller asbestholdige materialer, der er omfattet af fortegnelsen.

Andre sygdomme eller påvirkninger uden for fortegnelsen vil i særlige tilfælde kunne anerkendes efter forelæggelse for Erhvervssygdomsudvalget.

Et eksempel på en anden asbestrelateret sygdom i lungehinden, der eventuelt vil kunne anerkendes efter forelæggelse for udvalget, er asbestpleuritis med væskeudtrædning i lungehinden.

Erhvervssygdomsudvalgets praksis ved vurdering af sager uden for fortegnelsen vil løbende blive meldt ud på Arbejdsskadestyrelsens hjemmeside.

15.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

Eksempel 1: Anerkendelse af pleurale plaques (mekaniker i 30 år)

En 51-årig mand arbejdede som mekaniker i forskellige ansættelsesforhold i godt 30 år. Arbejdet indebar i en årrække i 70'erne kontakt med asbest ved skift af asbestholdige bremsebelægninger én til flere gange om ugen. Arbejdet indebar herunder, at han pustede bremserne rene med trykluft, hvilket fik asbesten til at hvirvle op i åndedrætszonen. Asbestudsættelsen blev dokumenteret af en arbejdsgiver igennem flere år i den pågældende periode. Mekanikeren fik ved en rutinemæssig røntgenundersøgelse i slutningen af 2004 konstateret dobbeltsidige og forkalkede lungehindepletter (pleurale plaques).

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Mekanikeren har fået påvist dobbeltsidige pleurale plaques mere end 10 år efter, at han i 70'erne var udsat for tilbagevendende, direkte kontakt med

asbestholdige materialer i en årrække. Der er god sammenhæng mellem udsættelsen for asbest og fundet af forkalkede pleurale plaques 25-30 år efter.

Eksempel 2: Anerkendelse af pleurale plaques (isoleringsarbejder i 2-3 måneder)

En 53-årig mand arbejdede i 1976 i en periode på omkring 2-3 måneder som isoleringsarbejder i et mindre firma. Arbejdet bestod i udskiftning af gammelt isoleringsmateriale på rørsystemer og foring med ny isolering. Både den gamle isolering og det nye isoleringsmateriale var stærkt asbestholdigt. Arbejdet foregik indendørs uden nogen form for sikkerhedsværn og med massiv asbeststøudsættelse hele arbejdsdagen. Han skiftede efterfølgende arbejde og var ikke senere udsat for kontakt med asbest. Asbestudsættelsen blev bekræftet af en tidligere kollega, da det ikke længere var muligt at få den dokumenteret af den tidligere arbejdsgiver. I midten af 2004 begyndte han at få lettere vejrtrækningsproblemer, og en senere røntgenundersøgelse påviste udbredte, forkalkede pleurale plaques i lungehinderne med moderat nedsat (restriktiv) lungefunktion til følge. De lægelige undersøgelser viste imidlertid også nogen obstruktiv lungefunktionsnedsættelse, og af sagens oplysninger fremgik det, at manden havde været storryger igennem en lang årrække.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Isoleringsarbejderen har i en kortere periode på få måneder været direkte og massivt udsat for indånding af asbeststøv ved arbejde med asbestholdige isoleringsmaterialer. Han har fået påvist udbredte pleurale plaques i begge lungehinder, og der er god overensstemmelse mellem asbestudsættelsen og sygdommens forekomst mange år efter. Ved erstatningsudmålingen kan der kun gives mengodtgørelse og eventuel erstatning for erhvervsevnetab for den del af lungefunktionsnedsættelsen, der er af restriktiv karakter og dermed med sikkerhed skyldes asbestudsættelsen. Den obstruktive lungefunktionsnedsættelse kan ikke forårsages af asbest og må overvejende sandsynligt tilskrives tobaksrygning igennem mange år.

Eksempel 3: Anerkendelse af pleurale plaques (tømrer i 5 år)

En 62-årig mand arbejdede som tømrer i mange år. I en 5-årig periode i sidste halvdel af 70'erne bestod arbejdet sporadisk (flere dage månedligt, men ikke dagligt) i at tilskære eternitplader i forbindelse med taglægning. Han skar blandt andet hjørner af pladerne og halverede dem, og håndteringen foregik uden nogen form for asbestværn. I 2004 fik han tiltagende vejrtrækningsgener, og efterfølgende lægelige undersøgelser påviste sygdommen mesotheliom (ondartet kræft i lungehinden) samt moderate pleurale plaques i lungehinderne. Der blev tillige fundet svært restriktivt nedsat lungefunktion.

I dette tilfælde skal de pleurale plaques behandles og anerkendes som en del af det samlede asbestrelaterede sygdomskompleks i sagen om mesotheliom. Begge sygdomme skyldes med sikkerhed den sporadiske, men sikre asbestkontakt på arbejdet igennem en årrække. Da der foruden pleurale plaques er tale om en alvorlig, asbestrelateret lungesygdom, skal der ikke oprettes en selvstændig sag om pleurale plaques. Sygdommen pleurale plaques er omfattet af anerkendelsen af sygdommen mesotheliom, og generne tilskrives fuldt ud mesotheliom-sagen, da denne sygdom overvejende sandsynligt er årsag til den svære, restriktive lungefunktionsnedsættelse.

Eksempel 4: Anerkendelse af pleurale plaques (rørlægger i 8 år)

En 64-årig mand arbejdede igennem 70'erne og i begyndelsen af 80'erne i godt 8 år som rørlægger i et større firma. Hans arbejde bestod i den overvejende del af arbejdstiden i at foretage rørudskiftninger og reparationer og installere nye rørsystemer. Hans daværende arbejdsgiver godtgjorde senere, at der havde været tale om jævnlig udsættelse for asbest, da en væsentlig del af rørsystemerne dengang var isoleret med asbestholdige materialer. I slutningen af 2004 fik han efter

en periode med lettere smerter i brystet og vejrtrækningsgener påvist ret udtalte pleurale plaques. Ifølge speciallægen havde han dyspnø (tilfælde af åndenød) og let restriktiv lungefunktionsnedsættelse som følge af sygdommen. Der blev ikke fundet tegn på asbestose eller anden sygdom i lunger eller lungehinder.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Rørlæggeren har været udsat for jævnlig kontakt med asbestholdigt isoleringsmateriale igennem flere år og har udviklet pleurale plaques mange år efter. Der er god tidsmæssig sammenhæng mellem sygdommen og asbestudsættelsen, og hans gener i form af dyspnø og nedsat lungefunktion kan alle tilskrives den arbejdsbetingede sygdom.

Eksempel 5: Afvisning af pleurale plaques (kontorfunktionær i 2 måneder)

En 49-årig kvinde arbejdede i slutningen af 70'erne i et par måneder som kontorfunktionær i en virksomhed. Der blev senere konstateret asbestholdige loftsplader i det kontorlokale, hun havde opholdt sig i igennem arbejdsdagen. En hjørneloftsplade var ganske let defekt, og der havde muligvis, men ikke sikkert, fundet en meget beskedne dryssen sted fra hjørneloftspladen. Pladen sad dog ikke i nærheden af det område på kontoret, hvor kontorfunktionæren arbejdede og opholdt sig. Hun havde således ikke nogen direkte kontakt med de asbestholdige loftsplader (håndtering eller tilsvarende), men røntgenundersøgelser godt 25 år efter påviste lettere pleurale plaques på begge lungehinder.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Kontorfunktionæren har igennem et par måneder opholdt sig i et kontorlokale, hvor der har været en asbestholdig hjørneloftsplade, der muligvis har drysset let som følge af en defekt. Sagen opfylder imidlertid ikke kravet om, at der skal have været tale om en direkte kontakt med asbest eller asbestholdigt materiale igennem nogen tid ved direkte håndtering eller tilsvarende. Sygdommen pleurale plaques kan i dette tilfælde ikke tilskrives den indirekte, kortvarige og meget beskedne mulige påvirkning fra en asbestloftsplade på arbejdet.

Eksempel 6: Afvisning af pleurale plaques (bankansat i 26 år)

En 52-årig mand arbejdede som bankassistent og siden bankrådgiver i samme bank igennem 26 år. Arbejdet medførte ingen kendt form for asbestudsættelse, men han fik ved en rutinemæssig lungeundersøgelse i slutningen af 2004 konstateret lettere, dobbeltsidige lungehindepletter (pleurale plaques). Det var i de lægelige journaler oplyst, at han i 1970'erne havde foretaget reparationer på sit eget hus, herunder udskiftning af tagplader, der sandsynligt indeholdt asbest.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Bankrådgiveren har ikke været udsat for relevant kontakt med asbest på sit arbejde, og fundet af pleurale plaques må derfor overvejende sandsynligt tilskrives privat asbestudsættelse.

16. Kronisk bronkitis/KOL (E.7)

- 16.1. Punkt på fortegnelsen
- 16.2. Krav til diagnosen
- 16.3. Krav til påvirkningen
 - 16.3.1. Dampe/gasser/støv og/eller røg
- 16.4. Den tidsmæssige udstrækning
- 16.5. De arbejdsmæssige forhold
- 16.6. Konkurrerende forhold – tobaksforbrug
- 16.7. Behandling af sager uden for fortegnelsen
- 16.8. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

16.1. Punkt på fortegnelsen

Sygdommen kronisk bronkitis/KOL er optaget på fortegnelsen over erhvervssygdomme (gruppe E, punkt 7).

Sygdom	Påvirkning
Kronisk bronkitis/KOL	Dampe/gasser/støv og/eller røg i mange år

16.2. Krav til diagnosen

Hovedbetingelser

Der skal lægeligt være stillet diagnosen kronisk bronkitis/KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom) (J.41 og J.44.9).

Diagnosen ”astmatisk bronkitis” er som udgangspunkt ikke omfattet af punktet. Denne diagnose anvendes af nogle læger til at betegne en tilstand med diffuse luftvejssymptomer, især hos mindre børn, men har normalt intet med egentlig astma eller bronkitis at gøre. Tilstanden er derfor ikke omfattet af fortegnelsens punkt E.7, medmindre det lægeligt kan dokumenteres, at der er tale om bronkitis/KOL.

For at diagnosen kronisk bronkitis/KOL kan stilles, skal følgende krav være opfyldt:

- relevante subjektive klager og
- kliniske objektive forandringer

Symptomer

- Hoste
- Opspyt (ekspektoration) i nogle tilfælde
- Nedsat lungefunktion (kortåndethed, især ved anstrengelse)

Objektive tegn

Der er et stort diagnostisk overlap mellem de to sygdomme kronisk bronkitis og KOL, ligesom begge sygdomme kan være til stede på samme tid.

I praksis vil det for anerkendelse ikke være afgørende, om der lægeligt er stillet diagnosen kronisk bronkitis eller KOL, da begge sygdomme er omfattet og kriterierne for anerkendelse er de samme. Ved erstatningsudmålingen vil der blive taget udgangspunkt i de faktiske symptomer og objektive fund og ikke i, om diagnosen er kronisk bronkitis eller KOL.

Kronisk bronkitis giver daglig hoste og opspyt fra luftvejene, uden at der er nedsat lungefunktion, og defineres som hoste og opspyt fra luftvejene i mindst 3 måneder i mindst 2 på hinanden følgende år, hvor anden årsag til kronisk opspyt er udelukket.

Ved tilstande af KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom) er der nedsat lungefunktion, eventuelt med hoste og opspyt, på grund af øget luftvejsmodstand, og sygdommen defineres som vedvarende luftvejsobstruktion med mindre plads i bronkierne, der betyder, at bronkierne lader mindre luft strømme igennem. I de fleste raske tilfælde vil mere end 80 procent være udåndet i løbet af et sekund, hvilket dog typisk falder med alderen.

KOL måles ved registrering af en nedsættelse af den „udåndede luftmængde i 1 sekund“ (FEV1), men næsten normal „total udåndet luftmængde“ (FVC). Forholdet mellem FEV1/FVC, kaldet „Tiffenau-værdien“, vil også være reduceret, og Tiffenau-værdien vil være under 70 procent (FEV1/FVC under 70 procent).

Nedsat lungefunktion kan registreres enten ved anstrengelsestest, for eksempel på kondicykel, eller ved måling af lungefunktion med håndholdt lungefunktionsapparat (peakflow-meter) hjemme fra morgen til aften eller fra dag til dag, eller ved spirometer-måling hos læge (morgen/aften).

Forskellen på KOL og astma (punkt E.8 på fortegnelsen) er overvejende, at lungefunktionen ved astma vil være varierende med skift fra nedsat til normal funktion, alt efter om der finder en relevant påvirkning sted eller ej. Ved KOL vil nedsættelsen af lungefunktionen være vedvarende.

Den tidsmæssige sammenhæng

Det er en forudsætning for anerkendelse, at der er en god tidsmæssig sammenhæng mellem udviklingen af kronisk bronkitis/KOL og påvirkningen på arbejdet. Som udgangspunkt skal de første symptomer være opstået, mens den relevante påvirkning fandt sted.

16.3. Krav til påvirkningen

For at kronisk bronkitis/KOL er omfattet af punktet på fortegnelsen, skal der have været tale om en eller flere relevante påvirkninger gennem flere år, som beskrevet nærmere nedenfor.

16.3.1. Dampe/gasser/støv og/eller røg

Kronisk bronkitis og KOL kan opstå efter udsættelse for forskellige former for dampe/gasser/støv og/eller røg igennem længere tid.

Det kan dreje sig om stort set alle støvende eller rygende arbejdsprocesser, og påvirkningerne kan være både uspecifikke og specifikke. En uspecifik påvirkning betyder, at påvirkningen kan være sammensat af flere forskellige stoffer, og at den specifikke kilde ikke med sikkerhed kan

identificeres. En specifik påvirkning kan for eksempel være dampe/gasser/støv og/eller røg fra aluminium eller hårdmetal.

De typiske arbejdsfunktioner, hvor man udsættes for specifikke eller uspecifikke former for dampe/gasser/støv og/eller røg, er:

- Svejsning
- Skærebrænding
- Skorstensfejning
- Landbrugsarbejde
- Isolering
- Boring
- Fræsning og slibning af forskellige materialer
- Træforarbejdning
- Papir- og tekstilindustrien

Listen er blot eksempler på typiske arbejdsfunktioner, hvor der forekommer udsættelse for støv/røg, og er ikke udtømmende.

Det vil sige, at udsættelse for andre former for dampe/gasser/støv og/eller røg i flere år også kan føre til anerkendelse efter fortegnelsens punkt E.7.a.

16.4. Den tidsmæssige udstrækning

Der skal som udgangspunkt have været tale om 8-10 års massiv udsættelse for dampe/gasser/støv og/eller røg.

Ved tilfælde af særlig massiv udsættelse, kan dette medføre, at det tidsmæssige krav til udsættelsen efter en konkret vurdering kan nedsættes.

Der skal for alle påvirkningerne som udgangspunkt have været tale om en daglig eller stort set daglig udsættelse.

16.5. De arbejdsmæssige forhold

Ved vurderingen af, om den arbejdsmæssige udsættelse er tilstrækkelig til, at sygdommen kan anerkendes, er det relevant at se på, om arbejdet er foregået udendørs eller indendørs. Påvirkningen vil være størst i små rum uden ordentlig udsugning og mindst, hvor arbejdet er foregået udendørs.

Hvis arbejdet er foregået indendørs, er det væsentligt at se på, om der har været udluftning, og om der er anvendt åndedrætsværn. Hvis der har været udsugning og der er anvendt åndedrætsværn, vil påvirkningen være mindre.

Der skal således en længere tidsmæssig udsættelse til, før sygdommen kan anerkendes, hvis beskyttelsesforholdene har været gode, end hvis udsugning og andre beskyttelsesmæssige forhold har været mangelfulde.

16.6. Konkurrerende forhold – rygning eller andre private årsagsfaktorer

Kronisk bronkitis/KOL kan som de fleste andre sygdomme opstå eller forværres som følge af andre sygdomme eller forhold, der er uden relation til arbejdet. Arbejdsskadestyrelsen vil derfor konkret

vurdere, om eventuelle, oplyste konkurrerende faktorer har en karakter og et omfang, der kan begrunde, at sygdommen helt afvises, eller om der er grundlag for at foretage fradrag ved erstatningsudmålingen, hvis sagen anerkendes.

Eksempler på mulige konkurrerende faktorer, der kan virke ind på sygdommens opståen eller dens forløb, er:

- Tobaksrygning
- Alfa1-antitrypsinmangel (arvelig genfejl)
- Luftforurening
- Private årsager

Rygning er en meget væsentlig årsag til kronisk bronkitis/KOL, og rygning kan derfor i nogle tilfælde medføre, at vi foretager fradrag i erstatningen eller afviser sagen.

Et tobaksforbrug på mindre end 7 gram tobak per dag, eller under samlet 10 pakkeår, vil som hovedregel ikke føre til fradrag i en eventuel erstatning eller i sig selv kunne begrunde en afvisning af sagen, såfremt påvirkningen i øvrigt har været fuldt ud tilstrækkelig til at forårsage sygdommen.

Et tobaksforbrug på 30-40 pakkeår eller mere vil som udgangspunkt betyde, at sagen afvises, da dette meget store forbrug må anses for en overvejende sandsynlig årsag til sygdommen.

1 gram tobak svarer til 1 cigaret. Brug af anden tobak, som for eksempel pibetobak, cigarer og cerutter, omregnes også til gram.

Et pakkeår svarer til 20 cigaretter dagligt i 1 år ($20 \times 365 = 7.300$ cigaretter).

En person, der har røget 10 cigaretter om dagen i 15 år, har omregnet til pakkeår røget i alt 7,5 pakkeår ($10 \times 365 \times 15 = 7.300$).

16.7. Behandling af sager uden for fortegnelsen

Det er kun kronisk bronkitis/KOL, der er omfattet af fortegnelsens gruppe E, punkt 7. Der skal desuden have været tale om påvirkninger, som anført på fortegnelsen, der opfylder kravene til anerkendelse.

Kronisk bronkitis/KOL, der ikke er omfattet af fortegnelsen, vil i særlige tilfælde kunne anerkendes efter forelæggelse for Erhvervs sygdomsudvalget.

Der henvises i øvrigt til vejledningens kapitel 22 om sager, der er afgjort uden for fortegnelsen.

Erhvervs sygdomsudvalgets praksis ved vurdering af sager uden for fortegnelsen vil løbende blive meldt ud på Arbejdsskadestyrelsens hjemmeside.

16.8. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

Eksempel 1: Anerkendelse af KOL efter E.7 (skorstensfejer udsat for sodstøv med videre)

En 57-årig mand arbejdede i 20 år som skorstensfejer og fik i slutningen af perioden luftvejsproblemer i form af åndedrætsbesvær ved stigeang. Efterfølgende fik han også slim i luftvejene og hoste, især ved kontakt med isoleringsmaterialer, sod, røg og støv. Han var massivt udsat for støv under skorstensfejning, og han anvendte ikke åndedrætsværn i begyndelsen. Ved en lungefunktionsundersøgelse blev der konstateret nedsat lungefunktion, og han fik stillet diagnosen KOL. Han havde højst røget 1 pakkeår igennem sit liv.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Skorstensfejeren har under sit arbejde været massivt udsat for støv i mange år, og der er påvist KOL. Tobaksforbruget på højst 1 pakkeår har været meget beskedent og har ikke bidraget til sygdommen.

Eksempel 2: Anerkendelse af KOL efter E.7 (svejsere udsat for svejserøg)

En 62-årig mand arbejdede i 35 år som svejser på et skibsværft. Arbejdet foregik i små rum i skibene og medførte en del røgd udvikling. Især i starten af perioden var der ikke tilstrækkeligt åndedrætsværn, og udluftningen var i hele perioden dårlig. Røgd udviklingen under svejsningen resulterede i, at han med jævne mellemrum fik anfald af hoste under arbejdet og var nødt til at trække frisk luft udendørs. Han havde aldrig røget. Han udviklede over en årrække begyndende tegn på kronisk bronkitis med jævnlig hoste og opspyt og fik i slutningen af perioden luftvejsproblemer i form af åndedrætsbesvær. Han fik konstateret KOL ved en lungemedicinsk undersøgelse på en arbejdsmedicinsk klinik.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Svejseren har under sit arbejde været massivt udsat for uspecifik svejserøg i rum med dårlig ventilation og uden tilstrækkelig åndedrætsbeskyttelse igennem en lang årrække, og der er god tidsmæssig sammenhæng mellem udsættelsen for svejserøg og sygdommen.

Eksempel 3: Afvisning af kronisk bronkitis efter E.7 (bager udsat for korn-/melstøv)

En 59-årig mand arbejdede i 43 år som bager. I slutningen af perioden fik han symptomer fra luftvejene i form af hoste og dagligt opspyt. Der var ingen astmalignende symptomer, og en lungefunktionsundersøgelse viste, at der ikke var øget luftvejsmodstand. Arbejdet som bager medførte udsættelse for støv fra forskellige kornsorter. Det var også oplyst, at han havde røget cirka 20 cigaretter dagligt i 35 år, svarende til 35 pakkeår.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Bageren har udviklet kronisk bronkitis og har arbejdet i omgivelser, hvor han har været udsat for støv fra forskellige kornsorter. På grund af det meget store tobaksforbrug på 35 pakkeår må det dog anses for overvejende sandsynligt, at sygdommen kronisk bronkitis skyldes tobaksforbruget.

Yderligere information:

[Se udredningsrapport om kronisk bronkitis/KOL.](#)

Udredningsrapporten kan også findes på www.ask.dk under Arbejdsskadestyrelsen, forskning og projekter.

17. Astma (E.8)

17.1. Punkt på fortegnelsen

17.2. Krav til diagnosen

17.3. Krav til påvirkningen

17.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme

17.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen

17.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

17.1. Punkt på fortegnelsen

Sygdommen astma er optaget på fortegnelsen over erhvervssygdomme (gruppe E, punkt 8):

Sygdom	Påvirkning
Astma (allergisk og ikke-allergisk)	Støv eller dampe fra: a) Planter eller planteprodukter b) Dyr eller dyriske produkter c) Enzymer, farvestoffer, persulfatsalte, kunstharpiks eller medikamenter og forstadier til disse d) Isocyanater og visse anhydrider i epoxyresiner e) Krom og visse af dets forbindelser f) Kobolt g) Aluminium h) Hårdmetal i) Nikkel

17.2. Krav til diagnosen

Hovedbetingelser

Der skal lægeligt være stillet diagnosen ”astma” (ICD-10 J.45).

Diagnosen astma bronchiale, der svarer til astma, er også omfattet af fortegnelsen.

Både allergiske og ikke-allergiske former for astma kan være omfattet af fortegnelsen.

Diagnosen ”astmatisk bronkitis” er som udgangspunkt ikke omfattet af punktet. Denne diagnose anvendes af nogle læger til at betegne en tilstand med diffuse luftvejssymptomer, især hos mindre børn, men har normalt intet med egentlig astma at gøre. Tilstanden er derfor ikke omfattet af fortegnelsen, medmindre det lægeligt kan dokumenteres, at der er tale om astma.

For at diagnosen astma kan stilles, skal følgende krav være opfyldt:

- relevante subjektive klager (symptomer) og
- kliniske objektive forandringer

Astma er en meget almindelig sygdom i befolkningen, og kun en mindre del skyldes udsættelse for skadelige stoffer på arbejdspladsen.

”Astma” bruges som en fællesbetegnelse om en tilstand, der er karakteriseret ved episoder med åndenød, der er forårsaget af en periodisk forsnævring af luftvejene (de små bronkier). Der er mange faktorer, der bidrager til udviklingen af astma, og mange, der kan fremkalde anfald.

I praksis bruges også diagnosen ”astma bronchiale”, som svarer til diagnosen astma.

Astma er en tilstand, hvor de små bronkier er betændte/irriterede, enten som følge af en tidligere infektion (eksempelvis med bakterier) eller en tidligere infektionslignende tilstand (uden bakterier). Ved betændelse/irritation i de små bronkier er luftvejene mere følsomme over for specifikke irritanter udefra (udløsende faktorer), der kan få luftvejene til at indsnævres og derved reducere luftstrømmen gennem dem og give personen åndenød. Denne overfølsomhed i luftvejene har den medicinske betegnelse ”hyperreaktivitet i luftvejene”.

Astma er desuden karakteriseret ved, at lungefunktionen er normal eller næsten normal mellem anfaldene eller kan være normal på grund af bronkieudvidende medicinsk behandling. Modsat kronisk bronkitis kan den øgede modstand i luftvejene påvirkes med bronkieudvidende midler som for eksempel B2-agonist-spray, Bricanyl eller Ventoline eller med behandling med binyrebarkhormoner.

Anfaldene vil i mange tilfælde blive udløst af irritanter i luften som for eksempel tobaksrøg, tåge eller støv fra arbejdsprocesser eller andre påvirkninger fra omgivelserne.

Symptomer

- Vejrtrækningsbesvær (besvær med at få luften ud af lungerne)
- Åndenød eller piben/hvæsen i brystet
- Eventuelt host, trykken for brystet og hæshed

Kliniske undersøgelser og fund

De lægelige undersøgelser skal beskrive et symptombillede, der sandsynliggør, at diagnosen er astma.

Dokumentation af diagnosen astma sker ved påvisning af variationer i lungernes luftvejsmodstand på 20 procent eller derover (ved peak flow målinger) og 15 procent eller derover (ved FEV1-målinger).

Astmadiagnosen kan stilles ved relevante symptomer og samtidig positivt udfald af én eller flere af følgende tests:

- Provokation med histamin, metakolin, mannitol eller lignende
- Anstrengelsestest

- Måling af lungefunktion med håndholdt lungefunktionsapparat (peakflow-meter) hjemme fra morgen til aften eller fra dag til dag eller ved spirometer-måling hos læge (morgen/aften)
- Bronkieudvidende spray
- Behandling med binyrebarkhormon

Ved tilstande af astma vil der være tegn på mindre plads i bronkierne, der betyder, at bronkierne lader mindre luft strømme igennem. I de fleste raske tilfælde vil mere end 80 procent være udåndet i løbet af 1 sekund, hvilket dog typisk falder med alderen.

Astma måles ved registrering af periodiske ændringer på over 15 procent i den „udåndede luftmængde i 1 sekund" (FEV1), men næsten normal „total udåndet luftmængde" (FVC). Forholdet mellem FEV1/FVC, kaldet „Tiffenau-værdien", vil også være reduceret, og Tiffenau-værdien vil være under 80 procent (FEV1/FVC under 80 procent) af forventet.

Forskellen på astma og KOL (punkt E.7 på fortegnelsen) er overvejende, at lungefunktionen ved astma vil være varierende med skift fra nedsat til normal funktion, alt efter om der finder en relevant påvirkning sted eller ej. Ved KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom) vil nedsættelsen af lungefunktionen være vedvarende.

Objektive tegn på astma

Påvisning af allergisk astma (allergi)

Påvisning af en allergisk astma kan ske via én af følgende tests:

- Priktest i huden
- Positiv RAST-test, det vil sige påvisning af allergi-antistoffer i blodet af typen IgE
- Positiv histamin-release-test, det vil sige, at der frigøres histamin fra de hvide blodlegemer i en blodprøve efter kontakt med det specifikke allergen fra arbejdspladsen

Ved allergisk astma skal der være dokumenteret en overfølsomhed (allergi) for en påvirkning, som tilskadekomne udsættes for på arbejdet, og som er nævnt i fortegnelsen.

Specifikke bronkiale provokationstests med relevante allergener, udført af arbejdsmedicinske eller lungemedicinske specialafdelinger, kan også anvendes ved vurdering af anerkendelsesspørgsmålet. Arbejdsskadestyrelsen vil ikke direkte anbefale at få denne type tests udført, da de i sjældne tilfælde kan medføre en forværring af sygdommen.

Hvis der både er dokumentation for astmaanfald i tilknytning til arbejdet og for allergi over for en påvirkning på arbejdet, der er nævnt i fortegnelsen, kan astma anerkendes efter fortegnelsen.

Påvisning af ikke-allergisk astma

Ved ikke-allergisk astma er det vanskeligere at fastslå årsagssammenhængen med udsættelse for stoffer i arbejdsmiljøet.

Derfor stilles der større krav til den lægelige dokumentation for en sammenhæng mellem astmaanfaldene og den arbejdsmæssige udsættelse.

Det er centralt i denne forbindelse at vide, om tilskadekomne har haft astma, inden den arbejdsmæssige påvirkning begyndte, og at have informationer om sygdommens forudgående forløb.

I tilfælde af sværere og længerevarende tilfælde af forudgående astma eller ved astma med væsentlige, konkurrerende private allergener eller påviste irriteranter kan dette medføre, at sagen helt må afvises, eller at der foretages fradrag ved erstatningsudmålingen.

Har den tilskadekomne kun haft astma som barn, eller er sygdommen blevet klart forværret i forbindelse med relevante påvirkninger på arbejdet, kan sygdommen dog normalt anerkendes med et eventuelt fradrag.

Ofte vil gentagne målinger med peakflowmeter kunne vise, om tilskadekomnes lungefunktion forværres i forbindelse med arbejdet og bedres i for eksempel weekender eller ferier, eller omvendt.

17.3. Krav til påvirkningen

For at astma kan anerkendes efter fortegnelsens punkt E.8 efter indånding af støv og dampe på arbejdspladsen, skal der have været tale om én eller flere af følgende påvirkninger:

a) Planter eller planteprodukter

Typiske faggrupper: Bagere, savværksarbejdere og foderstofarbejdere.

b) Dyr eller dyriske produkter

Typiske faggrupper: Landbrugsmedhjælper, slagteriarbejdere, laboratoriemedarbejdere med kontakt til forsøgsdyr og arbejdere i fiskeindustrien.

c) Enzymer, farvestoffer, persulfatsalte, kunstharpiks eller medikamenter eller forstadier til disse

Typiske faggrupper: Frisører, farveriarbejdere, ansatte i medicinalindustrien og loddearbejdere.

d) Isocyanater og visse anhydrider i epoxyresiner

Typiske faggrupper: Malere, autolakerere/mekanikere, ansatte inden for farvelakindustrien, metalindustrien og medicinalindustrien eller personer med arbejde i rum, hvor der i øvrigt foregår en ufuldstændig forbrænding.

Isocyanater er en fællesbetegnelse for en gruppe kemiske stoffer, der i vid udstrækning bliver brugt i industrien i dag, for eksempel ved produktion af lakker. Stofferne bliver anvendt i selve produktionen og i de færdige produkter.

Isocyanater frigives i store mængder, når materialer påført isocyanater opvarmes til 150-200 °C. Det er for eksempel tilfældet med lakerede bildele, der repareres ved svejsning på bilværksteder, eller elektronikdele, der repareres.

Isocyanater frigives også ved iltning af klorholdige affedtningmidler inden for metalindustrien, ved galvanisering og stålhærdning samt ved guld- og sølvarbejde. Isocyanater bruges også tit i produkter, der består af 2 komponenter, der ved sammenblanding reagerer med hinanden under dannelsen af en plast. Isocyanaten kaldes for hærdere. Den anden komponent indeholder polyol og

kaldes for harpiksen. Undertiden leveres polyolen og isocyanaten færdigblandet. Det udhærdede produkt kaldes også PUR (plast) eller polyurethan.

e) Krom og visse af dets forbindelser

Typiske faggrupper: Stålværksarbejdere, arbejdere i metal- og forkromnings- og farveindustrien, ved cementstøbning og ved anvendelse af kromgarvede produkter. Stål indeholder krom, hvorfor svejsning og lignende i stålmaterialer vil være indeholdt.

f) Kobolt

Typiske faggrupper: Arbejdere i elektronikindustrien eller ved fremstilling af specialstål, mønter og smykker. Kobolt er i århundreder blevet brugt til at give glas, glasur og keramik en intens blå farve. Jern kan indeholde kobolt, hvorfor svejsning og lignende i jern kan være inkluderet i fortegnelsen.

g) Aluminium

Typiske faggrupper: Arbejdere i metalindustrien og svejsere.

h) Hårdmetal

Typiske faggrupper: Arbejdere i metalindustrien og svejsere, hvor der anvendes og arbejdes med hårdmetal. Hårdmetal er betegnelsen for en særlig blanding af pulvermetaller, som giver ekstrem hårdhed. Kernen i materialet er grundstoffet wolfram/tungsten, som gennem en særlig proces bliver kemisk bundet med kul.

Den ovenstående liste af typisk faggrupper er alene vejledende og ikke udtømmende i forhold til personer, der kan være relevant udsat for de pågældende stoffer. Andre erhverv vil også være omfattet af fortegnelsen i det omfang, der er tale om samme form for påvirkning som nævnt ovenfor.

i) Nikkel

For eksempel ved slibning eller svejsning i nikkelholdige materialer, herunder også nikkelholdigt jern.

Om udsættelse for svejserøg

Udsættelse for svejserøg er ikke nødvendigvis omfattet af fortegnelsens punkt om astma. Afgørende er, om svejsningen sker i materialer, der indeholder krom, kobolt eller nikkel, hvilket nogle jern typer gør. Det vil derfor være meget vigtigt i denne type sager at få oplyst nærmere om, hvilken type jern der er arbejdet i, og om materialets nærmere sammensætning.

Svejsning/slibning i rustfrit stål medfører frigivelse af krom, hvorfor arbejde med stål som udgangspunkt vil være indeholdt.

Den tidsmæssige sammenhæng

Det er en forudsætning for anerkendelse, at symptomerne på sygdommen er opstået i en nær tidsmæssig sammenhæng med den arbejdsmæssige udsættelse for astma-fremkaldende stoffer. Som udgangspunkt vil astmaanfald fremkomme i umiddelbar tilknytning til arbejdet.

I særlige tilfælde kan sen-astma anerkendes med anfald op til 16 timer efter påvirkningen på arbejdet. Det skal dog i disse tilfælde dokumenteres, at lignende anfald ikke optræder på samme

tider af døgnet i weekenden eller i ferieperioder (altså perioder, hvor der ikke er en arbejdsmæssig udsættelse), og at en mistænkt påvirkning primært forekommer på arbejdspladsen.

Derimod er der ikke noget krav om, at udsættelsen skal have en bestemt varighed eller styrke, fordi astma i nogle tilfælde udløses efter kort tid og ved selv begrænsede udsættelser.

17.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold

Astma kan som de fleste andre sygdomme opstå eller forværres som følge af andre sygdomme eller forhold, der er uden relation til arbejdet. Arbejdsskadestyrelsen vil derfor konkret vurdere, om eventuelle oplyste konkurrerende faktorer har en karakter og et omfang, der kan begrunde, at sygdommen enten helt afvises, eller om der er grundlag for at foretage fradrag ved erstatningsudmålingen, hvis sagen anerkendes.

Eksempler på mulige konkurrerende faktorer, der kan virke ind på sygdommens opståen eller dens forløb, er:

- Tobaksrygning
- Privat allergi (for eksempel over for husstøvmider eller pollen)
- Genetisk disposition for allergi
- Medicinforbrug

Tobaksrygning anses ikke for at være den primære årsag til astma. Men der kan være sammenfald i symptombilledet ved astma og sygdomme, der overvejende er forårsaget af tobaksrygning. Rygning kan derfor i nogle tilfælde medføre, at der foretages fradrag i erstatningsudmålingen..

17.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen

Det er kun astma, der er omfattet af fortegnelsens gruppe E., punkt 8. Der skal desuden have været tale om påvirkninger, som anført på fortegnelsen, der opfylder kravene til anerkendelse.

Astma, der ikke er omfattet af fortegnelsen, vil i særlige tilfælde eventuelt kunne anerkendes efter forelæggelse for Erhvervs sygdomsudvalget.

Eksempler på sager, der eventuelt kan anerkendes uden for fortegnelsen, er:

- Astma som følge af længere tids arbejde med lavmolekylære irriteranter (fabriksarbejder, der passede en tapetryksmaskine, der producerede akrylskumstapet)
- Astma bronchiale som følge af flere års rengøring af røgeovne med anvendelse af alkaliske skumrengøringsmidler og klorholdige midler med videre
- Astma som følge af flere års udsættelse for ethanolaminer i køle- og smøreolier (maskinarbejder)
- Astma bronchiale som følge af længere tids udsættelse for stærkt basiske aerosoler, calciumhydroxid og hydratkalkstøv (pasning af anlæg til rensning af røggasser)
- Arbejde med platinholdige produkter

Der henvises i øvrigt til vejledningens kapitel 22 om sager, der er afgjort uden for fortegnelsen.

Erhvervssygdomsudvalgets praksis ved vurdering af sager uden for fortegnelsen vil løbende blive meldt ud på Arbejdsskadestyrelsens hjemmeside.

17.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

Eksempel 1: Anerkendelse af astma efter E.8.a (pædagogmedhjælper udsat for skimmelsvampe)

En 35-årig kvinde var ansat som pædagogmedhjælper i en vuggestue i 4 år. Hun fik kort efter arbejdets påbegyndelse tendens til talrige forkølelser og bihulebetændelse og havde gener ved ophold i lokalerne i form af hovedpine, træthed og øjenirritation. Hun fik i forløbet mere vedvarende hoste og tendens til åndedrætsbesvær og fik til sidst konstateret astma af en lungemediciner. En bygningstilstandsrapport fra arbejdspladsen beskrev, at der var ret betydelige fejl i indeklimaet i form af fugtskader, og ifølge rapporten var der synlige skimmeldannelser.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Pædagogmedhjælperen har udviklet astma efter arbejde i fugtskadede lokaler med synligt skimmelsvampeangreb. Der er en god tidsmæssig og årsagsmæssig sammenhæng mellem udviklingen af astma og udsættelse for skadelige planter (skimmelsvampe) på arbejdet.

Eksempel 2: Anerkendelse af astma efter E.8.b (ansat i fiskeindustrien udsat for fiskedampe)

En 47-årig mand var i 15 år ansat i fiskeindustrien i en fileteringsafdeling. Han fik efter 10 år ansvaret for produktionen og maskinerne, hvor det administrative arbejde foregik på et kontor i tilknytning til pakkeriet. Ved maskinnedbrud, som kunne ske op til 10 gange dagligt, var han dog beskæftiget med at få maskinerne i produktionen til at køre igen. Igennem det sidste år fik han tiltagende luftvejsgener med hoste, periodevis pibende vejrtrækning og åndedrætsbesvær. I forbindelse med overflytning til en anden afdeling var der betydelig bedring i symptomerne. Han fik konstateret astma og blev testet allergisk over for visse fisk. Allergierne var relevante i forhold til påvirkningerne i form af dampe fra fisk på arbejdet, og peakflow-målinger viste forværringer, når han var på arbejdet.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Fiskeindustriarbejderen har udviklet astma som følge af sit arbejde i lokaler, hvor der har været dampe fra fisk. Han har desuden fået påvist allergi over for visse fisk, som også indgik i produktionen på arbejdet. Der er god årsagsmæssig sammenhæng mellem udviklingen af astma og påvirkningerne på arbejdet med udsættelse for dampe fra dyr/dyriske produkter.

Eksempel 3: Anerkendelse af astma efter E.8.a og E.8.b (servicetekniker udsat for støv fra planter og dyr)

En 58-årig mand arbejdede i 10 år som servicemedarbejder med rengøring af dyrekasser. Han var under arbejdet udsat for støv, urin og afføring fra mus, rotter, hamstere, kaniner, hunde og katte samt halmstrøelse og savsmuldsstrøelse. I slutningen af perioden fik han symptomer på astma i form af røde og irriterede øjne samt åndedrætsbesvær, der opstod, når han opholdt sig på arbejdet. Symptomerne forsvandt ved længere tids fravær fra arbejdspladsen og forsvandt helt efter arbejdsophør.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Servicemedarbejderen har udviklet astma som følge af sit arbejde, hvor han igennem en lang årrække har været betydeligt udsat for støv eller dampe fra dyr,

dyreprodukter og planteprodukter. Der er en god sammenhæng mellem påvirkningen fra støv og dampe under rengøringsarbejdet og symptomerne, der forsvandt midlertidigt ved længere fravær fra arbejdet og helt ved ophør i det pågældende arbejde.

Eksempel 4: Anerkendelse af astma efter E.8.c (rengøringsassistent udsat for enzymer)

En 51-årig kvinde var i 7 år ansat som rengøringsassistent i et laboratorium, hvor der blev anvendt forskellige enzymer. Arbejdet bestod blandt andet af tømning af skraldeposer med rester fra tabletter, og der var en vis støvudvikling, når poserne blev tømt og lukket. Desuden skulle poser med arbejdstøj fra produktionen lukkes og flyttes. Poserne var ofte overfyldte, og når tøjet skulle flyttes over i en ny pose, støvede det. Hun fik allerede efter et par års arbejde symptomer i form af åndenød og fik senere konstateret allergi over for forskellige enzymer. Hun fik hos en arbejdsmedicinsk speciallæge stillet diagnosen astma.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Rengøringsassistenten har udviklet astma som følge af udsættelsen for støv fra enzymer på arbejdet. Hun er blevet testet allergisk over for enzymer, og symptomerne på sygdommen opstod i nær tidsmæssig sammenhæng med arbejdet.

Eksempel 5: Anerkendelse af astma efter E.8.d (guldsmed udsat for isocyanater)

En 45-årig mand arbejdede i 26 år som guldsmed, hvor han kun i begrænset omfang anvendte åndedrætsværn. I forbindelse med forarbejdningen af guld og sølvsmykker blev materialerne opvarmet, hvorved der blev frigivet isocyanater fra materialerne. Efter 15 år oplevede guldsmeden episoder med åndedrætsbesvær, hoste og pibende vejrtrækning. Der var en væsentlig forbedring af lungefunktionen i længere ferier. Han fik til sidst konstateret astma og ophørte herefter med sit arbejde. Efter arbejdsophør forsvandt symptomerne fra luftvejene.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Guldsmeden har igennem en lang årrække været betydeligt udsat for isocyanater gennem sit arbejde med forarbejdning af guld og sølvsmykker. Der er en god sammenhæng mellem påvirkningen fra isocyanater og symptomerne, der forsvandt under ferier og helt i forbindelse med arbejdsophør.

Eksempel 6: Anerkendelse af astma efter E.8.e (autolakerer udsat for isocyanater)

En 42-årig mand arbejdede 10 år som autolakerer i bilindustrien. Efter 4 år begyndte han at arbejde på malerværkstedet på virksomheden og udviklede da hoste og hvæsen i brystet ved fysisk anstrengelse. Han stoppede med at ryge, men symptomerne fortsatte og generede også hans nattesøvn. I ferier oplevede han en klar bedring. Efter at han af sin læge fik konstateret astma, sørgede hans virksomhed for at give ham en bedre hætte til beskyttelse mod dampene fra lakeringen, hvorefter symptomerne svandt og han kunne fortsætte i sit arbejde.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Autolakereren har igennem længere tid været betydeligt udsat for isocyanater i forbindelse med lakering af biler. Der er en god tidsmæssig og årsagsmæssig sammenhæng mellem påvirkningen på arbejdet, hvor han har været i kontakt med isocyanater, og astmasymptomerne, der tillige svandt ved bedre beskyttelse.

Eksempel 7: Afvisning af astma efter E.8.b (landbrugsmedhjælper udsat for svin)

En 24-årig landbrugsmedhjælper på et stort svinebrug anmeldte, at han havde fået astma efter få måneders arbejde med svin. Han opholdt sig i svinestalden i størsteparten af arbejdsdagen, herunder i tæt kontakt med dyrene ved udmugning, fødsler med videre. Der var desuden konstant en kraftigt em af svin i luften i stalden, der var mangelfuldt udstyret med udluftning. Det fremgik af de

lægelige oplysninger, at han havde lidt af astma, fra han var barn, og at han havde haft fortsatte, periodisk meget svære anfald af astma, op til han påbegyndte arbejdet i svinestalden. Han havde desuden flere år forud fået konstateret allergi over for katte, hunde, svin og flere andre dyr samt en række planter/pollen, men havde alligevel hjulpet stort set dagligt i sin fars svinebrug i fritiden i en lang årrække og gjorde fortsat dette. Han havde desuden selv hund. Der var ikke registreret nogen ændring i anfaldsmønstrene, når han var på arbejde eller holdt fri, og han havde lige så hyppige og svære anfald i weekender og ferier som i tilknytning til arbejdet.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Landbrugsmedhjælperen har en konstateret astma og er allergisk over for svin. Han har desuden været relevant udsat for svin på arbejdet i en svinestald igennem ½ år. Han har dog før dette arbejde haft astmaanfald igennem en længere årrække og har tidligere fået konstateret allergi over for mange forskellige kilder, herunder svin og hund. Han er i kontakt med svin i sin fritid, ligesom han selv har hund, selvom han er allergisk over for disse. Der har desuden ikke været en påviselig væsentlig forværring af tilstanden i klar tilknytning til arbejdet. Det er samlet set overvejende sandsynligt, at hans astma primært skyldes hans tidligere astma og den fortsatte private udsættelse, herunder i særdeleshed den daglige kontakt med svin og hund.

18. Lungesygdning med nedsat lungfunktion af obstruktiv type (E.9)

- 18.1. Punkt på fortegnelsen
- 18.2. Krav til diagnosen
- 18.3. Krav til påvirkningen
- 18.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme
- 18.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen
- 18.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

18.1. Punkt på fortegnelsen

Sygdommen lungesygdning med nedsat lungfunktion af obstruktiv type er optaget på fortegnelsen over erhvervssygdomme (gruppe E, punkt 9):

Sygdom	Påvirkning
Lungesygdning med nedsat lungfunktion af obstruktiv type	Isocyanater

18.2. Krav til diagnosen

Hovedbetingelser

Der skal lægeligt være stillet diagnosen lungesygdning med nedsat lungfunktion af obstruktiv type (RADS) (J.44.8). Der skal være øget luftvejsmodstand. Lungesygdning med nedsat lungfunktion af obstruktiv type er ikke den samme sygdom som kronisk bronkitis/KOL.

For at diagnosen lungesygdning med nedsat lungfunktion kan stilles, skal følgende krav være opfyldt:

- relevante subjektive klager (symptomer) og
- kliniske objektive forandringer

Symptomer

- Nedsat lungfunktion, som viser sig ved kortåndethed, især ved anstrengelse.

Objektive tegn

- Ved lungefunktionsundersøgelse findes nedsættelse af den ”udåndede luftmængde i 1 sekund” (FEV1) til mindre end 80 procent af den forventede luftmængde hos normale.

Påvisning af lungesygdning med nedsat lungfunktion

- Lungefunktionsundersøgelse foretaget på sygehus eller hos den praktiserende læge.

18.3. Krav til påvirkningen

For at lungesygdom med nedsat lungefunktion af obstruktiv type er omfattet af punktet på fortegnelsen, skal der have været tale om en eller flere relevante påvirkninger gennem mange år, som nærmere beskrevet nedenfor.

Om udsættelse for isocyanater

Isocyanater er en fællesbetegnelse for en gruppe kemiske stoffer, der i vid udstrækning bliver brugt i industrien i dag, for eksempel ved produktion af lakker. Stofferne bliver anvendt i selve produktionen og i de færdige produkter.

Isocyanater bruges i forskellige brancher. Det bruges for eksempel i:

- Bygge- og anlægsbranchen
- Plastvareindustrien
- Jern- og metalindustrien
- Træindustrien
- Autobranchen
- El- og elektronikindustrien

Isocyanater er en af flere komponenter, der får forskellige materialer til at hærde og blive hårde. Det kan findes blandt andet i lak, maling, lim, skum, tætningmiddel, plastprodukter, laminater, toplak, printplader, kabelisolering, gipsmateriale og fugemasse.

Isocyanater frigives i store mængder, når materialer påført isocyanater opvarmes til 150-200 °C. Det er for eksempel tilfældet med lakerede bildele, der repareres ved svejsning på bilværksteder, eller elektronikdele, der repareres. Opvarmning kan finde sted ved brand, men også ved almindelige arbejdsprocesser som svejsning, lodning, skæring, slibning, savning, støbning samt opvarmning ved varmluft.

Isocyanater frigives også ved iltning af klorholdige affedtningmidler inden for metalindustrien, ved galvanisering og stålhærdning samt ved guld- og sølvarbejde. Isocyanater bruges også tit i produkter, der består af 2 komponenter, der ved sammenblanding reagerer med hinanden under dannelsen af en plast. Isocyanaten kaldes for hærderen. Den anden komponent indeholder polyol og kaldes for harpiksen. Undertiden leveres polyolen og isocyanaten færdigblandet. Det udhærdede produkt kaldes også PUR (plast) eller polyurethan.

Den tidsmæssige sammenhæng

Der skal som udgangspunkt have været tale om 4-5 års daglig eller stort set daglig udsættelse for isocyanater.

Ved tilfælde af særlig massiv udsættelse kan det tidsmæssige krav til udsættelsen efter konkret vurdering nedsættes.

De arbejdsmæssige forhold

Ved vurderingen af om den arbejdsmæssige udsættelse er tilstrækkelig til, at sygdommen kan anerkendes, er det relevant at se på de forhold, som arbejdet er foregået under. Påvirkningen vil være størst i små rum uden ordentlig udsugning, mens påvirkningen vil være mindst, hvor arbejdet er foregået udendørs.

Hvis arbejdet er foregået indendørs, er et væsentligt at se på, om der har været udsugning, og om der er anvendt åndedrætsværn.

Der skal en længere tidsmæssig udsættelse til, før sygdommen kan anerkendes, hvis beskyttelsesforholdene har været gode, end hvis udsugning og andre beskyttelsesmæssige forhold har været mangelfulde.

18.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold

Eksempler på mulige konkurrerende faktorer, der kan virke ind på sygdommens opståen eller dens forløb er:

- Tobaksrygning
- Alfa 1-anitrypsin, som er en arvelig genfejl

Rygning er en meget væsentlig årsag til lungesygdom med nedsat lungefunktion af obstruktiv type. Rygning kan derfor i nogle tilfælde medføre, at der foretages fratræk i erstatningsudmålingen, eller at sagen afvises.

18.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen

Det er kun lungesygdom med nedsat lungefunktion af obstruktiv type, der er omfattet af fortegnelsens gruppe E, punkt 9. Der skal desuden have været tale om påvirkninger som anført på fortegnelsen, der opfylder kravene til anerkendelse.

Lungesygdom med nedsat lungefunktion af obstruktiv type, der ikke er omfattet af fortegnelsen, vil i særlige tilfælde eventuelt kunne anerkendes efter forelæggelse for Erhvervssygdomsudvalget.

Erhvervssygdomsudvalgets praksis ved vurdering af sager uden for fortegnelsen vil løbende blive meldt ud på Arbejdsskadestyrelsens hjemmeside.

18.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

Eksempel 1: Anerkendelse af lungesygdom med nedsat lungefunktion af obstruktiv type efter E.9 (automekaniker udsat for isocyanater)

En 32-årig mand arbejdede 6 år som automekaniker i bilindustrien med forskellige bilreparationer, herunder med svejsning og slibning af karosseridelen. Han havde aldrig røget, men i slutningen af perioden fik han hoste og opspyt og blev kortåndet ved fysisk anstrengelse. Han fik ved en lægeundersøgelse konstateret nedsat lungefunktion og Tiffenau-værdien (FEV1/FVC) blev målt til 60 procent. Han fik stillet diagnosen lungesygdom med nedsat lungefunktion af obstruktiv type.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Automekanikeren har i 6 år været betydeligt udsat for isocyanater, der frigives i forbindelse med svejsning og slibning, hvor billakken opvarmes. Der er god tidsmæssig og årsagsmæssig sammenhæng mellem påvirkningen på arbejdet og sygdommen.

Eksempel 2: Afvisning af lungesygdom med nedsat lungefunktion af obstruktiv type efter E.9 (træindustriarbejder udsat for isocyanater)

En 41-årig mand arbejdede 4 år på en køkkenfabrik med blandt andet opskæring af laminerede bordplader. Arbejdet foregik ved en rundsav med god udsugning og foregik 3 timer dagligt. Manden havde røget 20 cigaretter om dagen, siden han var 17 år. Efter de 4 år fik han hoste og

opspyt og blev kortåndet ved fysisk anstrengelse. Ved en lægeundersøgelse fik han konstateret nedsat lungefunktion og Tiffenau-værdien (FEV1/FVC) blev målt til 70 procent. Han fik stillet diagnosen lungesygdom med nedsat lungefunktion af obstruktiv type.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Træindustriarbejderen har været udsat for isocyanater, men i begrænsede mængder, da der har været god udsugning under arbejdet, og han kun havde været udsat i 3 timer dagligt i 4 år. Han har røget i, hvad der svarer til 24 pakkeår. Det er ikke overvejende sandsynligt, at arbejdets forhold har forårsaget sygdommen.

19. Lungebetændelse (E.10)

- 19.1. Punkt på fortegnelsen
- 19.2. Krav til diagnosen
- 19.3. Krav til påvirkningen
- 19.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme
- 19.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen
- 19.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

19.1. Punkt på fortegnelsen

Sygdommen lungebetændelse er optaget på fortegnelsen over erhvervssygdomme (gruppe E, punkt 10):

Sygdom	Påvirkning
Lungebetændelse	Vanadium og dets forbindelser

19.2. Krav til diagnosen

Hovedbetingelser

Der skal lægeligt være stillet diagnosen lungebetændelse (pneumonia/pleuropneumonia non specificata J.18.9).

For at diagnosen lungesygdom med nedsat lungefunktion kan stilles, skal følgende krav være opfyldt:

- relevante subjektive klager (symptomer) og
- kliniske objektive forandringer

Symptomer

Irritation af øjne og næse samt hoste efterfulgt af udvikling af lungebetændelse med feber i løbet af nogle dage.

Objektive tegn

Feber over 38 grader samt påvisning af lungebetændelse ved stetoskopi af lungerne foretaget af læge eller påvisning af typiske forandringer for lungebetændelse ved røntgenundersøgelse af lungerne.

19.3. Krav til påvirkningen

For at lungebetændelse er omfattet af punktet på fortegnelsen, skal der have været tale om en relevant påvirkning, som nærmere beskrevet nedenfor.

Om udsættelse for vanadium og dets forbindelser

Vanadium er et grundstof, der primært anvendes i fremstillingen af hårde ståltyper. Vanadium findes blandt andet i panser på kampvogne og andre militærkøretøjer, flymotorer, kuglelejer og fjedre i biler og kirurgiske redskaber. Det bruges også i produktionen af glas, hvor det giver glasset blå og grønne farver og i fremstillingen af farver og lakker. Det findes også i forbindelse med udsættelse for store mængder af løbesod for eksempel hos skorstensfejere.

Det er kun ved brug af vanadium ved produktion og fremstilling af stål og glas, at udsættelsen finder sted. Senere forarbejdning af materialerne medfører ikke udsættelse for vanadium.

Den tidsmæssige sammenhæng

Det er en forudsætning for anerkendelse, at symptomerne på sygdommen er opstået i en nær tidsmæssig sammenhæng med den arbejdsmæssige udsættelse for vanadium.

Derimod er der ikke noget krav om, at udsættelsen skal have en bestemt varighed eller styrke, fordi lungebetændelse i nogle tilfælde udløses efter kort tid og ved selv begrænsede udsættelser.

De arbejdsmæssige forhold

Ved vurderingen af om den arbejdsmæssige udsættelse er tilstrækkelig til, at sygdommen kan anerkendes, er det relevant at se på de forhold, som arbejdet er foregået under.

Påvirkningen vil være størst i små rum uden ordentlig udsugning, og påvirkningen vil være mindst, hvor arbejdet er foregået udendørs.

Hvis arbejdet er foregået indendørs, er det væsentligt at se på, om der har været udsugning, og om der er anvendt åndedrætsværn.

Der skal en længere tidsmæssig udsættelse til, før sygdommen kan anerkendes, hvis beskyttelsesforholdene har været gode, end hvis udsugning og andre beskyttelsesmæssige forhold har været mangelfulde.

19.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold

Hvis der i forbindelse med påvisning af sygdommen lungebetændelse er påvist andre specifikke årsager til lungebetændelse, eksempelvis legionella (legionærsyge), kan det i nogle tilfælde medføre, at vi foretager fratæk i erstatningen eller afviser sagen.

19.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen

Det er kun lungebetændelse, der er omfattet af fortegnelsens gruppe E, punkt 10. Der skal desuden have været tale om påvirkninger, som anført på fortegnelsen, der opfylder kravene til anerkendelse.

Lungebetændelse, der ikke er omfattet af fortegnelsen, vil i særlige tilfælde eventuelt kunne anerkendes efter forelæggelse for Erhvervssygdomsudvalget.

Erhvervssygdomsudvalgets praksis ved vurdering af sager uden for fortegnelsen vil løbende blive meldt ud på Arbejdsskadestyrelsens hjemmeside.

19.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

Eksempel 1: Anerkendelse af lungebetændelse efter E.10 (mekaniker udsat for vanadium)

En 55-årig mand arbejdede i 30 år som stålarbejder på et stålvalseværk. En del af arbejdet bestod i produktion og støbning af panserplader. I 2009 fik stålvalseværket en stor ordre på panserplader, hvilket indebar, at han i en længere periode kun arbejdede med stål tilsat vanadium. Herefter fik han irriterede øjne og næse, og få dage efter fik han konstateret lungebetændelse ved lægeundersøgelse.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Mekanikeren har været udsat for vanadium, der frigives i forbindelse med produktion af stålplader/panserplader. Der er god tidsmæssig sammenhæng mellem påvirkningen på arbejdet og sygdommen.

20. Posttraumatisk belastningsreaktion (F.1)

- 20.1. Punkt på fortegnelsen
- 20.2. Krav til diagnosen
- 20.3. Krav til påvirkningen
- 20.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold
- 20.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen
- 20.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

20.1. Punkt på fortegnelsen

Følgende psykiske sygdom er optaget på fortegnelsen over erhvervssygdomme (gruppe F, punkt 1):

Sygdom	Påvirkning
F.1. Posttraumatisk belastningsreaktion	Traumatiske begivenheder eller situationer af kortere eller længere varighed af en exceptionelt truende eller katastrofeagtig natur

20.2. Krav til diagnosen

Sygdommen skal opfylde nedenstående diagnosekriterier efter WHO's internationale sygdomsklassifikation nr. 10 (ICD 10) - F43.1:

A: Udsættelse for traumatiske begivenheder eller situationer af kortere eller længere varighed af en exceptionelt truende eller katastrofeagtig natur

B:

1. Tilbagevendende genoplevelse af traumerne i "flashbacks", påtrængende erindringer eller mareridt eller
2. Stærkt ubehag ved udsættelse for omstændigheder, der minder om traumerne

C: Undgåelse af alt, der minder om traumerne

D:

1. Delvis, eventuelt fuld amnesi (fortrængning) af de traumatiske oplevelser eller
2. Vedvarende symptomer på psykisk overfølsomhed eller alarmberedskab, herunder mindst 2 af følgende:
 - a. Ind- eller gennemsovningsbesvær
 - b. Irritabilitet eller vredesudbrud
 - c. Koncentrationsbesvær
 - d. Hypervigilitet (øget vagtsomhed)
 - e. Tilbøjelighed til at fare sammen

E: Optræder inden for 6 måneder efter de traumatiske oplevelser

Diagnosen posttraumatisk belastningsreaktion kan i princippet ikke stilles, uden at tilskadekomne opfylder de diagnostiske krav til sygdommen fuldt ud, herunder kravet om udsættelse for exceptionelt truende eller katastrofeagtige belastninger inden for 6 måneder før sygdommens debut.

Ved vurdering af diagnosen skal der, som grundlag for en anerkendelse, indgå en vurdering fra en psykiatrisk speciallæge.

I nogle tilfælde anfører speciallægen diagnosen posttraumatisk belastningsreaktion, uden at sygdommen opfylder de diagnostiske krav til helt ekstraordinære belastninger og/eller til symptombilledet. Der kan for eksempel være tale om et symptombillede, der svarer til sygdomsbilledet ved posttraumatisk belastningsreaktion, uden at der har fundet exceptionelt belastende påvirkninger sted.

Det er Arbejdsskadestyrelsen, der vurderer, om kravene til diagnosen er opfyldt, herunder kravene til ekstraordinært belastende psykiske påvirkninger.

Andre diagnoser såsom belastningsreaktion (herunder akut eller uspecifik belastningsreaktion), tilpasningsreaktion, depression og stresstilstand/-syndrom er ikke omfattet af punktet på fortegnelsen, medmindre Arbejdsskadestyrelsen vurderer, at sygdomsbilledet svarer overens med – og opfylder kravene til – sygdommen posttraumatisk belastningsreaktion.

En række af de andre tilstande/sygdomme kan dog eventuelt anerkendes uden for fortegnelsen efter forelæggelse for Erhvervssygdomsudvalget, hvis der har været tale om en ekstraordinær psykisk belastning.

20.3. Krav til påvirkningen

Sygdommen anses for overvejende at være forårsaget af ydre belastninger og kan eventuelt medføre varige psykiske følger. Selve diagnosen indeholder en vurdering af belastningens karakter.

I princippet kan diagnosen ikke stilles, medmindre der har været tale om udsættelse for ekstraordinært svære belastninger af en exceptionelt truende eller katastrofeagtig karakter.

20.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold

Der kan i nogle tilfælde være tale om forudbestående eller konkurrerende psykisk sygdom, der er uden sammenhæng med de særligt belastende påvirkninger på arbejdet, men af betydning for det samlede sygdomsbillede. Tilsvarende kan andre forhold end forhold knyttet til arbejdet have betydning for en persons psykiske tilstand.

Eksempler på forudbestående eller konkurrerende sygdomme kan være depression, angst, psykoser og lignende.

20.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen

Det er kun sygdommen posttraumatisk belastningsreaktion, der er omfattet af dette punkt på fortegnelsen. Der skal desuden have været tale om påvirkninger, der opfylder kravene til anerkendelse.

Andre sygdomme eller påvirkninger uden for fortegnelsen vil i særlige tilfælde kunne anerkendes efter forelæggelse for Erhvervssygdomsudvalget.

Følgende psykiske sygdomme vil efter en konkret vurdering kunne anses for at være forårsaget af ydre påvirkninger og vil eventuelt kunne anerkendes efter forelæggelse for udvalget:

- Belastningsreaktion, herunder akut belastningsreaktion, andre belastningsreaktioner og uspecifikke former for belastningsreaktion (F43)
- Depression (herunder depressiv enkeltepisode F32). De fleste depressioner er forbigående, og man kan almindeligvis ikke skelne disse fra de mere vedvarende, andet end ved at følge forløbet. Der er ikke noget krav om, at sygdommen skal være varig
- Generaliseret angst (andre angsttilstande F41)
- Fobier (herunder fobisk angst F40)
- Obsessiv kompulsiv sygdom (tvangshandlinger)
- Somatoforme tilstande F45 (klager over legemlige symptomer, uden at der foreligger nogen fysisk årsag)
- Visse psykoser. Vedvarende psykoser anses dog generelt ikke for at have ydre belastninger som dominerende årsagsfaktor
- Vedvarende personlighedsændring efter katastrofeoplevelse F62 (når sygdommen ikke er omfattet af diagnosen posttraumatisk belastningsreaktion)

Om disse psykiske sygdomme vil blive anset for at være forårsaget af en arbejdsmæssig påvirkning, vil bero på en konkret vurdering, herunder af symptomdebut, forløbet af sygdommen og karakteren og omfanget af de psykiske belastninger.

Psykisk sygdom med diagnosen tilpasningsreaktion vil normalt ikke kunne anerkendes som erhvervssygdom, da diagnosen dækker over meget lette, uspecifikke og forbigående psykiske gener, der normalt ikke kan anses for en egentlig erhvervssygdom efter loven og i øvrigt kan opstå efter selv meget lette påvirkninger.

Se kapitel 22 for eksempler på afgørelser om psykiske sygdomme uden for fortegnelsen.

Erhvervssygdomsudvalgets praksis ved vurdering af sager uden for fortegnelsen vil løbende blive meldt ud på Arbejdsskadestyrelsens hjemmeside.

20.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

Udstationering (militær og nødhjælpsarbejde)

Eksempel 1: Anerkendelse efter udstationering ved de fredsbevarende styrker (Kuwait/Kroatien)

En officer, der var udstationeret i Kuwait og senere i Kroatien ved de fredsbevarende styrker, oplevede, at en irakisk soldat blev henrettet ved at blive skudt gennem munden. Han var desuden udsat for en række voldsomme begivenheder, både direkte krigshandlinger og overgreb på civile. Han udviklede en posttraumatisk belastningsreaktion.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Officeren havde som led i tjenesten ved de fredsbevarende styrker været udsat for en række belastende situationer. Ved de lægelige undersøgelser var der påvist en psykisk sygdom i form af posttraumatisk belastningsreaktion, og der var god

overensstemmelse mellem de arbejdsmæssige påvirkninger af en exceptionelt truende og belastende karakter og sygdommen.

Eksempel 2: Anerkendelse efter nødhjælpsarbejde (Bosnien)

En chauffør kørte nødhjælpsforsyninger i Bosnien. Han oplevede, at hele byer blev udslettet, og at han måtte køre i områder med direkte krigshandlinger. Konvojen blev dagligt standset af bevæbnede soldater eller civile, der truede med våben for at få udleveret penge og lignende. Chaufføren udviklede et posttraumatisk belastningssyndrom.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Chaufføren har udviklet et posttraumatisk belastningssyndrom efter at have været udsat for en række voldsomme oplevelser som nødhjælpschauffør i områder med direkte krigshandlinger og trusler i forbindelse med røveriske overfald og lignende. Der er endvidere god sammenhæng mellem de arbejdsmæssige påvirkninger og sygdommen.

Eksempel 3: Anerkendelse efter arbejde for Dansk Flygtningehjælp i Kosovo

En mand var ansat i Dansk Flygtningehjælp og var i knapt et halvt år lagerbestyrer i Kosovo, hvor han var udsat for vold og mordtrusler. Af speciallægeerklæringen fremgik, at diagnosen var posttraumatisk belastningsreaktion.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Lagerbestyreren har været udsat for trusler om vold og mordtrusler og havde grund til at tage truslerne alvorligt. Der er endvidere god sammenhæng mellem de arbejdsmæssige belastninger og sygdommen.

Fængselsvæsenet og politiet

Eksempel 4: Anerkendelse efter arbejde som fængselsfunktionær

En fængselsbetjent var igennem flere år ansat i en arrest, hvor arbejdet blev mere og mere belastende, blandt andet på grund af flere såkaldte "sterke fanger". Han havde igennem 20 år arbejdet som fængselsbetjent og havde især igennem de senere år været udsat for tiltagende belastninger i form af rockerangreb udefra, trusler, tilråb og selvmordsforsøg. Af speciallægeerklæringen fremgik, at diagnosen var posttraumatisk belastningsreaktion.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Fængselsbetjenten blev over en længere periode udsat for grove trusler og andre voldsomme, psykisk belastende begivenheder i sit arbejde som fængselsfunktionær med kontakt til psykisk meget belastende fanger. Endvidere havde han udviklet symptomer, som var forenelige med posttraumatisk belastningsreaktion.

Eksempel 5: Anerkendelse efter arbejde som fængselsfunktionær

Tilskadekomne havde gennem mange år arbejdet som fængselsfunktionær. Blandt andet i en arrest, hvor arbejdet var meget stressende, og hvor der forekom trusler, voldsepisoder og lignende. Efterfølgende var han ansat i et fængsel, hvor han var udsat for vold, håndgranatangreb og skud med automatvåben. Endvidere var han den første på stedet, da en indsat forsøgte at begå selvmord. Af speciallægeerklæringen fremgik, at diagnosen var posttraumatisk belastningsreaktion.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Tilskadekomne har både været udsat for trusler om vold og vold samt exceptionelt svære psykiske påvirkninger i øvrigt. Han udviklede herefter symptomer

forenelige med posttraumatisk belastningsreaktion, og der er god overensstemmelse mellem den psykiske sygdom og belastningerne på arbejdet.

Eksempel 6: Anerkendelse efter arbejde som politiassistent

En politiassistent var i forbindelse med sit arbejde kaldt ud til flere færdselsuheld med dødelig udgang, en ulykke, hvor et lille barn druknede, mordepisoder og en skudepisode med dødelig udgang, hvor tilskadekomne selv var i alvorlig fare. Det fremgik af speciallægeerklæringen, at diagnosen var posttraumatisk belastningsreaktion.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Poliassistenten har i medfør af sit arbejde som politimand været kaldt ud til en række hændelser med voldsom død samt en skudepisode med dødelig udgang; herunder var han udsat for episoder, hvor han selv var i en livstruende situation. Han udviklede derefter symptomer på posttraumatisk belastningsreaktion.

Eksempel 7: Afvisning efter arbejde som fængselsfunktionær

En 50-årig mand havde igennem 20 år arbejdet som fængselsbetjent ved Københavns Fængsler. Han blev under ansættelsen udsat for daglige konflikter med de indsatte, blev truet med glasskår og knive og blev sparket i ansigtet i forbindelse med en anholdelse. Han udviklede godt 4 år efter arbejdsophør symptomer på en psykisk sygdom med mareridt og emotionel påvirkning. Speciallægen fandt symptomer på en lettere traumatisk stresstilstand.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen, og der er ikke grundlag for forelæggelse for udvalget. Fængselsfunktionæren har haft psykisk meget belastende oplevelser i sit arbejde som fængselsfunktionær, men udvikler først psykiske symptomer efter 4 års arbejdsophør. Der er derfor ikke god tidsmæssig sammenhæng mellem belastningen og sygdomsudviklingen.

Plejarbejde

Eksempel 8: Anerkendelse efter arbejde som hjemmehjælper

En hjemmehjælper havde igennem nogle år arbejdet med en halvsidigt lammet kvinde. Klientens ægtefælle optrådte under hjemmehjælperens tilstedeværelse meget aggressivt og truende, slog og sparkede til ting og slog en knytnæve i væggen, lige over hjemmehjælperens hoved. Af speciallægeerklæringen fremgik diagnosen posttraumatisk belastningsreaktion.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Hjemmehjælperen oplevede under sit arbejde tilfælde af meget truende og aggressiv opførsel fra en klients mand. Det må ud fra beskrivelsen af episoderne anses for sandsynligt, at hun havde grund til at føle sig oprigtigt og personligt truet. Hun havde derudover udviklet symptomer på posttraumatisk belastningsreaktion i relevant tidsmæssig sammenhæng med påvirkningen.

Eksempel 9: Anerkendelse efter arbejde på institution for psykisk handicappede

En yngre kvinde var igennem nogle år ansat på en døgninstitution for psykisk handicappede og havde igennem et år været udsat for 4 voldelige overfald, hvor hun blev sparket og slået. Af speciallægeerklæringen fremgik diagnosen posttraumatisk belastningsreaktion.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Kvinden har været udsat for flere voldelige overfald på sit arbejde, hvor hun blev sparket og slået. Hun udviklede derefter symptomer på posttraumatisk belastningsreaktion.

Eksempel 10: Anerkendelse efter udsættelse for klager om vanrøgt i pressen (sygeplejerske)

En kvinde arbejdede som gruppeleder på et plejecenter, hvor hun var ansvarlig for plejekvaliteten, bemanningen og arbejdsplaner. Der opstod samarbejdsvanskeligheder i personalegruppen, og tilskadedkomne blev under håndtering af konflikten beskyldt for dårlig ledelse. Embedslægen kom på uanmeldt besøg som følge af konflikterne og udarbejdede en meget kritisk rapport om plejeforholdene og den plejefaglige kvalitet på afdelingen. Rapporten blev videregivet til pressen, som gav sagen stor mediebevågenhed. Kvinden blev ikke nævnt ved navn i pressen, men følte sig alligevel personligt og direkte hængt ud for vanrøgt ved medieomtalen. Hun oplevede flere gange, at pressen mødte op ved og belejrede hendes bopæl, og hun var blandt andet vidne til, at en bus med pensionister kørte ind til hendes bopæl for at se, hvor hun boede. Hun udviklede i sammenhæng med begivenhederne symptomer svarende til en posttraumatisk belastningsreaktion.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Sygeplejersken oplevede i forbindelse med samarbejdsconflikter, at hun blev hængt ud i pressen for den faglige kvalitet på den afdeling af et plejecenter, som hun var ansvarlig for. Sagen havde stor mediebevågenhed, og selvom hun ikke direkte blev nævnt ved navn, følte hun sig hængt ud som personligt ansvarlig. Hun oplevede herunder flere gange, at hendes bolig blev belejret af journalister, og også andre opsøgte hendes bopæl som følge af mediedækningen. Hun udviklede symptomer svarende til posttraumatisk belastningsreaktion, som følge af den meget personligt belastende og krænkende medieomtale af sagen, hvor hun blev gjort ansvarlig for en væsentlig del af de kritiserede plejeforhold, herunder kritik for vanrøgt.

Eksempel 11: Afvisning efter udsættelse for klager (sygeplejerske)

En sygeplejerske, der var ansat i den kommunale hjemmepleje, modtog klager fra de pårørende i forbindelse med tilsyn af en ældre mand. Hun blev i den anledning indkaldt til et møde med ledelsen, hvor hun modtog en tilrettevisning. Hun følte sig i den forbindelse uretfærdigt behandlet. Der var ikke stillet en egentlig psykiatrisk diagnose.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen, da sygeplejersken ikke har fået stillet diagnosen posttraumatisk belastningsreaktion. Der er heller ikke tale om exceptionelt truende eller katastrofeagtige belastninger, der kan medføre en posttraumatisk belastningsreaktion. Sagen opfylder derfor ikke kravene til diagnose eller relevant påvirkning. Der er heller ikke grundlag for at forelægge sagen for Erhvervsstyrelsen.

Eksempel 12: Afvisning efter arbejde på psykiatrisk hospital og plejehjem (sygehjælper)

En sygehjælper med arbejde som fast nattevagt på et psykiatrisk hospital og et psykiatrisk plejehjem udviklede efter speciallægens vurdering symptomer på en posttraumatisk belastningsreaktion. Belastningen er beskrevet i generelle vendinger, og hverken sygehjælperen eller andre har kunnet redegøre for konkrete, særligt psykisk belastende episoder eller forløb, hvor hun har været direkte involveret eller udsat.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen, da der efter Arbejdsskadestyrelsens vurdering ikke er tale om en posttraumatisk belastningsreaktion. Der er ikke beskrevet konkrete og relevante, exceptionelt truende eller katastrofeagtige påvirkninger, der vil kunne medføre sygdommen. Der er heller ikke grundlag for at forelægge sagen for Erhvervsstyrelsen.

Undervisning

Eksempel 13: Anerkendelse efter arbejde som lærer for børn med udviklingsforstyrrelser

En lærer var ansat på en skole, hvor børnene havde udviklingsforstyrrelser og indlæringsvanskeligheder. Han var enlærer for en større autistisk dreng med tilbagevendende udadrettet og aggressiv adfærd. Drengen havde gentagne gange slået læreren, som tillige blev udsat for forskellige anklager fra forældrene. Sagen blev omtalt i medierne med offentliggørelse af lærerens navn. Af speciallægeerklæringen fremgik, at han havde udviklet symptomer på en psykisk sygdom.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Læreren har i forbindelse med arbejdet været udsat for gentagne episoder med vold fra en større, udadreagerende, autistisk dreng samt anklager fra forældrene, og sagen var desuden genstand for medieomtale, hvor tilskadekomnes navn blev offentliggjort. Han udviklede i sammenhæng hermed klare symptomer på posttraumatisk belastningsreaktion.

Eksempel 14: Anerkendelse efter klager og udsættelse for vold fra autistisk barn (lærer)

En lærer havde igennem mange år arbejdet på en skole for autistiske børn og blev anmeldt for kvælningsforsøg efter at have holdt et barn fast. Tiltalen blev senere frafaldet. Senere modtog tilskadekomne igen klage fra forældre efter at have hjulpet en kollega i en konfliktsituation. I speciallægeerklæringen var det anført, at der var tale om en personlighedsændring.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Læreren havde i forbindelse med episoden med barnet og anmeldelsen om kvælningsforsøg samt de fortsatte klager udviklet symptomer, som var forenelige med posttraumatisk belastningsreaktion. Tiltalen for vold mod barnet blev senere frafaldet. Han udviklede i tilknytning til det ekstraordinært psykisk belastende forløb en posttraumatisk belastningsreaktion.

Grove seksuelle beskyldninger eller krænkelser

Eksempel 15: Anerkendelse efter tiltale for pædofili (pædagog)

En mandlig pædagog, der var ansat i en fritidsordning, udviklede psykiske gener i forbindelse med sigtelse og retssag om blufærdighedskrænkelser over for et barn i fritidsordningen. Han blev senere frikendt. De beskrevne symptomer ved sygdommen i form af søvnbesvær, rastløshed, koncentrationsbesvær og undvigeadfærd svarede til diagnosekriterierne for posttraumatisk belastningsreaktion.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Pædagogen har som følge af sit arbejde været udsat for et exceptionelt psykisk belastende forløb i form af grove beskyldninger om seksuel krænkelser af børn, der medførte sigtelse og retsforfølgelse med senere frifindelse. Han udviklede symptomer på en posttraumatisk belastningsreaktion, og der var god overensstemmelse mellem sygdomsforløbet og den exceptionelt svære psykiske påvirkning i form af tiltale og senere frifindelse for pædofili.

Eksempel 16: Anerkendelse efter dom og senere frifindelse for pædofili (pædagogmedhjælper)

En yngre mand arbejdede som pædagogmedhjælper i en børnehave i 2 perioder. Han blev i slutningen af ansættelsesforløbet anklaget for seksuelle overgreb over for nogle af børnene, og sagen blev politianmeldt. Han blev sigtet for seksuelle overgreb mod flere af børnene i børnehaven samt et barn i en anden institution. Under sagen blev han udsat for en hetzagtig stemning mod sig og modtog flere gange anonyme trusler. Hans mor modtog tilsvarende anonyme trusler. Han blev

ved byretten kendt skyldig i nogle af anklagepunkterne og idømt 1 års fængsel. Han blev senere frifundet for alle anklager af Østre Landsret. Han udviklede i forlængelse af anklagerne og retssagen en posttraumatisk belastningsreaktion med symptomer i form af angst, mareridt, undvigeadfærd, søvnbesvær, irritabilitet, energiløshed, vagtsomhed og koncentrationsbesvær.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Pædagogmedhjælperen har været udsat for anklager om seksuelle overgreb på børn og blev siden sigtet og dømt ved byretten. Under sagens forløb blev han udsat for en hetz mod sin person, og han og hans mor modtog anonyme trusler. Han blev senere frifundet for alle anklager af Østre Landsret, men havde da udviklet sygdommen posttraumatisk belastningsreaktion. Der er god tidsmæssig og årsagsmæssig sammenhæng mellem sygdomsforløbet og den exceptionelle påvirkning i form af udsættelse for anklager og dom for seksuelle overgreb mod børn, foruden udsættelse for grov hetz og trusler. Han blev senere frifundet for alle anklager.

Eksempel 17: Anerkendelse efter udsættelse for sexchikane (kok)

En yngre kvinde var ansat som ufaglært kok. Efter et halvt års ansættelse begyndte chefen i stigende grad at gøre grovere seksuelle tilnærmelser med fysiske berøringer. Senere begyndte han uretmæssigt at beskylde hende for fejl og at udøve telefonchikane. Den tilskadekomne udviklede en posttraumatisk belastningsreaktion.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Den kvindelige kok har været udsat for exceptionelt grove og grænseoverskridende psykiske påvirkninger i form af omfattende sexchikane med fysiske tilnærmelser og senere telefonchikane fra sin chef. Der er god overensstemmelse mellem det dokumenterede hændelsesforløb i form af grov og meget grænseoverskridende sexchikane med fysiske berøringer og sygdomsbilledet.

Andre exceptionelle påvirkninger

Eksempel 18: Anerkendelse efter udsættelse for trusler og voldsom død på arbejdet (DSB)

En kontorfunktionær, der solgte billetter på en S-togs-station, var ude for selvmord, andre dødsfald og trusler under sit arbejde på stationen. Hun udviklede herved en posttraumatisk belastningsreaktion.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Hændelserne i form af trusler og voldsomme dødsfald på arbejdet ligger væsentligt ud over, hvad kvinden må være indstillet på at opleve som kontorfunktionær. De er exceptionelt psykisk belastende af karakter, og der er endvidere god sammenhæng mellem sygdomsdebuten og hændelserne.

Eksempel 19: Anerkendelse efter udsættelse for flere røverier (bankansat)

En bankfunktionær havde arbejdet i forskellige banker igennem mange år. Hun havde gennem årene overværet flere væbnede røverier mod banken. Under 2 røverier i 1998 var hun i tæt kontakt med røveren og blev direkte truet med skydevåben. Hun udviklede efter de 2 pågældende røverier symptomer på en psykisk sygdom i form af flashbacks, vagtsomhed, energiløshed og koncentrationsbesvær. En psykiatrisk speciallæge anfører diagnosen posttraumatisk belastningsreaktion.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Bankfunktionæren har overværet en række væbnede bankrøverier og er selv blevet direkte truet med skydevåben et par gange. Hun udviklede i

forlængelse af truslerne mod sig selv symptomer på en posttraumatisk belastningsreaktion, og der er god sammenhæng mellem sygdomsbilledet og udsættelsen for de exceptionelt truende situationer.

Udsættelse for klager, samarbejdsproblemer og lignende

Eksempel 20: Afvisning efter udsættelse for klager (læge)

Tilskadekomne var læge i Forsvaret og i en periode udstationeret i Jugoslavien. Han oplevede efter sin hjemkomst at blive udsat for forskellige beskyldninger og klager over sin embedsførelse fra kolleger og en chef. Han udviklede ifølge speciallægeerklæringen en posttraumatisk belastningsreaktion, hvis gener dog i det store og hele var forbigående.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Den udstationerede læge har været udsat for samarbejdsproblemer, herunder forskellige beskyldninger. Han har dog ikke været udsat for så exceptionelt psykisk belastende tilfælde af beskyldninger og klager, at dette kan anses for tilstrækkeligt til udvikling af en posttraumatisk belastningsreaktion. Der er endvidere tale om en meget svag dokumentation for posttraumatisk belastningsreaktion efter diagnosekriterierne, selvom speciallægen anfører denne diagnose. Der er ikke grundlag for at forelægge sagen for Erhvervssygdomsudvalget.

Eksempel 21: Afvisning efter udsættelse for samarbejdsproblemer (ansat i Flyvevåbnet)

En varslingsoperatør, der var ansat ved Flyvevåbnet, oplevede dårligt arbejdsmiljø og samarbejdsproblemer. Hun havde i øvrigt problemer i forbindelse med indførelse af ny teknologi. Hun udviklede symptomer, som var forenelige med diagnosen posttraumatisk belastningsreaktion.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen, da der ikke er tale om en ekstraordinær belastning, der i sig selv er tilstrækkelig til at give en posttraumatisk belastningsreaktion. Der er heller ikke grundlag for at forelægge sagen for Erhvervssygdomsudvalget.

20.7. Afgrænsning mellem ulykke og erhvervssygdom

Der er sager, hvor der over tid er tale om en række ulykkestilfælde, eksempelvis i form af vold, trusler om vold eller lignende, der hver især kan anerkendes som ulykker. For anerkendelse af psykiske sygdomme som følge af ulykkestilfælde henvises til vejledning om ulykker.

Hvis der ud over hændelser, der er behandlet som ulykker, er belastende episoder, der ikke er anerkendt, vil der være mulighed for at bedømme det samlede forløb og anerkende sygdommen som erhvervssygdom, hvis kriterierne for anerkendelse af en posttraumatisk belastningsreaktion i øvrigt er opfyldt. Ved erstatningsudmålingen vil der dog eventuelt blive trukket fra, hvis der tidligere er givet erstatning som følge af anerkendte ulykker.

Eksempler på afgrænsning mellem ulykke og erhvervssygdom

Eksempel 1: Anerkendelse efter arbejde som togfører

En lokomotivfører, der havde været ansat i DSB i godt 30 år, havde gennem årene været udsat for flere belastende episoder. Han havde påkørt en selvmorder og havde oplevet flere påkørsler. Disse sager var anerkendt som ulykker. Han var derudover blevet truet med en kniv. Efter at han havde været tæt på at påkøre en flok berusede personer, blev han sygemeldt. Han havde udviklet en posttraumatisk belastningsreaktion.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Togføreren har været udsat for adskillige, stærkt psykisk belastende begivenheder som lokomotivfører og har udviklet en posttraumatisk belastningsreaktion med angstsymptomer, flashback-fænomener (mareridt) og undvigeadfærd. I dette tilfælde var de enkelte hændelser ikke behandlet som enkeltstående ulykkestilfælde, og der var ikke tidligere givet erstatning herfor. De forskellige hændelser kan derfor betragtes samlet som en erhvervssygdom efter udsættelse for flere exceptionelt belastende hændelser over en årrække, og erstatningen udmåles i tilknytning til én og samme sag.

Eksempel 2: Afvisning af erhvervssygdom efter arbejde med psykisk handicappede (socialpædagog)

En socialpædagog havde siden 1963 arbejdet med psykisk handicappede, primært psykisk handicappede mænd. Han havde fået anerkendt 3 voldsepisoder som ulykkestilfælde. I 1992 blev et psykisk traume anerkendt som et ulykkestilfælde med godtgørelse for men. Han havde ikke siden været udsat for meget psykisk belastende oplevelser på arbejdet.

Sagen kan ikke anerkendes som erhvervssygdom. Socialpædagogen har ikke siden hændelsen i 1992, der allerede var anerkendt som et ulykkestilfælde, været udsat for voldsomme oplevelser i et omfang, der kunne medføre en varig psykisk sygdom. Der er ikke beskrevet psykiske følger ud over, hvad der allerede er blevet erstattet som følge af de anerkendte ulykkestilfælde.

Eksempel 3: Afvisning af erhvervssygdom efter arbejde som psykiatrisk plejer

En plejer havde været ansat på et psykiatrisk plejehjem siden 1978 som fast nattevagt. I de senere år havde han været alene på nattevagt. 2 episoder var anmeldt og anerkendt som ulykkestilfælde. I marts 1992 blev han sparket af en truende og udsældende patient. Hændelsen blev anerkendt som et ulykkestilfælde uden erstatning. Efter denne episode fik han voldsomme angstanfald, grædeture og angst for mørke. Han begyndte på arbejdet igen i juni 1992. I 1994 var der voldsepisoder, hvor kollegerne var involveret, og han fik det igen dårligt og begyndte at drikke.

Sagen kan ikke anerkendes som en erhvervssygdom efter fortegnelsen. Begivenheden i 1992 er anerkendt som et ulykkestilfælde, og plejeren udviklede i 1992 symptomer på en posttraumatisk belastningsreaktion, der blev kompliceret af et overforbrug af alkohol. Tilstanden var forbigående, men han havde et tilbagefald i 1994 i forbindelse med vold/trusselsepisoder over for kolleger. Der er ikke dokumenteret et relevant psykisk traume i forbindelse med tilbagefaldet, og de relevante tidligere hændelser er anerkendt som ulykker. Det bør dog vurderes, om tilbagefaldet kan henføres til den anerkendte ulykke i 1992, og om denne tidligere sag derfor skal genoptages.

Yderligere information:

[Udredningsrapport om stress og psykiske sygdomme](#). Rapporten kan findes på www.ask.dk under Arbejdsskadestyrelsen, forskning og projekter

Ankestyrelsens principielle afgørelser om psykiske sygdomme kan ses på www.ast.dk

21. Kræftsygdomme (gruppe K)

Indledning

I det følgende beskriver vi muligheder og betingelser for anerkendelse af arbejdsbetingede kræftsygdomme, der er optaget på fortegnelsen over erhvervssygdomme anmeldt fra 1. januar 2005.

Vejledningen er først og fremmest tænkt som en hjælp for sagsbehandlere i Arbejdsskadestyrelsen og andre, der har behov for at orientere sig nærmere om kræftsygdomme. Den indeholder generelle oplysninger om vores behandling af sager om kræftsygdomme, en uddybende beskrivelse af udvalgte kræftområder og en række vejledende eksempler på afgørelser efter fortegnelsen, der dog langt fra er udtømmende.

Vejledningen er desuden tænkt som et muligt hjælperedskab for læger, der har brug for at orientere sig nærmere om kræftsygdomme som mulige arbejdsbetingede sygdomme.

Læger og tandlæger, der gennem deres erhverv konstaterer eller får mistanke om, at en person har pådraget sig en konstateret eller formodet arbejdsbetinget sygdom eller på anden måde har pådraget sig helbredsmæssige ulemper af skadelige påvirkninger i arbejdet, skal anmelde dette til Arbejdstilsynet og Arbejdsskadestyrelsen.

Anmeldepligten påhviler enhver læge og tandlæge, uanset om den pågældende er praktiserende eller ansat på sygehus, klinik eller anden institution eller i bedriftssundhedstjenesten. På sygehuse og klinikker og lignende påhviler anmeldepligten dog alene den ledende læge eller tandlæge på hver afdeling. Anmeldelsen skal ske senest 9 dage efter, at lægen eller tandlægen er blevet bekendt med sygdommen/skaden og den formodede sammenhæng med arbejdet.

[\(Bekendtgørelse nr. 950 af 26. november 2003 om lægers og tandlægers pligt til at anmelde arbejdsbetingede lidelser til Arbejdstilsynet og Arbejdsskadestyrelsen\)](#)

En læge eller tandlæge, der ikke har overholdt sin pligt til at anmelde en erhvervssygdom, vil blive straffet med bøde i henhold til lov om arbejdsmiljø.

En rapport fra Kræftens Bekæmpelse 2004 peger imidlertid på, at langt fra alle arbejdsbetingede kræftsygdomme anmeldes. Der anmeldes godt 200 muligt arbejdsbetingede kræfttilfælde årligt, selvom nyere undersøgelser peger på, at 2 til 4 procent af alle nye kræfttilfælde årligt helt eller delvist kan skyldes arbejdet. Det svarer til op mod 1.300 tilfælde per år.

[\(Anmeldelse af udvalgte arbejdsbetingede kræfttilfælde \(1994-2002\) til Arbejdsskadestyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, marts 2005\)](#)

Anerkendelsesprocenten for de godt 200 kræfttilfælde, der anmeldes årligt, har i perioden 2003-2005 været lidt over 50 procent. Kræft er ofte en meget alvorlig sygdom med store følger for tilskadekomne, og anmeldelse af sagen kan i mange tilfælde medføre erstatning for men og tab af erhvervsevne.

Arbejdsskadestyrelsen har som følge af problemet med underanmeldelse af kræftsygdomme iværksat en kampagne for at sikre, at flere læger fremover anmelder formodede tilfælde af arbejdsbetingede sygdomme til os. Af konkrete initiativer kan nævnes, at vi:

- Målretter information til læger på sygehusafdelinger, der behandler kræftpatienter, om deres anmeldepligt og om problemet med underanmeldelse
- I lægevidenskabelige tidsskrifter sætter fokus på lægers anmeldepligt og problemet med underanmeldelse
- Har udarbejdet denne vejledning om kræftsygdomme på fortegnelsen, som nærmere beskriver kravene til og mulighederne for anerkendelse af arbejdsbetinget kræft

Fra 2007 er der derfor indført automatisk anmeldeordning via et særligt kræftregister. Ordningen sikrer, at alle nye tilfælde af mesotheliom (asbest) og kræft i næsebihuler (træstøv) anmeldes til Arbejdsskadestyrelsen af Cancerregistret.

Det er også meget vigtigt, at sygdommen anmeldes rettidigt af den anmeldepligtige læge eller tandlæge.

Læger og tandlæger har pligt til at anmelde formodede eller konstaterede erhvervssygdomme, hvor anmeldefristen på 9 dage løber fra det tidspunkt, hvor lægen eller tandlægen har fået kendskab til, at det sandsynligvis er arbejdet, som er årsagen til sygdommen (lov om arbejdsskadesikring § 31, stk. 3 og 34). En læge eller tandlæge, der ikke har overholdt sin pligt til at anmelde en arbejdsskade, straffes med bøde (lov om arbejdsmiljø).

Den tilskadekomne kan også rejse krav om erstatning ved direkte anmeldelse til os. Det skal ske inden for 1 år efter, at tilskadekomne af en læge har fået oplyst, at sygdommen muligvis kan skyldes arbejdet. Vi kan normalt ikke se bort fra overskridelse af 1-årsfristen med henvisning til, at lægen/tandlægen ikke har overholdt sin anmeldepligt.

Denne vejledning er skrevet med henblik på at oplyse, om kræftsygdomme ud fra et arbejdsskade-perspektiv. Vægten er lagt på at redegøre for de forhold, der har særlig betydning for vores sagsbehandling og vurdering af anmeldte kræftsygdomme ud fra fortegnelsen over erhvervssygdomme, der bruges til at vurdere sygdomme anmeldt fra 1. januar 2005.

Vejledningen er ikke en medicinsk vejledning om behandling af kræftsygdomme, ligesom den ikke er fyldestgørende som informationsgrundlag om kræft for kræftframte eller andre, der ønsker detaljerede lægelige oplysninger om kræftformer, undersøgelser og behandling og lignende. For en mere grundig medicinsk information om kræftsygdomme henvises i stedet til Kræftens Bekæmpelses hjemmeside: www.cancer.dk.

Se mere om arbejdsbetingede kræftsygdomme uden for fortegnelsen i kapitel 22.

Arbejdsskadestyrelsen hastebehandler så vidt muligt særligt alvorlige tilfælde af kræft.

21.1. Punkter på fortegnelsen

Følgende kræftsygdomme er optaget på fortegnelsen over erhvervssygdomme (gruppe K):

Punkt	Kræftsygdom – organ/område
K.1.1.	Leukæmi
K.1.2.	Myeloid leukæmi
K.1.3.	Lymfe- og bloddannende organer
K.1.4.	Non-Hodgkins lymfom
K.2.1.	Bughinde (<i>mesotheliom</i>)
K.2.2.	Lever og galdeveje
K.2.3.	Lever
K.2.4.	Lever (<i>angiosarkom</i>)
K.2.5.	Mavesæk
K.2.6.	Næsesvælg
K.3.	Hud
K.4.1.	Lunge
K.4.2.	Lungehinde (<i>mesotheliom</i>)
K.4.3.	Næsehule og bihuler
K.4.4.	Slimhinder i bihuler og processus masteoideus (<i>epiteliale tumorer</i>)
K.4.5.	Strube
K.5.1.	Nyre
K.5.2.	Urinblære
K.6.1.	Bindevæv
K.6.2.	Bryst
K.6.3.	Knogle (<i>sarkom</i>)
K.6.4.	Kræft uden specifikation (<i>alle kræftformer, som ikke er medtaget under andre punkter</i>)
K.6.5.	Skjoldbruskkirtel

Kræftsygdomme på fortegnelsen

Kræftsygdomme kan anerkendes efter fortegnelsen, hvis der lægeligt er dokumenteret **en kræftform på fortegnelsen** (se skemaet ovenfor).

Der skal desuden være dokumenteret **en relevant påvirkning**. Denne påvirkning skal også være optaget på fortegnelsen i tilknytning til den pågældende kræftform.

De påvirkninger, der kan føre til anerkendelse af en kræftsygdom på fortegnelsen, er anført ud for den enkelte kræftform på fortegnelsen under gruppe K.

For en samlet oversigt om de mange specifikke påvirkninger, der kan føre til de enkelte kræftformer på fortegnelsen, henviser vi til fortegnelsen over sygdomme anmeldt fra 1. januar 2005. Du kan også se den samlede oversigt over gruppe K i kapitel 21.16.

Nogle kræftsygdomme kan kun anerkendes efter fortegnelsen som følge af udsættelse for én eller få relevante påvirkninger. Et eksempel er nyrekræft (punkt K.5.1), der kun kan anerkendes efter fortegnelsen som følge af arbejde med koks fremstilling.

Andre kræftsygdomme kan anerkendes efter fortegnelsen som følge af udsættelse for mange forskellige påvirkninger. Et eksempel er hudkræft (K.3), der kan anerkendes som følge af udsættelse for både arsen, antracen, kreosot, mineralsk olie, råparaffin, skiferolie, solstråling, sod og stenkulstjære samt arbejde med koksframstilling, kulforgasning og olieraffinerings.

Vurderingen af påvirkningen er generelt beskrevet i afsnit 21.3 og mere konkret under beskrivelsen af de enkelte sygdomsområder i afsnit 21.6.

Kræftsygdomme uden for fortegnelsen

Kræftsygdomme, som ikke er optaget på fortegnelsen, kan eventuelt anerkendes som en følge af arbejdets særlige art efter forudgående forelæggelse af sagen for Erhvervssygdomsudvalget. Læs mere herom i kapitel 22.

For kræftsygdomme anmeldt før 1. januar 2005 henvises til fortegnelsen over erhvervssygdomme anmeldt før 2005.

21.2. Sygdommen/diagnosen

21.2.1. Hvad er kræft

Kræft (cancer) er en sygdom i cellerne, der skyldes, at cellerne i et givent område af kroppen begynder at vokse uden kontrol og uden formål. I alle celler findes arvemateriale, som styrer cellens aktivitet. Kræftceller kan udvikle sig, hvis arvematerialet bliver beskadiget (mutation).

Kroppen består af milliarder af celler, og der bliver hele tiden dannet nye, som erstatter ødelagte eller udslidte celler. På den måde kan organismen vedligeholdes og vokse. Hele processen bliver nøje styret af cellernes arveanlæg, det vil sige generne. Celledeling er derfor en del af kroppens naturlige vedligeholdelse og en forudsætning for liv.

Godartede knuder (benign tumor)

Normale celler deler sig som regel uden problemer, men indimellem deler de sig for meget. Det er ret almindeligt og viser sig som en lille godartet knude et sted på kroppen. På latin kaldes det en benign tumor. Tager man en vævsprøve af knuden og kigger på cellerne i et mikroskop, vil de stadig se normale ud – der er bare for mange af dem.

Godartede knuder spreder sig ikke til øvrige dele af kroppen og må ikke forveksles med kræft. De kan forsvinde af sig selv eller blive siddende. Denne type knuder er ikke omfattet af gruppen om kræftsygdomme på fortegnelsen.

Ondartede knuder = kræft (malign tumor)

I en ondartet knude er cellerne ikke normale. Cellerne har som følge af en genetisk forandring – en mutation - delt sig for meget og dannet en knude, hvilket på latin kaldes hyperplasi. Derudover er der sket en mere alvorlig fejl i cellens gener – endnu en mutation – som ændrer dens form og udseende. Det kaldes dysplasi (dys = dårlig; plasi = dannelse) eller forstadier til kræft.

Spredning af kræft (metastaser)

Normale celler går til grunde, hvis de er syge, men kræftceller fortsætter med at leve og skabe nye celler. Hvis kræftcellerne ikke bliver behandlet, kan de med tiden vokse ind i de organer, der

befinder sig i nærheden. Når kræftknuden bryder igennem det omkringliggende væv og spreder sig, er der tale om en invasiv (indtrængende) cancer. Hvis kræftknuden ikke er vokset igennem det omkringliggende væv, kalder man det cancer in situ (kræft på stedet).

Hvis kræftcellerne når blod- eller lymfebanerne, kan sygdommen bevæge sig videre rundt i kroppen og slå sig ned og vokse i helt andre organer end dem, der lå i nærheden af kræftens oprindelsessted. Kræftceller, der har revet sig løs og slår sig ned et andet sted i kroppen, bliver kaldt metastaser (græsk for omflytning). Hvis brystkræft spreder sig til for eksempel knogler og lever, skyldes det altså metastasering.

Man kan også sige, at den oprindelige kræftform er den primære kræft, og at nye kræftformationer i andre dele som følge af en generel spredning er sekundære kræftformer.

Hovedgrupper af kræftformer

Kræft kan opstå i næsten alle kroppens celler, men nogle steder oftere end andre. Ofte navngiver man en kræftform efter det organ, den sidder i, som for eksempel brystkræft eller lungekræft. Men en kræftform har også et latinsk navn efter de celler, hvori den starter:

- **Carcinomer** er kræft i kirtler og hud- og slimhindeceller – for eksempel i bryst, bronkier, livmoder og fordøjelseskana
- **Sarkomer** er kræft i muskelceller, knogleceller og bindevævs
- **Leukæmi** er kræft i blodets hvide celler
- **Lymfomer** er kræft i lymfesystemets celler

(Kræftens Bekæmpelse, www.cancer.dk)

21.2.2. Lægelige oplysninger

For at en kræftsygdom kan anerkendes efter fortegnelsen, skal der lægeligt være stillet en diagnose, der svarer til en af kræftsygdommene på fortegnelsen (gruppe K).

Det er Arbejdsskadestyrelsen, der vurderer, om sygdommen/diagnosen svarer til en sygdom på fortegnelsen, eller om der eventuelt er grundlag for at forelægge sagen for Erhvervssygdomsudvalget med henblik på anerkendelse uden for fortegnelsen.

Diagnosen på kræftsygdommen skal så vidt muligt være stillet ved en mikroskopitest, hvor der er positivt fund af ondartede celleforandringer (malign tumor). I nogle tilfælde er mikroskopitest dog ikke mulig at opnå. I disse tilfælde kan et klinisk billede og beskrivelse af sygdomsforløbet i en hospitalsjournal ofte medvirke til at sandsynliggøre diagnosen. Arbejdsskadestyrelsen kan ikke kræve mikroskopiundersøgelser eller andre undersøgelser, der kræver invasive (indtrængende) indgreb.

Ved dødsfald indhenter vi tillige dødsattest samt eventuelt en obduktionserklæring, hvis en sådan foreligger. Arbejdsskadestyrelsen kan anmode om obduktionserklæring i tvivlstilfælde, hvis vi får kendskab til et muligt arbejdsbetinget dødsfald, umiddelbart efter at tilskadekomne er afgået ved døden. Obduktion kræver i givet fald accept fra tilskadekomnes nærmeste pårørende.

Langt de fleste anmeldelser af kræftsygdomme kommer fra en arbejdsmedicinsk klinik, men anmeldelsen kan også ske fra den behandlende hospitalsafdeling (for eksempel en onkologisk afdeling eller en lungemedicinsk afdeling), en speciallæge, tilskadekomnes praktiserende læge, tilskadekomne selv eller dennes fagforbund med videre.

Vi vil efter anmeldelse af sagen sørge for indhentelse af de nødvendige yderligere oplysninger til sagens videre behandling.

Vi vil blandt andet indhente sygejournal fra det behandlende hospital, som kan give et overblik over diagnose, sygdomsbillede, tilstand og behandling, hvis sygejournalen ikke allerede er vedlagt anmeldelsen.

Vi vil også indhente journaloplysninger fra den arbejdsmedicinske klinik, hvis det af anmeldelsen fremgår, at tilskadekomne har gennemgået arbejdsmedicinsk udredning, og journalen ikke allerede er vedlagt anmeldelsen.

Hvis den tilskadekomne endnu ikke er arbejdsmedicinsk udredt, vil vi i de fleste tilfælde bede en arbejdsmedicinsk klinik tæt på den tilskadekomne om at udfærdige en speciallægeerklæring. Den arbejdsmedicinske speciallægeerklæring skal indeholde oplysninger om de konkrete arbejdsforhold og belastninger på arbejdet samt en grundig beskrivelse af sygdommen.

I erklæringen skal følgende sygdomsrelaterede forhold indgå:

- Diagnosen
- Sygdommens begyndelse (debut)
- Sygdommens forløb
- Sygdommens behandling
- Konkurrerende eller forudbestående sygdomme
- Nuværende symptomer (tilskadekomnes oplyste gener/klager)
- Nuværende objektive/kliniske tegn (lægelige fund ved undersøgelse)
- Resultater af eventuelle andre undersøgelser, såsom røntgen, skanning eller ultralyd
- En udførlig arbejdsanamnese (arbejdsbeskrivelse)

I det omfang, det skønnes nødvendigt for at få et bedre overblik over sygdommen, vil vi eventuelt også indhente en speciallægeerklæring fra en læge, der har speciale i det konkrete sygdomsområde. Det kan for eksempel være en erklæring fra en lungemedicinsk speciallæge eller eventuelt en radiologisk speciallæge, hvis sagen vedrører kræft i lungen eller lungehinden.

Vi vil derudover i nogle tilfælde indhente supplerende lægelige oplysninger fra egen læge, hospital, speciallægeundersøgelser eller røntgen- eller skanningsbeskrivelser.

Ved meget komplekse kræftsygdomme vil vi i enkelte tilfælde indhente en særlig vurdering fra en særligt sagkyndig læge, som kan give et overblik over den medicinske viden på området og en lægelig vurdering af sandsynligheden for en sammenhæng mellem sygdommen og de beskrevne påvirkninger på arbejdet i den konkrete sag.

Primær eller sekundær kræft

Vi vurderer i hver enkelt sag, om den anmeldte sygdom er en primær eller sekundær kræftsygdom.

I enkelte sager viser den først anmeldte kræftsygdom sig at være en sekundær kræftform, der er opstået som følge af spredning af den oprindelige kræft (metastaser). Vi tager ved vores vurdering af, om sagen kan anerkendes, kun stilling til den primære kræftsygdom, da det er denne og kun denne sygdom, der eventuelt kan være arbejdsbetinget.

Sekundære kræftformer er et resultat af kræftens generelle spredning i kroppen (metastasering) og har ikke i sig selv relation til bestemte påvirkninger på arbejdet.

Hvis vi anerkender den primære kræftsygdom som arbejdsbetinget sygdom, vil følger af den anerkendte sygdom, herunder også sekundære kræftformer og følger af disse, som udgangspunkt dog være omfattet af en eventuel erstatning.

Latenstid

Udvikling af kræft sker gennem en langsom proces, som betyder, at sygdommen ofte først bryder frem mange år efter udsættelsen for de kræftfremkaldende påvirkninger, alt afhængigt af typen og omfanget af påvirkningen og af den enkelte kræftform.

Den tid, der går, fra påvirkningen finder sted, til sygdommen bryder frem, kaldes latenstiden.

Den typisk lange latenstid ved kræftsygdomme indebærer, at der som udgangspunkt skal være gået en årrække, fra påvirkningen fandt sted, til sygdommen brød ud, for at en lægelig årsagssammenhæng mellem sygdom og påvirkning kan siges at være til stede. Der skal med andre ord normalt have været en lang latenstid.

Hvis kræftsygdommen opstår inden for kort tid (måneder eller få år) efter udsættelse for i øvrigt relevant kræftfremkaldende påvirkninger, vil dette tale imod, at sygdommen er opstået som følge af disse påvirkninger på arbejdet.

I vurderingen af latenstiden vil også indgå en vurdering af påvirkningens omfang. Hvis udsættelsen for de skadelige påvirkninger har været massiv, taler dette ofte for en forholdsvis kort latenstid. Har udsættelsen været mere beskedent, taler dette for en længere latenstid før sygdomsdebut.

21.2.3. Konkurrerende sygdomme/forhold

Der er sjældent kun én enkelt årsag til kræft. Mens nogle faktorer øger risikoen, er der andre, som hæmmer udviklingen af kræft. Det er et komplekst samspil mellem mange faktorer, som har betydning for, om man får kræft og hvordan sygdommen vil udvikle sig.

Arbejdsmiljøet og de påvirkninger, man udsættes for her, kan forøge risikoen for at få kræft, og ansatte i visse brancher har derfor en betydeligt større risiko for at få kræft end andre.

Undersøgelser peger imidlertid også på, at det er den samlede påvirkning fra arbejdsmiljøet og den adfærd, man har uden for arbejdspladsen i fritiden, der tilsammen kan forøge eller sænke kræfttrisikoen.

De kræftformer og påvirkninger, der er optaget på fortegnelsen, er i henhold til loven kræftformer, hvor forskerne har fundet god medicinsk dokumentation for årsagssammenhænge mellem en specifik kræfttype og specifikke former for påvirkninger på arbejdet. (Lovens § 7, stk. 1)

Vi har på mange områder ingen eller kun begrænset viden om udviklingen af kræft og dens årsager. Det betyder, at flere kræftformer eller påvirkninger ikke er optaget på fortegnelsen og heller ikke kan anerkendes uden for fortegnelsen efter forelæggelse for Erhvervssygdomsudvalget, fordi der mangler tilstrækkelig medicinsk dokumentation for årsagssammenhængen på området, selvom det kun sjældent fuldstændigt kan udelukkes, at sygdommen kan skyldes påvirkninger på arbejdet. Se mere om den medicinske dokumentation på kræftområdet i kapitel 21.16.

Vi vil normalt ikke undersøge forhold omkring faktorer som kost, livsstil, motion og arvelige forhold ved vores sagsbehandling af en anmeldt kræftsygdom, dog på nær et eventuelt tobaksforbrug, der kan have stor betydning for udvikling af kræft.

Hvis vi under sagens behandling får oplysninger om faktorer uden for arbejdet, der overvejende sandsynligt har bidraget væsentligt til sygdommens opståen, vil disse oplysninger dog indgå i den samlede vurdering af sagen.

Efter lov om arbejdsskadesikring må en erhvervssygdom ikke overvejende sandsynligt skyldes andre forhold end de erhvervsmæssige. Det betyder, at vi vil afvise en sag, hvis der foreligger oplysninger, som gør det overvejende sandsynligt, at sygdommen først og fremmest skyldes forhold uden relation til arbejdet, som for eksempel et meget stort tobaksforbrug i mange år. (Lovens § 8, stk. 1).

Hvis forhold uden relation til arbejdet bidrager til sygdomsudviklingen, uden at de derved kan anses for hovedårsagen til sygdommens opståen, vil sagen kunne anerkendes. Vi vil i disse tilfælde indimellem foretage fradrag i erstatningen, hvis der har været tale om væsentligt konkurrerende forhold uden relation til arbejdet. Det betyder, at vi eventuelt vil trække fra i godtgørelsen for varigt men og eventuelt også i en erstatningen for tab af erhvervsevne. (Lovens § 12)

21.2.4. Tobaksforbrug

Tobaksforbruget vil ved en lang række kræftformer kunne have indvirkning på vores vurdering af sagen, da rygning er kendt som en meget væsentlig faktor til udvikling af mange kræftsygdomme.

Tobaksrygning kan derfor i nogle tilfælde medføre, at vi afviser sagen eller foretager fradrag i erstatningen.

Et eksempel er et tilfælde af lungekræft, hvor tilskadekomne har været tobaksryger i et vist omfang igennem nogle år. I sådanne tilfælde må tobaksrygningen ofte medregnes som en væsentlig medvirkende faktor til lungekræftens opståen, som kan medføre fradrag i erstatningen på grund af den konkurrerende årsag (tobaksforbruget).

Længere tids stort tobaksforbrug kan også i nogle tilfælde gøre det overvejende sandsynligt, at tobaksrygningen er hovedårsagen til sygdommen, hvilket i givet fald vil medføre, at sagen afvises.

Vi vil i hvert enkelt tilfælde foretage en konkret vurdering af tobaksforbrugets omfang og risikoens størrelse, set i forhold til den pågældende sygdomstype og de arbejdsbetingede påvirkningers karakter og omfang.

Et tobaksforbrug på mindre end 7 gram tobak per dag eller under samlet 10 pakkeår vil som hovedregel ikke føre til fradrag i en eventuel erstatning eller i sig selv kunne begrunde en afvisning af sagen, såfremt påvirkningen i øvrigt har været fuldt ud tilstrækkelig til at forårsage sygdommen.

1 gram tobak svarer til 1 cigaret. Brug af anden tobak, som for eksempel pibetobak, cigarer og cerutter, omregnes også til gram.

Et pakkeår svarer til 20 cigaretter dagligt i 1 år ($20 \times 365 = 7.300$ cigaretter).

En person, der har røget 10 cigaretter om dagen i 15 år, har omregnet til pakkeår røget i alt 7,5 pakkeår ($10 \times 365 \times 15 = 7.300$).

For sager om lungekræft som følge af passiv rygning på arbejdet gælder særlige forhold, da det her er en betingelse for sagens anerkendelse, at tilskadekomne selv er aldrig-ryger. Se mere herom under 21.6.1.

21.3. Påvirkningen

For at sagen kan anerkendes efter fortegnelsen, skal der have fundet en eller flere påvirkninger sted, som er optaget på fortegnelsen i relation til den pågældende kræftform.

Påvirkningen skal endvidere have haft en karakter og et omfang (i styrke og tid), der er relevant for udvikling af den pågældende kræftsygdom.

Vi vil ved sagens behandling indhente oplysninger om – og i videst muligt omfang dokumentation for – de kræftfremkaldende arbejdsbetingede påvirkninger i sagen.

Oplysningsarbejdet vedrørende de skadelige påvirkninger på arbejdet er indimellem vanskeligt i kræftsager, blandt andet fordi de relevante påvirkninger typisk ligger langt tilbage i tiden og kan være vanskelige at huske både for tilskadekomne, arbejdsgiver og andre. Der kan også være tale om et broget påvirkningsbillede med mange forskellige typer påvirkninger, muligt kræftfremkaldende, set over et langt arbejdsliv. Det kan tillige være vanskeligt at opnå et fyldestgørende billede af, i hvilket omfang de enkelte påvirkninger har fundet sted og hos hvilke arbejdsgivere.

Vi vil som udgangspunkt indhente oplysninger om de mulige påvirkninger på arbejdet fra følgende kilder:

- Tilskadekomne/fagforbundet (spørgebreve eller tilsvarende)
- Arbejdsmedicinsk klinik (journal eller speciallægeerklæring)
- Arbejdsgiver(e)
- ATP (oplysninger om ansættelsesforhold/arbejdsgivere over tid)

Den arbejdsmedicinske journal eller speciallægeerklæring vil normalt give os et overblik over arbejdsforhold og mulige påvirkninger gennem tiden samt en oversigt over de arbejdsgivere, hvor påvirkningen mest sandsynligt har fundet sted.

For at sikre dokumentation for påvirkningen vil vi også søge at høre relevante arbejdsgivere om eventuelle kommentarer til oplysningerne om arbejdsforholdet og de muligt kræftfremkaldende påvirkninger. Vi beder ved alvorlige kræftsygdomme arbejdsgiveren om at hastebehandle vores henvendelse. Haster sagen meget, kan vi også høre arbejdsgiver over arbejdsforholdene telefonisk.

Hvis arbejdsgiveren ikke svarer eller ikke i store træk kan bekræfte, at de indhentede oplysninger stemmer overens med de faktiske forhold, vil vi så vidt muligt søge at indhente supplerende oplysninger om påvirkningerne på arbejdet fra andre kilder.

Det kan dreje sig om supplerende oplysninger fra Arbejdstilsynet og Bedriftssundhedstjenesten om den konkrete arbejdsplads, mere generelle fagbeskrivelser indeholdende oplysninger om påvirkninger inden for den pågældende branche eller eventuelt oplysninger fra tidligere tillidsrepræsentanter eller kolleger på arbejdspladsen.

Vi vurderer derefter, om de oplyste påvirkninger kan anses for dokumenterede, og om de har været tilstrækkelige til at forårsage den pågældende kræftsygdom.

21.4. Hasteprocedure ved særligt alvorlige kræftsygdomme

I tilfælde af meget alvorlig kræftsygdom søger vi at hastebehandle sagen mest muligt inden for lovens rammer.

Vi vil blandt andet bede om hasteekspedition af sagen hos den arbejdsmedicinske klinik, hos de involverede hospitalsafdelinger, hos arbejdsgiver og i enkelte tilfælde også hos forsikrings-selskabet (Arbejdsmarkedets Erhvervssygdomssikring), der efter loven skal høres over sagens oplysninger, inden en eventuel anerkendelse finder sted.

Vi har et tæt samarbejde med vore lægekonsulenter på kræftområdet og vil normalt også inddrage lægekonsulenten i sagens behandling allerede ved anmeldelsen, hvis der er tale om en alvorlig kræftsygdom. Vi kan derved få en hurtig medicinsk vurdering af sygdomsbilledet, af sygdommens alvorlighed og af de mulige årsagssammenhænge i den pågældende sag. Lægekonsulenten vil ofte også kunne rådgive os om, hvilke supplerende oplysninger vi eventuelt har brug for, for at kunne træffe en hurtig afgørelse.

21.5. Nyere kræftforskning afspejlet i fortegnelsen

Arbejdsskadestyrelsen og Erhvervssygdomsudvalget har senest på et møde i august 2005 foretaget en gennemgribende revision af kræftområdet med en opdatering af fortegnelsen i forhold til de nyeste, internationalt anerkendte kræftforskningsresultater.

Optagelsen af sygdomme og påvirkninger på kræftområdet på fortegnelsen bygger på resultaterne fra den internationale kræftforskning, der indsamles og vurderes af WHO's kræftcenter i Lyon, [International Agency for Research on Cancer](#) (IARC). Resultaterne af forskningen fremgår af IARC's monografier om kræft, hvor de mulige årsagssammenhænge på forskellige kræftområder gennemgås og vurderes.

Kriteriet for optagelse af en kræftsygdom og tilhørende påvirkning på den danske fortegnelse er normalt, at årsagssammenhængen mellem en given sygdom og påvirkning (evidensen) af IARC er rubriceret som sikker eller sandsynlig. Det vil sige, at påvirkningen, set i relation til en given kræftsygdom, af IARC skal være rubriceret i gruppe 1 eller 2a.

Derudover skal de nærmere danske krav til den medicinske dokumentation på området også være opfyldt i henhold til det erhvervssygdomsbegreb, som fortegnelsen bygger på.

Ved den seneste revision blev lungekræft som følge af passiv rygning på arbejdet blandt andet optaget på fortegnelsen. Se mere om dette i afsnit 21.6.

Revisionen medførte derudover optagelse af 25 andre nye sygdomme eller påvirkninger på kræftområdet på fortegnelsen over sygdomme, der er anmeldt fra 1. januar 2005.

Arbejdsskadestyrelsen og Erhvervssygdomsudvalget følger den lægelige udvikling nøje, og nye forskningsresultater indgår i de generelle drøftelser om kræftområdet og i drøftelser af konkrete sager, herunder i tæt samarbejde med vore lægekonsulenter, der repræsenterer de forskellige medicinske specialer.

Det betyder, at vores praksis på kræftområdet ikke er statisk, da vurderingen af årsagssammenhænge om kræft ændrer sig over tid i takt med, at der kommer ny medicinsk viden til.

En udførlig gennemgang af IARC's vurdering af dokumentationsgrundlaget ved forskellige sygdomme og påvirkninger på kræftområdet og en oversigt over særlige udsatte brancher/erhverv i tilknytning til de enkelte påvirkninger kan ses i kapitel 21.

Vi henviser endvidere til IARC's liste og monografier om forskellige kræftfremkaldende påvirkninger (www.iarc.fr).

21.6. Enkelte kræftsygdomme

21.6.1. Lungekræft (K.4.1.)

Krav til diagnosen

For at sygdommen lungekræft kan anerkendes efter fortegnelsens punkt K.4.1., skal der lægeligt været stillet diagnosen lungekræft/bronkiekræft (adenocarcinoma pulmonis eller neoplasma malignum bronchi et pulmonis; ICD-10 C34).

Lungerne består af et stort luftrør (trachea), der som et træ forgrener sig ud i mange mindre og mindre luftrør (bronkier). Sygdomsmæssigt er det ikke muligt at skelne mellem forskellige dele af lungesystemet. Det betyder, at lungesystemet sygdomsmæssigt og i forhold til fortegnelsens punkt om lungekræft omfatter kræft i lunge, luftveje og bronkier.

Strubekræft (larynx cancer) er ikke omfattet af dette punkt på fortegnelsen, men af punkt K.4.5.

Kræft i lungehinden (mesotheliom) er heller ikke omfattet af dette punkt på fortegnelsen, men af punkt K.4.2.

Årsager til lungekræft

Lungekræft er en forholdsvis hyppig kræftform i Danmark med omkring 3.500 nye tilfælde årligt. Heraf cirka 2.000 tilfælde hos mænd og 1.500 hos kvinder, men tendensen er et fald hos mænd og en stigning hos kvinder.

Det skønnes, at omkring 85 procent af alle lungekræfttilfælde skyldes aktiv tobaksrygning. Risikoen for at udvikle lungekræft stiger proportionalt med tobaksforbrugets størrelse og varighed over tid.

Også passiv rygning er en dokumenteret årsag til lungekræft, men denne faktor spiller en langt mindre rolle end aktiv rygning.

En stor undersøgelse fra WHO's kræftforskningsinstitut IARC konkluderede i 2002, på baggrund af et meget stort antal undersøgelser af kræfttrisikoen ved passiv rygning, at overrisikoen for at udvikle lungekræft hos en passiv ryger i hjemmet er i størrelsesordenen 20 procent for kvinder og 30 procent for mænd i forhold til risikoen hos en person, der ikke udsættes for passiv rygning eller er aktiv ryger selv.

Overrisikoen for at udvikle lungekræft som følge af passiv rygning på arbejdspladsen blev i samme undersøgelse vurderet til 12-19 procent for begge køn.

IARC's undersøgelse af passiv rygning viser desuden, at udsættelsen for kræftfremkaldende stoffer (karcinogener) ved passiv rygning er 50-100 gange mindre end udsættelsen ved aktiv rygning.

Det betyder eksempelvis, at risikoen ved en udsættelse for passiv rygning fra omgivelserne på i alt 20 pakkeår kan sammenlignes med risikoen ved aktiv rygning på kun 0,2-0,4 pakkeår. 1 pakkeår = 20 cigaretter per dag i 1 år eller 7.300 cigaretter.

Undersøgelserne indikerer endvidere, at et meget beskedent tobaksforbrug som aktiv ryger på under omkring 300 cigaretter (= 300 gram tobak) i alt igennem det samlede livsforløb ikke udgør en øget risiko for at udvikle lungekræft.

Ved et tobaksforbrug på over 300 cigaretter begynder risikoen for at udvikle lungekræft at stige proportionalt med forbruget og varigheden.

Øvrige kendte årsager til lungekræft i Danmark er særligt relateret til påvirkninger i arbejdsmiljøet. Særligt udsatte jobgrupper i Danmark i forhold til udvikling af lungekræft er grupper, der har arbejdet med asbest (eternitarbejdere, tømrere/tagdækkere, mekanikere, isoleringsarbejdere, VVS-arbejdere, malere, svejsere (nikkel og krom), erhvervschauffører (diesel) og arbejdere inden for jern- og metalproduktion samt personer, der har været udsat for arsen. (Kræftens Bekæmpelse, www.cancer.dk)

Krav til påvirkningen

Følgende arbejdsbetingede påvirkninger, der kan forårsage lungekræft, er optaget på fortegnelsen (K.4.1.):

Stoffer:

- a. 2,3,7,8-Tetraklorodibenzo-para-dioxin (dioxin)
- b. Alfa-klorerede toluener og benzoylchlorid (kombineret)
- c. Arsen og dets forbindelser
- d. Asbest
- e. Beryllium og dets forbindelser
- f. Bis(chloromethyl)ether og chloromethyl ether (teknisk grad) (oat cell)
- g. Cadmium og dets forbindelser
- h. Insektbekæmpelsesmidler (ikke-arsenholdige)
- i. Kromforbindelser
- j. Krystallinsk kvarts
- k. Nikkelforbindelser, herunder kombinationer af nikkeloxider og -sulfider i nikkelraffineringsindustri
- l. Partikler af metallisk kobolt med indhold af wolframkarbid (tungsten)
- m. Passiv rygning
- n. Radon og "radondøtre"
- o. Sennepsgas (svovlsennep)
- p. Sod
- q. Stenkulstjære og stenkulstjærebeg
- r. Stærke uorganiske syretåger indeholdende svovlsyre
- s. Talkum med indhold af asbestlignende fibre
- t. Udstødningsgasser fra dieselmotorer

Processer:

- u. Aluminiumsfremstilling
- v. Jern- og metalstøbning
- w. Koksformstilling
- x. Kulforgasning
- y. Maler (erhvervsmæssig udsættelse som)
- z. Minebrydning af jernmalm (jernglans) med radonudsættelse
- æ. Produktion af kunstglas, glasbeholdere og lertøj

En række af de anførte påvirkninger er meget sjældne som årsager til lungekræft i Danmark, som regel fordi arbejde i Danmark i dag ikke indebærer disse påvirkninger. Det gælder for eksempel minebrydning med udsættelse for radonholdig jernmalm samt udsættelse for metallisk kobolt med wolframkarbid.

Andre påvirkninger er hyppigere forekommende og vil derfor oftere forårsage tilfælde af arbejdsbetinget lungekræft. Det gælder særligt asbest, der er årsag til næsten alle anerkendte arbejdsbetingede tilfælde af lungekræft i Arbejdsskadestyrelsen.

Lungekræft kan anerkendes efter fortegnelsen, hvis der har været tale om en relevant og tilstrækkelig udsættelse for en eller flere af de nævnte påvirkninger på arbejdet.

For alle påvirkninger gælder desuden, at der skal have været tale om en påvirkning af et vist omfang, såvel styrkemæssigt som tidsmæssigt.

Kravet til den enkelte påvirknings omfang afhænger nærmere af, hvilken type påvirkning der er tale om, og hvor kræftfremkaldende det pågældende stof er. Det tidsmæssige krav til en påvirkning fra asbest er for eksempel væsentligt kortere end kravet til en påvirkning i form af passiv rygning, da man ikke skal have været udsat for asbest særligt længe, før risikoen for at udvikle lungekræft stiger betydeligt.

I det følgende beskrives mere indgående enkelte af de mest almindeligt forekommende arbejdsrelaterede påvirkninger i Danmark, der kan føre til lungekræft, med uddybende information om forhold vedrørende sygdom og påvirkning, der kan have betydning for vores afgørelse i sagen.

Lungekræft som følge af asbest (K.4.1.d.)

For at lungekræft som følge af asbest kan anerkendes efter fortegnelsen, kræves som udgangspunkt en betydelig asbestudsættelse, der svarer til:

- Mindst 1 års massiv udsættelse (for eksempel ved ansættelse på Eternitfabrikken, nedrivningsarbejde med sikker asbestudsættelse eller anden direkte asbesthåndtering (for eksempel isolatører) **eller**
- 5-10 års moderat asbestudsættelse (for eksempel værftsarbejde i lukkede rum, specialbeskæftigelse med eternittage (for eksempel taglæggere og tømrere), VVS-arbejde eller isoleringsarbejde med regelmæssig asbestudsættelse, lastbilmekanikere med mange skift af bremsebelægninger med asbest). Indendørs arbejde vejer tungere end udendørs og direkte udsættelse (kontakt) tungere end indirekte udsættelse, **eller**
- En udsættelse udregnet til mindst 25 (fibre/cm³) år. Det vil sige mindst en udsættelse svarende til 1 fiber/cm³ i 25 år eller 2 fibre/cm³ i 12,5 år og så videre.

Tobaksforbrug ved asbestbetinget lungekræft

Udsættelse for asbest øger risikoen for lungekræft 2-5 gange, afhængigt af udsættelsens omfang, men hvis man både er ryger og udsættes for asbest, øges risikoen 20-50 gange, afhængigt af udsættelsen for asbest og det samlede tobaksforbrug. Det er med andre ord meget farligere at være udsat for 2 kræftfremkaldende stoffer samtidigt.

Som ved andre former for arbejdsbetinget lungekræft vil et væsentligt tobaksforbrug kunne indgå som en konkurrerende årsag i vurderingen af sagen. Se nærmere herom under 21.2.4.

Lungekræft som følge af passiv rygning (K.4.1.m.)

For at lungekræft som følge af passiv rygning kan anerkendes efter fortegnelsen, skal følgende betingelser som udgangspunkt være opfyldt:

1. Massiv daglig udsættelse for passiv rygning på arbejdet i en længere årrække (omkring 20 år eller mere)
2. Tilskadekomne selv skal have været aldrig-ryger (se nedenfor)
3. Tilskadekomne må kun have været privat udsat for passiv rygning i beskedent omfang
4. En latenstid på 10 år eller mere (den tid, der går, fra påvirkningen finder sted, til sygdommen bryder ud)
5. Eventuelt dårlige udluftningsforhold på arbejdspladsen

Lungekræft blandt danske kvinder, som aldrig har røget, er skønsmæssigt 10 nye tilfælde per år per 100.000 personer (år 2000). Lungekræft hos ikke-rygerkvinder er altså en meget sjælden sygdom. Det samme forhold gør sig gældende for mænd. Cirka 85 procent af alle de 3.500 nye tilfælde af lungekræft per år skyldes til sammenligning rygning.

En række undersøgelser har vist en stigende risiko for at udvikle lungekræft ved stigende udsættelse for tobaksrøg i miljøet. Der har gennem de senere år været gennemført en række undersøgelser af personer, der aldrig har røget, men som har ægtefæller, der ryger i hjemmet.

Undersøgelserne har vist, at passive rygere har en vis overrisiko for lungekræft, og at risikoen generelt er større hos passive rygere i hjemmet (20-30 procent øget risiko) end hos passive rygere på arbejdet (12-19 procent øget risiko).

For passive rygere er risikoen ved udsættelse for kræftfremkaldende stoffer (karcinogener) fra røg fra omgivelserne dog generelt omkring 50-100 gange mindre end den risiko, som aktiv-rygere har ved et aktivt forbrug i samme størrelsesorden.

Det betyder, at risikoen for at udvikle lungekræft efter selv at have røget for eksempel 20 cigaretter dagligt i 10 år er 50-100 gange større end risikoen hos personer, der har været udsat for passiv rygning fra 20 cigaretter i 10 år.

Passive rygere udsættes for de samme kræftfremkaldende stoffer som rygerne – blot i koncentrationer, der er lavere. Passiv rygning er udsættelse for ”genbrugstobaksrøg”, der er en blanding af den røg, aktive rygere udånder, og den sidestrømsrøg, som afgår fra det tændte tobaksforbrug – fortyndet i den omgivende luft. Passive rygere er derfor udsatte for de samme potentielt kræftfremkaldende stoffer som aktive rygere, herunder benzen, 1,3-butadien, benz(a)pyren og mange andre, blot i lavere koncentrationer.

Passiv rygning er blevet optaget på IARC’s kræftliste i gruppe 1 - det vil sige under påvirkninger, som er sikkert kræftfremkaldende hos mennesket. Arbejdsskadestyrelsen har efterfølgende optaget passiv rygning på fortegnelsen i overensstemmelse med den nyeste forskning på området. Se IARC’s kræftliste på www.iarc.fr.

Vores nærmere krav til udsættelsen ved anerkendelse af en sag om passiv rygning matcher den medicinske viden om årsagssammenhængene på området.

Særligt udsatte grupper på arbejdsmarkedet for at udvikle lungekræft efter passiv rygning er ansatte inden for hotel- og restaurationsbranchen, der har arbejdet i meget røgfylde miljøer i en længere årrække. Udsættelse for passiv rygning inden for andre brancher vil dog kunne anerkendes på linje med arbejde inden for hotel- og restaurationsbranchen, hvis sygdommen og påvirkningen i øvrigt opfylder de nærmere krav til anerkendelse.

Aldrig-ryger

Begrebet aldrig-ryger betyder, at tilskadekomne ikke selv må have røget.

I praksis vil dette sige, at tilskadekomne højst må have haft et samlet forbrug ved aktiv rygning i det samlede livsforløb på i alt 300 cigaretter (= 300 gram tobak).

Ved et forbrug på mere end 300 cigaretter over tid stiger risikoen for at udvikle lungekræft væsentligt, proportionalt med forbrugets størrelse og varigheden heraf, og sagen vil i disse tilfælde ikke kunne anerkendes efter fortegnelsen.

Lungekræft som følge af nikkel eller krom (svejerøg med videre)

Lungekræft som følge af påvirkningerne nikkel og krom er optaget på fortegnelsen.

For at sygdommen kan anerkendes, skal der som udgangspunkt have været tale om en væsentlig udsættelse i en længere årrække for nikkel og/eller krom, hvor der har været tale om indånding af støv eller røg indeholdende partikler fra de pågældende stoffer. Ved vurdering af sagen vil desuden indgå, om arbejdet er foregået indendørs (større påvirkning) eller udendørs (mindre påvirkning) samt graden af anvendte hjælpemidler som for eksempel åndedrætsværn.

Særligt udsatte grupper på arbejdsmarkedet er svejsearbejdere, der har arbejdet med rustfrit stål med indånding af svejse-/slibestøv eller svejerøg med partikler af de pågældende stoffer. Der skal som udgangspunkt have fundet en ret betydelig påvirkning sted igennem længere tid (flere år).

Som ved andre former for arbejdsbetinget lungekræft vil et væsentligt tobaksforbrug kunne indgå i vurderingen af sagen som en konkurrerende årsag. Se nærmere herom under 21.2.4.

Lungekræft som følge af sod, stenkulstjære eller stenkulstjærebeg

Lungekræft som følge af udsættelse for sod, stenkulstjære eller stenkulstjærebeg er optaget på fortegnelsen.

Ved **stenkulstjære og stenkulstjærebeg** er optagelsen begrundet i, at polycykliske aromatiske forbindelser, der indgår i stenkulstjærebaserede produkter (herunder i tjæreholdigt genbrugsasfalt), er kendt som årsag til blandt andet lungekræft. Det gælder de tilfælde, hvor der har været tale om en væsentlig udsættelse igennem en længere årrække med en tæt kontakt til de pågældende stoffer.

Lungekræft kan for eksempel anerkendes, hvis der har været udsættelse ved produktion eller anvendelse af asfaltprodukter/kulprodukter med indhold af stenkulstjære, der medfører indånding af partikler og dampe.

I Danmark er asfaltprodukter anvendt i dag overvejende bitumen-produkter uden indhold af stenkulstjære. Bitumen-produkter er ikke er kendte for kræftfremkaldende virkning. Genbrugsasfalt kan dog i visse tilfælde indeholde stenkulstjære.

Ved **sodudsættelse** er optagelsen begrundet i, at sodudsættelse særligt fra skorstensfejerarbejde er kendt som årsag til lungekræft. En lungekræftsygdom kan for eksempel anerkendes, hvis tilskadedkomne har været skorstensfejer igennem en længere årrække med daglig udsættelse for sod fra skorsten og ovne.

Også andre former for sodpåvirkning, såsom udsættelse for sod fra kul og fra olieraffineringsanlæg, vil eventuelt kunne være omfattet, hvis påvirkningen har været betydelig.

Forekomsten af tilfælde af lungekræft efter udsættelse for sod eller stenkulstjære er i Danmark meget lille, men vil som anført særligt kunne forekomme hos henholdsvis skorstensfejere (sod) og

asfalt-/vejarbejdere (stenkulstjære). Også andre jobgrupper vil dog være omfattet af fortegnelsen, hvis udsættelsen for de pågældende stoffer har været relevant og betydelig.

Som ved andre former for arbejdsbetinget lungekræft vil et væsentligt tobaksforbrug kunne indgå i vurderingen af sagen som en konkurrerende årsag. Se nærmere herom under 21.2.4.

Eksempler på afgørelser om lungekræft

Eksempel 1: Anerkendelse af lungekræft efter asbest (tømrer)

En 62-årig mand arbejdede i 40 år som tømrer hos forskellige arbejdsgivere. Han udførte igennem årene alsidigt tømrerarbejde, dog ofte med oplægning og reparation af tage. I de første 15 år lavede han overvejende arbejde på typehuse med eternittage, hvor han lavede mange tagkonstruktioner og lagde eternittag mindst 1 dag ugentligt. Han udskar og opsatte tillige eternitholdige murbeklædninger til stern på flade tage. Arbejdet indebar blandt andet udskæring af asbestholdige eternitplader med rundsav med fiberklinge, der støvede meget. Der blev ikke brugt åndedrætsværn eller anden beskyttelse. Han fik i slutningen af perioden konstateret lungekræft i venstre lunge (neoplasma malignum pulmonis sin). Det fremgik af sagens oplysninger, at tømreren havde haft et tobaksforbrug på 5-10 cigaretter dagligt i 8-10 år.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Tømreren har været massivt udsat for asbest, herunder med indånding af asbestholdigt støv, mindst 1 dag ugentligt i mange år. Der er tillige god sammenhæng mellem asbestudsættelsen, udviklingen af kræft i venstre lunge og den lange latenstid på 35-40 år, fra påvirkningen begyndte, til sygdommen brød ud. Da han har haft et ret beskedent tobaksforbrug på noget under 10 pakkeår, er der ikke grundlag for at foretage fradrag i erstatningen for men og erhvervsevnetab.

Eksempel 2: Anerkendelse af lungekræft efter asbest med fradrag for tobaksforbrug (smed)

En 55-årig mand udviklede lungekræft i højre lunge (neoplasma malignum pulmonis dxt.). Det fremgik af sagens oplysninger, at han 15 år tidligere havde arbejdet som reparationssmed ved et større kraftværk i en samlet periode på 17 år. Dette arbejde indebar kontrol, eftersyn, reparation og vedligehold af kedler, pumper og rør, hvor han hyppigt var i kontakt med isoleringsmaterialer, der indeholdt asbest. Arbejdet medførte herunder betydelig støvudvikling fra de pågældende materialer. Det fremgik endvidere, at han havde haft et dagligt cigaretforbrug på 15-20 cigaretter i mange år.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Reparationssmeden har været relevant udsat for asbestholdige materialer stort set dagligt i en lang periode og har udviklet højresidig lungekræft mere end 10 år herefter. Der er god sammenhæng mellem sygdom, påvirkning og latenstiden på over 15 år, fra påvirkningen fandt sted, til sygdommen brød ud. Vi vil ved erstatningsudmålingen for men og erhvervsevnetab foretage fradrag for det betydelige tobaksforbrug på over 10 pakkeår, der skønnes at bidrage til sygdommens udvikling og følger med 50 procent.

Eksempel 3: Anerkendelse af lungekræft efter asbest og dieselos (værftsarbejder)

En 70-årig mand havde arbejdet på et stort skibsværft i godt 40 år. Det første tiår var han ansat som ufaglært værftsarbejder i reparationsafdelingen og siden i riggerafdelingen. Arbejdet indebar tilbagevendende kontakt med asbestholdige materialer og desuden en betydelig udsættelse for dieselos ved afgang fra dieselmotorer, særligt i riggerhallen. Han havde kun røget i 4-5 år i sin

tidlige ungdom. Efter 40 år udviklede han lungekræft i højre lunge (neoplasma malignum pulmonis dxt.).

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Værftsarbejderen har igennem 40 år været udsat for hyppig kontakt med asbestholdige materialer samt været væsentligt udsat for udstødningsgasser fra dieselmotorer i en stor hal med mange dieseldrevne motorer. Der er god sammenhæng mellem sygdommen, udsættelsen for asbest og dieselos og den lange latenstid på op mod 40 år, fra påvirkningen begyndte, til sygdommen brød ud.

Eksempel 4: Anerkendelse af lungekræft efter passiv rygning (tjener)

En 70-årig kvinde arbejdede i lidt over 20 år som tjener, først på en kro (7 år) og siden på en færge (13-14 år). Arbejdet foregik i alle årene i meget røgfyldte spiselokaler, hvor såvel kolleger som kunder røg meget, og hvor der kun var lidt udluftning. Hun fik godt 10 år efter arbejdsophør konstateret lungekræft i højre lunge (neoplasma malignum pulmonis dxt.). Det fremgik af sagens oplysninger, at kvinden aldrig selv havde røget, samt at hendes ægtefælle kun i meget begrænset omfang havde røget i hjemmet.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Den kvindelige tjener har udviklet lungekræft i højre lunge efter godt 20 års betydelig udsættelse for passiv rygning på arbejdet. Der er ved anerkendelsen lagt vægt på, at der er god sammenhæng mellem den massive udsættelse for passiv rygning på arbejdet i 20 år, udviklingen af lungekræft og tillige latenstiden på over 10 år, fra påvirkningen fandt sted, til sygdommen brød ud. Der er tillige lagt vægt på, at tjeneren ikke selv har røget og kun har været meget beskedent udsat for passiv rygning privat. Der er derfor heller ikke grundlag for at foretage fradrag i den efterfølgende erstatningsudmåling.

Eksempel 5: Afvisning af lungekræft (passiv rygning i mange år, men også selv ryger)

En 63-årig mand havde arbejdet som kontoransat i 30 år, da han fik konstateret lungekræft i højre lunge (adenokarcinom = kirtelcellekræft). Han havde delt kontor med 2 kontordamer i lidt over 20 år, som hver især havde et dagligt tobaksforbrug på henholdsvis 20 og 40 cigaretter. Heraf blev cirka halvdelen af deres daglige forbrug af cigaretter røget på kontoret, svarende til cirka 30 cigaretter om dagen eller i alt 30 pakkeår tilsammen over tid. Tilskadekomne var ikke-ryger, men havde i sin ungdom røget kortvarigt i cirka 3-4 år med et dagligt forbrug på 3-4 cigaretter, eller i alt cirka 0,6 pakkeår (cirka 4.500 cigaretter). Hans kone var og havde altid været ikke-ryger, og han havde kun i meget beskedent omfang været udsat for passiv rygning i andre private sammenhænge.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Tilskadekomne har udviklet lungekræft efter at have været udsat for passiv rygning på arbejdet, men har tillige selv røget i sin ungdom med et samlet tobaksforbrug på cirka 4.500 cigaretter (0,6 pakkeår), der væsentligt overstiger 300 cigaretter over et samlet livsforløb. Sygdommen er derfor ikke omfattet af fortegnelsen.

Sagen blev forelagt Erhvervssygdomsudvalget med henblik på eventuel anerkendelse uden for fortegnelsen. Udvalget indstillede, at sagen afvises som erhvervssygdom, da kontorarbejderens risiko ved aktiv rygning i det konkrete tilfælde overstiger risikoen ved udsættelse for passiv rygning på arbejdet og i dette tilfælde må anses for at udgøre den største risiko for udvikling af lungekræft. Det er derfor ikke overvejende sandsynligt, at sygdommen er forårsaget af passiv rygning på arbejdet.

Der er i udvalgets vurdering lagt vægt på, at udsættelse for røg fra omgivelserne udgør 50-100 gange mindre risiko end udsættelsen ved egen rygning ved samme antal cigaretter. Kontorarbejderen har været udsat for røg fra omgivelserne på cirka 30 pakkeår (30 cigaretter per dag i 20 år). Risikoen ved denne passive udsættelse svarer til risikoen ved aktiv rygning i intervallet 0,3-0,6 pakkeår. Samlet set øges risikoen for at udvikle lungekræft som følge af den passive rygning med cirka 10 procent. Han har desuden haft et aktivt forbrug af cigaretter på omkring 0,6 pakkeår. Dette tobaksforbrug øger i sig selv risikoen for at udvikle lungekræft med cirka 15-20 procent. Risikoen ved den aktive rygning overstiger i dette tilfælde risikoen ved udsættelsen for passiv rygning på arbejdet. Derfor kan det ikke anses for godtgjort, at sygdommen udelukkende eller i overvejende grad skyldes den passive rygning på arbejdet. I sagens behandling indgik en ekspertvurdering af de konkrete risici i den pågældende sag fra Kræftens Bekæmpelse.

Eksempel 6: Afvisning af lungekræft efter asbest (murer)

En 65-årig mand havde i 30 år arbejdet som murerarbejdsmand i en entreprenørvirksomhed. Arbejdet bestod i servicering af murere, samt støbning, opmuring, taglægning med videre. En stor del af tiden havde han dog kørt entreprenørmaskiner. Den arbejdsmedicinske speciallæge fandt det sandsynligt, at arbejdet kunne have indebåret sporadisk kontakt med eternit ved blandt andet tagarbejde, men asbestudsættelsen kunne ikke nærmere fastsættes. Arbejdsgiver kunne endvidere ikke bidrage med oplysninger om en eventuel asbestudsættelse. Det fremgik endvidere af sagens oplysninger, at tilskadekomne havde røget omkring 10 cigaretter dagligt i 50 år. I slutningen af ansættelsen udviklede han lungekræft i begge lunger med spredning til andre organer (neoplasma malignum pulmonis cum metastatibus).

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Murerarbejdsmanden har udført varierede arbejdsopgaver, herunder kørsel med entreprenørmaskiner i en stor del af tiden. Kontakten med asbest må ud fra sagens oplysninger vurderes som meget beskeden og af sporadisk karakter. Dertil kommer, at der har været tale om et stort tobaksforbrug igennem en meget lang årrække, der svarer til mere end 10 pakke år. Det må derfor anses for overvejende sandsynligt, at den dobbeltsidige lungekræft skyldes tobaksforbruget, og i dette tilfælde ikke den mulige, meget beskedne asbestudsættelse på arbejdet.

21.6.2. Lungehindekræft (K.4.2.) og bughindekræft (K.2.1.) – mesotheliom

Krav til diagnosen

For at sygdommene lungehindekræft og bughindekræft kan anerkendes efter fortegnelsens punkter K.4.2. eller K.2.1., skal der lægeligt været stillet diagnosen lungehindekræft eller bughindekræft af typen malignt mesotheliom (mesothelioma pleurae (lungehinde), ICD-10 C45.0 eller mesothelioma peritonei (bughinde), ICD-10 C45.1).

Krav til påvirkningen

For at lungehindekræft eller bughindekræft kan anerkendes efter fortegnelsen, skal der have været tale om én af følgende påvirkninger:

- a. Asbest
- b. Erionit
- c. Talkum med indhold af asbestlignende fibre

For at sagen kan anerkendes, kræves desuden følgende:

- Dokumenteret eller sandsynliggjort udsættelse for asbest eller asbestholdige materialer på arbejdet
- Hvis påvirkningen har været massiv, skal der kun have været tale om ugers påvirkning

Typiske arbejdsbetingede kilder til asbestpåvirkning er arbejde på den tidligere Eternitfabrikken i Ålborg, nedrivningsarbejde, værftsarbejde, tagarbejde, isoleringsarbejde og VVS-arbejde med håndtering af asbestholdige materialer samt mekanikerarbejde, der har indebåret kontakt med asbestholdige bremsebelægninger eller koblinger. Også andre former for relevant udsættelse for asbest på arbejdet vil dog kunne være omfattet af fortegnelsen. Se også kapitel 21.16.2 om brancher/erhverv med mulig asbestudsættelse.

I Danmark ses der stort set kun udsættelse for asbest (a). Udsættelse for erionit, der er et sjældent forekommende asbestlignende mineral (b), og talkum med asbestlignende fibre (c) vil dog tilsvarende kunne forårsage mesotheliom, og er derfor også omfattet af punktet, selvom disse påvirkninger er meget sjældne i Danmark.

I 2000 fik 63 danske mænd og 13 danske kvinder lungehindekræft. Kræft i lungehinden udgør 0,5 % af kræfttilfælde hos mænd og 0,1 % hos kvinder. 3 mænd ud af 100.000 får konstateret kræft i lungehinden på 1 år, og 1 kvinde ud af 100.000 kvinder får samme diagnose.

Asbestbetinget lungehindekræft forekommer mere end 10 gange hyppigere end asbestbetinget bughindekræft.

De fleste, der får lungehindekræft eller bughindekræft, er over 60 år, fordi der går mange år, før asbestens påvirkning medfører sygdommen (lang latenstid). Yngre mennesker kan dog også få lungehindekræft eller bughindekræft, hvis de har været udsat for asbest i tidlig alder.

Når det hovedsageligt er mænd, der rammes af sygdommen, hænger det sammen med, at det primært er mænd, der har været udsat for asbest i større omfang i relation til forskellige typer arbejde og i nogle tilfælde også i fritiden (for eksempel ved privat tagarbejde og lignende).

Omkring 90 procent af de anmeldte tilfælde af mesotheliom anerkendes som arbejdsskader. Ifølge en undersøgelse fra Kræftens Bekæmpelse 2004, er det imidlertid langt fra alle de faktiske arbejdsbetingede tilfælde af lungehindekræft, der bliver anmeldt som mulige arbejdsskader. ([Anmeldelse af udvalgte arbejdsbetingede kræfttilfælde \(1994-2002\) til Arbejdsskadestyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, marts 2005](#))

Fra 2007 er der derfor indført automatisk anmeldeordning via et særligt kræftregister. Ordningen sikrer, at alle nye tilfælde af mesotheliom anmeldes til Arbejdsskadestyrelsen af Cancerregistret.

Arbejde med asbest og asbestholdige materialer har frem til begyndelsen af 1980'erne været almindeligt forekommende, men forekommer i dag kun sjældent som følge af en lang række restriktioner mod asbest. Da mesotheliom som følge af asbest har en lang latenstid på 10-40 år, forekommer der imidlertid fortsat mange tilfælde af denne kræftform.

Der kan også i dag forekomme enkelte tilfælde af kontakt med asbest i forbindelse med for eksempel arbejde med gamle tagmaterialer, isolering og tilsvarende.

Tobaksrygning

Vi foretager **aldrig** fradrag i erstatningen (godtgørelse for men og erstatning for tab af erhvervsevne), når vi har anerkendt et asbestrelateret tilfælde af lungehindekræft eller bughindekræft.

Det skyldes, at tobaksrygning ikke har betydning for udvikling af lungehindekræft og bughindekræft.

Eksempler på afgørelser om lungehindekræft og bughindekræft (mesotheliom)

Eksempel 1: Anerkendelse af lungehindekræft (mesotheliom) efter asbest (smed)

En 59-årig mand arbejdede i sin ungdom i en periode på 4-5 år som lærling og siden smed på en motorfabrik. Arbejdet indebar periodevis kraftig eksponering for asbestfibre i forbindelse med forarbejdning, herunder boring, skæring og slibning, af koblingsplader i asbest og ophold i et uventileret værksted med asbestfibre i luften. Der var ikke oplyst asbestudsættelse i senere ansættelser. Som 59-årig fik smeden tiltagende åndenød og fik efterfølgende konstateret kræft i venstre lungehinde (malignt mesotheliom). Han havde tillige haft et moderat stort tobaksforbrug igennem mange år.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Smeden har været relevant og periodevis ret kraftigt udsat for asbest i flere år på en motorfabrik. Der er god sammenhæng mellem den påviste mesotheliom, påvirkningen og den lange latenstid på 30-40 år, fra påvirkningen fandt sted, til sygdommen brød ud. I denne sag og andre sager om kræft i lungehinde eller bughinde (mesotheliom) lægges ingen vægt på et eventuelt tobaksforbrug, da tobaksrøg ikke har betydning for udvikling af mesotheliom.

Eksempel 2: Anerkendelse af lungehindekræft (mesotheliom) efter asbest (handskesyerske)

En 79-årig kvinde fik konstateret lungehindekræft i venstre lungehinde (malign pleural mesotheliom). Hun havde 40 år tidligere, i en 5-årig periode, været beskæftiget i et mindre firma med at sy arbejdshandsker, hvor en del af materialet var asbest. En tilskærer skar ud til handskerne, herunder i asbestplader. Asbeststykkerne blev derefter af tilskadekomne syet på handskerne i håndflader og over håndryggen. Under udskæringen var der meget asbeststøv i lokalet. Der var ikke etableret nogen form for ventilation, hverken ved nåldlemaskinen eller generelt i kælderlokalet. De fremstillede cirka 100 handsker om dagen og brugte cirka 1 stor asbestplade dagligt.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Handskesyersken har arbejdet med asbest dagligt under fremstilling af arbejdshandsker og har tillige været dagligt udsat for asbestholdigt støv ved tilskæring af asbestplader i lokalet i en 5-årig periode. Der er god sammenhæng mellem udviklingen af kræft i venstre lungehinde, arbejdet som handskesyerske med daglig asbestudsættelse i 5 år og tillige den lange latenstid på 35-40 år, fra påvirkningen fandt sted, til sygdommen brød ud.

Eksempel 3: Anerkendelse af bughindekræft (mesotheliom) efter asbest (lærer)

En 75-årig mand havde igennem 30 år arbejdet som lærer på en ingeniørhøjskole. Ved undervisningen i kemi anvendte han de første 15 år asbestbelagte trådnet til øvelser. Trådnettene

var ofte gået i stykker og dryssede af, således at der lå et hvidt pulver tilbage på bordet. Han fik 10 år efter ophør i arbejdet svær åndenød og udtalt træthed og fik efterfølgende konstateret kræft i bughinden (malignt mesotheliom).

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Læreren har under kemiundervisning periodisk og indimellem flere gange ugentligt i en længere årrække været i kontakt med asbestholdigt støv fra trådnet. Der er god sammenhæng mellem udviklingen af bughindekræft, den mangeårige lettere udsættelse for asbestholdigt støv og tillige den lange latenstid på 25-40 år, fra påvirkningen fandt sted, til sygdommen brød ud.

Eksempel 4: Afvisning af lungehindekræft (mesotheliom) efter asbest (selvstændig smed)

En 80-årig tidligere smed fik konstateret kræft i højre lungehinde (malignt mesotheliom). Det fremgik af sagens oplysninger, at han tidligere i en 10-årig periode havde drevet selvstændig virksomhed, hvor han var udsat for asbest i forbindelse med forarbejdning af asbestplader til forskellige maskiner. Han havde ikke tidligere eller senere været udsat for asbest eller asbestholdige materialer i forskellige ansættelser som smed og maskinarbejder. Tilskadekomne var ikke ansat som lønmodtager i egen virksomhed og havde heller ikke tegnet forsikring mod erhvervs sygdomme for selvstændige i Arbejdsmarkedets Erhvervs sygdomssikring, da denne ordning først trådte i kraft per 1. januar 2004.

Sagen kan ikke anerkendes efter loven. Sygdommen er opstået som følge af påvirkninger på arbejdet som selvstændig og er forsikringsmæssigt ikke omfattet af loven, da tilskadekomne ikke har været ansat som lønmodtager i egen virksomhed og heller ikke har tegnet forsikring mod erhvervs sygdom, der er gyldig for den periode, hvor påvirkningen fandt sted.

21.6.3. Næse- og bihulekræft (K.4.3.)

Krav til diagnosen

Der findes 2 typer næse- og bihulekræft: adenokarcinom (kirtelcellekræft), som udgår fra kirtelceller i næseslimhinden og er den mest almindelige form, samt pladecellekræft (hudcellekræft), som udgår fra hudceller ved næseborene.

De mest typiske diagnoser på næse- og bihulekræft er næsehulekræft (neoplasma malignum cavi nasi ICD-10, C30.0) og kræft i bihuler (neoplasma malignum sinuum nasi ICD-10, C31).

Alle de nævnte former er omfattet af punktet på fortegnelsen.

Kræft i næsesvælget hører under fordøjelsessystemet og vurderes derfor efter punkt K.2.6. på fortegnelsen.

Krav til påvirkningen

Følgende arbejdsbetingede påvirkninger, der kan forårsage næse- og bihulekræft, er optaget på fortegnelsen (K.4.3.):

Stoffer:

- a. Formaldehyd
- b. Kromforbindelser
- c. Nikkelforbindelser, herunder kombinationer af nikkeloxider og -sulfider i nikkelraffineringsindustri
- d. Træstøv

Processer:

- e. Fremstilling af isopropylalkohol ved stærk sur proces
- f. Møbel- og skabsproduktion
- g. Støvle- og skofremstilling og -reparation

For alle påvirkninger gælder, at der normalt skal have været tale om en væsentlig og længerevarende påvirkning, som udgangspunkt i flere år.

For eksempel skal der ved påvirkninger i form af træstøv eller formaldehyd have været tale om en udsættelse på over 10 år. Ved særligt kraftig udsættelse vil grænsen for udsættelse kunne nedsættes til omkring 5 år.

En særligt kraftig udsættelse vil for træstøv være udsættelse over grænseværdien på 2 mg/m^3 . For formaldehyd vil en særligt kraftig udsættelse være udsættelse over grænseværdien $0,4 \text{ mg/m}^3$.

I Danmark skyldes langt den overvejende del af anmeldte tilfælde af kræft i næse- og bihuler kirtelcellekræft forårsaget af udsættelse for træstøv ved forskellige former for træforarbejdning.

Da formaldehyd også forekommer i træ- og møbelindustrien, kan det indimellem være vanskeligt at afgøre, om det er udsættelsen for træstøv eller formaldehyd, der er den væsentligste faktor. Det kan derfor godt være en kombination af de 2 påvirkninger, der begge er optaget på fortegnelsen, der forårsager kræftsygdommen. Hvis tilskadekomne har været relevant udsat for træstøv ved arbejde i træ- eller møbelindustrien, vil vi normalt tage udgangspunkt i denne påvirkning ved anerkendelse af sagen.

Der forekommer også enkelte tilfælde efter udsættelse alene for formaldehyd, krom og nikkel, mens de øvrige former er mere usædvanlige. Røg fra svejsning og skæring i rustfrit stål indeholder både nikkel og krom, der begge kan forårsage udvikling af næse- og bihulekræft.

Kirtelcellekræft i næse- og bihuler er en forholdsvist sjælden kræftform med kun omkring 12 nye, kendte tilfælde per år. Til gengæld ses den næsten kun hos personer, der har været udsat for træstøv og/eller formaldehyd.

Af de anmeldte tilfælde bliver mellem 90 og 100 procent anerkendt som arbejdsbetinget kræft. Anerkendelsesprocenten er således særdeles høj for netop denne type kræft. At sygdommen ikke anmeldes, kan have stor betydning for tilskadekomne, der derved kan gå glip af en eventuel erstatning.

Fra 2007 er der derfor indført automatisk anmeldeordning via et særligt kræftregister. Ordningen sikrer, at alle nye tilfælde af kræft i næse- og bihuler anmeldes til Arbejdsskadestyrelsen af Cancerregistret.

Pladecellekræft i næse- og bihuler er sjældnere forekommende end kirtelcellekræft.

Tobaksforbrug

Tobaksrygning har ikke særlig betydning for udvikling af **kirtelcellekræft** i næse- og bihuler (adenokarcinom). Tobaksforbruget har derfor ikke betydning for vores vurdering af denne type sager.

Tobaksrygning kan imidlertid forårsage eller bidrage til udviklingen af **pladecellekræft** (hudcellekræft) i næse- og bihuler. Som ved flere andre former for arbejdsbetinget kræft vil et væsentligt tobaksforbrug derfor kunne indgå i vurderingen af en sag vedrørende pladecellekræft i næse- og bihuler. Se nærmere herom under 21.2.4.

Eksempler på afgørelser om næse- og bihulekræft

Eksempel 1: Anerkendelse af kirtelcellekræft i næsehulen efter træstøv (møbelsnedker)

En 57-årig mand arbejdede i 15 år som møbelsnedker i et snedkermesterfirma, hvor han dagligt var udsat for en betydelig mængde træstøv fra forskellige eksotiske træsorter. Udluftningsforholdene i firmaet var endvidere ringe. Han udviklede derefter kirtelcellekræft i næsehulen (neoplasma malignum cavi nasi).

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Snedkeren har været dagligt udsat for træstøv i mere end 10 år, og der er god tidsmæssig og årsagsmæssig sammenhæng mellem arbejdet og udviklingen af kirtelcellekræft i næsehulen.

Eksempel 2: Anerkendelse af pladecellekræft i næsen efter træstøv (lagerarbejder)

En 55-årig mand arbejdede i 10 år som lagerarbejder i en engrosvirksomhed, der forhandlede forskellige træprodukter. Han havde ansvaret for sin egen pluklagerhal, hvor han håndterede forskellige trætyper som teak, eg, kirsebær, ask, ahorn, valnød og elm. Arbejdet bestod i modtagelse og sortering af træ samt lagerføring og salg. Arbejdet medførte en vis daglig udsættelse for træstøv i lagerhallen, blandt andet ved håndtering af materialer og ved fejning, og der var ingen ventilation. I slutningen af perioden udviklede han ømhed og blødning fra næsen. Ved en hospitalsundersøgelse blev der fundet tumorer på højre og venstre side af næseskillevæggen. En mikroskopiundersøgelse viste pladecellekarcinom i næsen. Det fremgik tillige, at lagerarbejderen havde været storryger i en længere årrække med et forbrug svarende til over 10 pakkeår.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Lagerarbejderen har været dagligt udsat for træstøv i 10 år og har udviklet pladecellekræft i god årsagsmæssig og tidsmæssig sammenhæng med påvirkningen. Ved den efterfølgende erstatningsudmåling vil vi foretage fradrag for det store tobaksforbrug på over 10 pakkeår, da dette har betydning for udvikling af pladecellekræft i næse- og bihuler.

Eksempel 3: Anerkendelse af bihulekræft efter nikkel og krom (svejseinstruktør)

En 60-årig mand arbejdede i 15 år som svejseinstruktør i et firma, der solgte svejseudstyr. Han var her ved tilbagevendende demonstration af svejseudstyret udsat for svejserøg og skærerøg fra rustfrit stål i 5-10 timer ugentligt. Røgen fra svejsning og skæring af rustfrit stål indeholdt både krom og nikkel, der begge er kræftfremkaldende i forhold til næsehuler og bihuler. Han udviklede næsten 10 år efter dette arbejde kræft i bihulerne (neoplasma malignum sinuum nasi).

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Svejseinstruktøren har i en længere årrække i 5-10 timer ugentligt været udsat for svejse- og skærerøg med indhold af både nikkel og krom, der begge kan forårsage kræft i bihulerne. Der er god sammenhæng mellem sygdommen og påvirkningen samt til latetiden på 10-25 år, fra påvirkningen fandt sted, til sygdommen brød ud.

21.6.4. Blærekræft (K.5.2.)

For at sygdommen blærekræft (kræft i urinblæren) kan anerkendes efter fortegnelsens punkt K.5.2., skal der lægeligt været stillet diagnosen urinblærekræft (neoplasma malignum vesicae urinariae ICD-10, C67).

Begrebet kræft i blæren omfatter et bredt spektrum af knuder i blæren, lige fra godartede polypper (der i virkeligheden ikke er en egentlig kræftsygdom) til ondartede kræftknuder.

Cellerne i slimhinden kan give sig til at vokse ukontrolleret og danne en polyp. Hvis cellerne vokser ind i bindevævslaget under slimhinden og videre ind i blæremusklen, er der tale om en egentlig kræftknode.

For at blærekræft kan anerkendes efter fortegnelsen, skal der lægeligt være diagnosticeret en ondartet form for urinblærekræft (malign tumor) eller et forstadium til en ondartet form for blærekræft.

Krav til påvirkningen

For at blærekræft kan anerkendes efter fortegnelsens punkt K.5.2., skal der have været tale om én eller flere af følgende påvirkninger:

Stoffer:

- a. 2-Naphthylamin
- b. 4-Aminobifenyl
- c. 4-Klor-ortho-toluidin og dets stærke (hydroklorid)salte
- d. 4-4'-metylbiskloranilin (MOCA)
- e. Arsen og dets forbindelser
- f. Benzidin og benzidinbaserede farvestoffer
- g. Ortho-toluidin
- h. Stenkulstjære og stenkulstjærebeg
- i. Udstødningsgasser fra dieselmotorer

Processer:

- j. Aluminiumsfremstilling
- k. Auraminfremstilling
- l. Frisørarbejde
- m. Kulforgasning

- n. Gummiindustri
- o. Maler (erhvervsmæssig udsættelse som)
- p. Magentaframstilling (fuchsin)
- q. Støvle- og skofremstilling og -reparation

For alle påvirkninger gælder, at der som udgangspunkt skal have været tale om en betydelig udsættelse igennem en årrække.

I Danmark forekommer tilfælde af arbejdsbetinget blærekræft særligt inden for følgende jobgrupper:

- Arbejdere i læderindustrien
- Malere (der findes kendte og mistænkte kræftfremkaldende stoffer i maling og i opløsningsmidler)
- Chauffører og værkstedsmekanikere (udstødningsgas med indhold af polycykliske aromatiske forbindelser og nitro-polycykliske aromatiske forbindelser)
- Arbejdere i aluminiumsindustrien (aromatiske aminer som 2-naphthylamin, 4-aminobifenyl og benzidin)
- Trykkeriarbejdere (aromatiske aminer i trykfarver)
- Arbejdere i gummiindustrien
- Ansatte i frisørfaget

Kræft i blæren er 10 gange så hyppig i den vestlige verden som i Østeuropa og Asien og hyppigst hos hvide mænd. I 2000 fik 1206 danske mænd og 410 danske kvinder kræft i blæren. Kræft i blæren udgør 7,9 % af alle kræfttilfælde hos mænd og 2,4 % hos kvinder. 52 mænd ud af 100.000 får konstateret kræft i blæren i løbet af et år. 14 kvinder ud af 100.000 kvinder får samme diagnose.

Kræft i urinblæren og blærepapillomer (såvel godartede som ondartede) er med cirka 1.200 nye tilfælde per år blandt danske mænd en forholdsvis almindelig kræftform. De forskellige former er internationalt slået sammen i én gruppe, ”blærekræft”, fordi der er en glidende overgang mellem godartede blærepapillomer, der med tiden kan blive ondartede, og ondartede kræftformer, og fordi alle formerne har samme årsager. (Kræftens Bekæmpelse, www.cancer.dk)

Tobaksforbrug

Rygning har en stor betydning for udvikling af blærekræft og er kendt som en af de væsentligste årsager til sygdommens forekomst, selvom tobaksforbrugets betydning er relativt mindre end ved udvikling af lungekræft.

Tobaksrygning øger risikoen for at udvikle kræft i blæren 2-3 gange sammenlignet med ikke-rygere, og risikoen øges med stigende forbrug. En storryger har 5 gange forhøjet risiko sammenlignet med en ikke-ryger. Både mængden af tobak per dag og det antal år, man har røget, øger risikoen.

Som ved flere andre former for arbejdsbetinget kræft vil et væsentligt tobaksforbrug derfor kunne indgå i vurderingen af en sag vedrørende blærekræft. Se nærmere under 21.2.4.

Eksempler på afgørelser om blærekræft

Eksempel 1: Anerkendelse af blærekræft efter udstødningssgas fra dieselmotorer (mekaniker)

En 60-årig mand havde i mere end 30 år arbejdet som mekaniker på et autoværksted. Det var et forholdsvist stort autoværksted, hvor der blev repareret 40-45 biler om dagen, og der var en del afgangsgasser fra blandt andet dieselmotorer i løbet af dagen. Udluftningsforholdene i værkstedet var ringe. Umiddelbart efter ophør af arbejdet fik mekanikeren blod i urinen, og en hospitalsundersøgelse påviste blærekræft. Tilskadekomne havde i sin tidligere ungdom været moderat ryger i en kort periode, men ikke sidenhen.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Mekanikeren har igennem en meget lang årrække dagligt eller stort set dagligt været udsat for udstødningssgasser fra dieselmotorer på et autoværksted. Han har kun i meget beskedent omfang røget selv og kun i den tidligere ungdom, og der er derfor ikke grundlag for at afvise sagen på grund af tobaksforbruget eller foretage fradrag for tobaksrygningen ved erstatningsudmålingen. Der er god sammenhæng mellem sygdommen og udsættelsen for udstødningssgas fra dieselmotorer gennem mange år.

Eksempel 2: Anerkendelse af blærekræft efter malerarbejde (maler)

En 58-årig mand havde arbejdet som maler i over 40 år. Han havde primært arbejdet som bygningsmaler, men i 5 år malede han togvogne, og i 2 år lakerede han biler. Han havde i en stor del af perioden arbejdet med terpentinbaserede produkter, men havde også været udsat for organiske opløsningsmidler. Tilskadekomne havde i samlet 15 år røget 10-13 cigaretter dagligt eller lidt under 10 pakkeår. Han udviklede i slutningen af arbejdsperioden blærekræft.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Maleren har været relevant udsat for påvirkninger fra terpentinbaserede produkter og organiske opløsningsmidler på sit arbejde, der medfører en øget risiko for at udvikle blærekræft. Der er god sammenhæng mellem påvirkningerne fra malerarbejdet og sygdommen. Da tobaksforbruget samlet har været under 10 pakkeår, vil der ikke blive foretaget fradrag i den efterfølgende erstatning for men eller erhvervsevnetab.

Eksempel 3: Anerkendelse af blærekræft efter trykfarver (aromatiske aminer)(trykkeriarbejder)

En 60-årig mand havde arbejdet som reparatør i et trykkeri i over 30 år. En stor del af arbejdstiden gik med reparation af rotationsmaskiner, og han var dagligt indsmurt i de trykkerifarver, som over årene blev anvendt på trykkeriet. Han var tillige i tæt kontakt med organiske opløsningsmidler. Trykkerifarverne indeholdt aromatiske aminer i form af 4-aminobifenyl, benzidin og 2-naphthylamin. Han udviklede umiddelbart efter ophøret af arbejdet blærekræft. Det fremgik af sagen, at reparatøren havde haft et dagligt tobaksforbrug på 10 cigaretter i mere end 50 år. Tobaksforbruget var således på omkring 25 pakkeår.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Reparatøren har igennem en lang årrække været betydeligt udsat for trykkerifarver med indhold af aromatiske aminer i form af 2-naphthylamin, 4-aminobifenyl og benzidin, der alle er optaget på fortegnelsen som relevante påvirkninger for udvikling af blærekræft. Der er god sammenhæng mellem sygdommen og påvirkningerne. Ved erstatningsafgørelsen vil der dog blive foretaget fradrag for det store tobaksforbrug på væsentligt over 10 pakkeår.

Eksempel 4: Afvisning af blærekræft efter sprøjtemidler (gartner)

En 60-årig mand havde arbejdet som gartner i omkring 40 år. Han havde herunder været massivt udsat for sprøjtemidler, idet han havde haft ansvaret for sprøjtning af afgrøder på 17 tønder land. Han sprøjtede for lus, meldug, utøj og stråleplet og brugte blandt andet Lindan, DDT, Round Up, Reglone, Gramazone og Maladon. Han sprøjtede både fra tankbil og fra en tank på ryggen. Han sprøjtede normalt fra maj til september og cirka 1 dag per måned. Han anvendte ikke maske eller overtrækstøj før sidst i perioden. Flere af de bekæmpelsesmidler, som tilskadekomne havde brugt, var kendt som muligt kræftfremkaldende påvirkninger, dog ikke i forhold til blærekræft. Han fik som 60-årig stillet diagnosen blærekræft (transitocellulært karcinom grad III med muskelinvasion).

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Gartneren har ikke været udsat for påvirkninger, der er optaget på fortegnelsen i relation til sygdommen blærekræft. Der er desuden ikke grundlag for at forelægge sagen for Erhvervssygdomsudvalget med henblik på eventuel anerkendelse uden for fortegnelsen, da de omtalte sprøjtemidler ud fra den nuværende medicinske viden på området ikke medfører en væsentligt øget risiko for at udvikle blærekræft.

21.6.5. Hudkræft (K.3.)

Begrebet hudkræft på fortegnelsen (punkt K.3) omfatter alle ondartede (maligne) former for kræft relateret til huden, herunder også forstadier til hudkræft.

Lægeligt skelnes mellem flere forskellige former for hudkræft, hvoraf de hyppigste er:

1. Basalcellekræft
2. Pladecellekræft
3. Modernærkekræft

Også andre maligne former for hudkræft, herunder hudkirtelkræft og forstadier til ondartet hudkræft, vil dog kunne være omfattet af punktet

Basalcellekræft

Basalcellekræft (carcinoma basocellulare, neoplasma malignum cutis aliud, ICD-10, C44) er den hyppigste form for hudkræft. Den opstår oftest i ansigtet, på ørerne og på overkroppen, men kan opstå overalt på huden – også uden soludsættelse. Det er den samlede mængde sollys, som man har været udsat for over tid, der har betydning for udviklingen af basalcellekræft. Basalcellekræft forekommer hyppigere med stigende alder. Basalcellekræft vokser i huden og spreder sig lokalt som et langsomt voksende sår, men spreder sig ikke til andre dele af kroppen.

Diagnosen stilles ved en mikroskopisk undersøgelse af en vævsprøve. Denne kræftform kan som regel helbredes.

Pladecellekræft

Pladecellekræft (carcinoma spinocellulare, ICD-10, C44) er den næsthypigste form for hudkræft. Pladecellekræft opstår på hudområder, der har været udsat for sollys, som for eksempel ansigt, nakke og hænder. Det er den samlede mængde sollys, som man har været udsat for over tid, der har betydning for udviklingen af pladecellekræft.

I modsætning til basalcellekræft kan pladecellekræft i enkelte tilfælde sprede sig til lymfeknuderne og videre ud i kroppen. Sygdommen kan derfor i sjældne tilfælde være en meget alvorlig sygdom med et eventuelt dødeligt udfald.

Diagnosen pladecellekræft stilles ved en mikroskopisk undersøgelse af en vævsprøve.

Hudkræft er den mest almindelige kræftform i Danmark og et voksende helbredsproblem. I 2000 fik 3257 danske mænd og 3702 danske kvinder kræft i huden (modermærkekræft ikke omfattet). Kræft i huden udgør 21,4 % af alle kræfttilfælde hos mænd og 22 % hos kvinder.

Solarier og højfjeldssol øger risikoen for pladecellekræft 2,5 gange og for basalcellekræft 1,5 gang, sammenlignet med risikoen hos mennesker, der ikke tager kunstig sol. Risikoen er større, jo yngre man er, når man begynder at tage kunstig sol.

Modermærkekræft (malignt melanom)

Modermærkekræft kan udvikles ud fra godartede modermærker eller opstå på den normale hud. Sygdommen modermærkekræft (malignt melanom, melanoma malignum cutis, ICD-10 C43) opstår i hudens pigmentceller.

Kendte årsager til modermærkekræft er ultraviolet lys fra sol og solarier. Overdreven soldyrkning og solskoldning, især i barndommen, øger risikoen for udvikling af sygdommen. Især mennesker med lys hud eller rødt hår er udsatte, fordi de har mindre af farvestoffet melanin, som er hudens naturlige beskyttelse mod solens skadelige stråler.

I Danmark får cirka 800 mennesker hvert år modermærkekræft, og omkring 200 mennesker dør hvert år af sygdommen. Efter 1945 er antallet af danskere, som har fået modermærkekræft, mere end tredoblet.

Forstadier til hudkræft (aktiniske keratoser)

Aktiniske keratoser er ikke hudkræft, men et forstadium til pladecellekræft, der i enkelte tilfælde kan udvikle sig til egentlig hudkræft. Aktiniske keratoser er et tegn på, at huden er blevet skadet af solens ultraviolette stråler. De forekommer oftest i hårbunden, specielt hos skaldede mænd. Derudover på de dele af huden, som udsættes for sollys, herunder ører, ansigt og hænder. Aktiniske keratoser er meget udbredt i befolkningen, særligt hos ældre mennesker. Diagnosen stilles ved en mikroskopisk undersøgelse af en vævsprøve. (Kræftens Bekæmpelse, www.cancer.dk)

Krav til påvirkningen

For at hudkræft kan anerkendes efter fortegnelsens punkt K.5.2., skal der have været tale om én eller flere af følgende påvirkninger:

Stoffer:

- a. Arsen og dets forbindelser
- b. Antracen
- c. Kreosotforbindelser
- d. Mineralsk olie, ubehandlet og let behandlet
- e. Råparaffin
- f. Skiferolie eller smøremidler udvundet af skifer

- g. Solstråling
- h. Sod
- i. Stenkulstjære og stenkulstjærebeg

Processer:

- j. Koks fremstilling
- k. Kulforgasning
- l. Olieraffinering

Der skal normalt have været tale om en væsentlig udsættelse for en eller flere af de pågældende påvirkninger igennem en længere periode.

Der må tillige ikke være oplyst om private påvirkninger, der overvejende sandsynligt har forårsaget hudkræften. For påvirkningen solstråling gør sig særligt gældende, at det ved forekomst af basalcellekræft eller pladecellekræft (nonmelanom cancer) er den kumulative udsættelse, det vil sige den samlede mængde lys igennem livet, der tæller som årsag til sygdommens opståen. I disse sager må det sandsynliggøres, at den sol(lys)udsættelse, der har været i arbejdstiden, overstiger udsættelsen privat over tid.

Nogle af påvirkningerne på fortegnelsen kan forårsage alle de omtalte former for hudkræft. Det gælder for eksempel ultraviolet lys (solstråling). Andre påvirkninger relaterer sig i nogle tilfælde specifikt til en af de nævnte former for hudkræft, men ikke til de andre former. Latenstiden for de forskellige påvirkninger er ligeledes varierende. Latenstiden er den tid, der går, fra påvirkningen finder sted, til sygdommen bryder ud.

Vores dermatologiske lægekonsulent vil medvirke ved sagens behandling, herunder med en lægelig vurdering af den oplyste diagnose, de mulige årsagssammenhænge mellem den specifikke kræftform og de oplyste påvirkninger, ud fra den medicinske dokumentation på området, og af latenstiden.

Sager om hudkræft, der ikke er omfattet af fortegnelsen, vil i nogle tilfælde kunne anerkendes uden for fortegnelsen som en følge af arbejdets særlige art efter forelæggelse for Erhvervs sygdomsudvalget.

Et eksempel på en sag om hudkræft, der eventuelt kan anerkendes uden for fortegnelsen, er røntgen sygeplejersker, der udvikler hudkræft på håndryggen efter længere tids anvendelse af røntgenapparater, der har medført udsættelse for røntgenstråling.

Tobaksforbrug

Der er generelt ikke god dokumentation for, at tobaksrygning er en væsentlig risikofaktor for at udvikle hudkræft.

Det betyder, at et eventuelt tobaksforbrug som udgangspunkt ikke vil blive tillagt betydning ved vores vurdering af, om en sag om hudkræft kan anerkendes, eller i forbindelse med en eventuel erstatning for sygdommens følger.

En enkelt undtagelse er udvikling af pladecellekræft på læben, der i nogle tilfælde kan skyldes tobaksrygning. Som ved flere andre former for arbejdsbetinget kræft vil et væsentligt tobaksforbrug derfor kunne indgå i vurderingen af en sag vedrørende pladecellekræft på læben.

Eksempler på afgørelser om hudkræft

Eksempel 1: Anerkendelse af hudkræft (basalcellekræft) efter arsen (kemisk produktion)

En 60-årig mand havde igennem 32 år arbejdet på en større kemisk produktionsvirksomhed som reparatør. Han var herunder igennem en 10-årig periode i midten af arbejdsforholdet væsentligt udsat for kontakt med arsenholdigt støv (peroral arsen). Han udviklede godt 10 år efter arsenudsættelsen tilbagevendende udbrud af hudkræft på store dele af kroppen, som løbende blev fjernet hos en hudlæge. Hudkræften var af typen basalcellekræft (basocellulært karcinom).

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Reparatøren har under arbejdet været væsentligt udsat for kontakt med arsenholdigt støv igennem en længere periode og har herefter udviklet hudkræft af typen basalcellekræft. Både sygdom og påvirkning er omfattet af fortegnelsen, og der er god årsagssammenhæng samt relevant latenstid på 10-20 år, fra påvirkningen fandt sted, til sygdommen brød ud.

Eksempel 2: Anerkendelse af hudkræft på penis efter arbejde på olieplatform (tekniker)

En 50-årig mand arbejdede igennem 15 år som reparatør og turbinetekniker på olieplatforme. På arbejdet blev han udsat for moderate til store mængder råolie fra udvindingen, raffinerede olier fra maskineriet og sod fra turbiner og brændere. Arbejdet medførte megen tilsmudsning af hud og tøj over hele kroppen, herunder også kontakt med kemiske forbindelser i form af polycykliske aromatiske hydrocarboner (PAH'er), der er kendt som meget kræftfremkaldende. Arbejdet var endvidere forbundet med ringe hygiejneforhold. Teknikeren udviklede i slutningen af perioden hudkræft i form af et pladecellekarcinom under forhuden til penis.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Teknikeren har været i nær kontakt med forskellige olieformer og kemiske forbindelser under arbejde på en olieplatform, hvor der foregår olieproduktion og forarbejdning, der svarer til påvirkningsprocessen olieraffinering på fortegnelsen. Der er god sammenhæng mellem udviklingen af hudkræft på penis og den fortsatte tilsmudsning af tøj og hud med forskellige olieprodukter, herunder sandsynligt også udsættelse for sod og olierester med PAH-forbindelser til penis under vandladning. Der er tillige en latenstid på op mod 15 år, fra påvirkningen begyndte, til sygdommen brød ud.

Eksempel 3: Anerkendelse af hudkræft efter solstråling (gartner)

En 45-årig mand arbejdede som kommunalt ansat gartner med udendørs arbejde året rundt i 15 år. Han var særligt i sommerhalvåret udsat for megen sol og udviklede i slutningen af perioden hudkræft i den øvre nakkeregion af typen basalcellekarcinom.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Gartneren har udviklet hudkræft i form af basalcellekræft i nakken efter mange års betydelig udsættelse for solstråling (ultraviolet stråling) på det ramte område. Der er god sammenhæng mellem sygdommen, påvirkningen og en latenstid på op mod 15 år, fra påvirkningen begyndte, til sygdommen brød ud.

Eksempel 4: Afvisning af hudkræft efter ioniserende (radar)stråling (radartekniker)

En 75-årig mand arbejdede i godt 40 år som mekaniker og tekniker ved en flyvestation, heraf 15 år i en enhed, der havde ansvar for vedligeholdelse af radarsystemer rundt om i landet. Dette vedligeholdelsesarbejde foregik cirka 4 måneder årligt. Han havde primært til opgave at reparere de mekaniske dele i radarerne, og disse var derfor næsten altid slukket i forbindelse med arbejdet. Ifølge sagens oplysninger kunne der have været tale om en ret beskeden udsættelse særligt for blød røntgenstråling/ikke-ioniserende stråling periodisk i 10 år. Udsættelsen lå dog noget under de fastsatte grænseværdier på området. Teknikeren udviklede efter ophør i arbejdet pladecellekræft (spinocellulært karcinom) på låret.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Teknikeren har muligvis været udsat for ioniserende stråling (radarstråling), men denne påvirkning er ikke optaget på fortegnelsen i forbindelse med hudkræft. Der er heller ikke oplyst andre påvirkninger, der muligt ville kunne føre til anerkendelse af hudkræft på fortegnelsen. Der kan have været tale om en mindre udsættelse for ioniserende stråling 4 måneder årligt i en længere årrække. Denne udsættelse har dog haft et så beskedent omfang, at der heller ikke er grundlag for at forelægge sagen for Erhvervs sygdomsudvalget med henblik på eventuel anerkendelse uden for fortegnelsen.

Yderligere informationer:

[Udredningsrapport om natarbejde og kræft](#). Rapporten kan findes på www.ask.dk under Arbejdsskadestyrelsen, forskning og projekter.

Ankestyrelsens principielle afgørelser om arbejdsbetinget kræft kan ses på www.ast.dk

22. Sygdomme uden for fortegnelsen (arbejdets særlige art)

- 22.1. Generelt om anerkendelse uden for fortegnelsen
- 22.2. Vurdering af sygdommen
- 22.3. Vurdering af påvirkningen
- 22.4. Forudbestående og konkurrerende tilstande
- 22.5. Sagens behandling i Arbejdsskadestyrelsen
- 22.6. Eksempler på afgørelser uden for fortegnelsen
- 22.7. Om Erhvervssygdomsudvalget

Indledning

Vejledningen beskriver behandlingen af sygdomme, der ikke er omfattet af fortegnelsen over erhvervssygdomme, men muligvis kan anerkendes uden for fortegnelsen efter forelæggelse for Erhvervssygdomsudvalget.

Vejledningen indeholder tillige en eksempelsamling, som kan give et indtryk af de mange forskellige muligheder for at få anerkendt en sygdom uden for fortegnelsen. eksempelsamlingen kan dog langt fra anses for udtømmende.

22.1. Generelt om anerkendelse uden for fortegnelsen

Anerkendelse af sygdomme og påvirkninger, der ikke er optaget på fortegnelsen over erhvervssygdomme, kan kun ske efter forelæggelse for Erhvervssygdomsudvalget med henblik på en vurdering af, om sygdommen efter den nyeste medicinske dokumentation opfylder kravene til optagelse på fortegnelsen, eller om den med udelukkende eller i overvejende grad skyldes arbejdets særlige art. (Lovens § 7, stk. 1, nr. 2, 1. og 2. led)

Vi vurderer i hvert enkelt tilfælde, om sagen skal forelægges for Erhvervssygdomsudvalget. Hvis vi ud fra kendskab til udvalgets praksis og den medicinske viden på området skønner, at sagen ikke vil kunne anerkendes, enten på grund af sygdommens art, påvirkningen eller årsagssammenhængen, vil sagen normalt blive afvist uden forelæggelse for udvalget. (Lovens § 7, stk. 3)

De nærmere principper for, hvornår vi normalt vil forelægge en sag, kan ses i afsnit 22.5.1.

Erhvervssygdomsudvalget indstiller en sag til anerkendelse, hvis en af følgende betingelser er opfyldt:

1. Generel medicinsk dokumentation

Hvis der foreligger generel medicinsk dokumentation for en overvejende sandsynlig sammenhæng mellem den arbejdsbetingede belastning og udvikling af den anmeldte sygdom, kan udvalget indstille en konkret sag til anerkendelse. (Lovens § 7, stk. 1, nr. 2, 1. led)

Det vil normalt dreje sig om sygdomme, der kan ventes snart at blive optaget på fortegnelsen over erhvervssygdomme. Det sker dog meget sjældent, at sygdomme anerkendes efter denne bestemmelse.

I langt de fleste tilfælde vil sygdommen i stedet blive anerkendt efter lovens bestemmelser om arbejdets særlige art jævnfør nedenfor, hvis det vurderes, at arbejdet overvejende sandsynligt har forårsaget den anmeldte sygdom. Den foreliggende medicinske viden vil også indgå i denne vurdering.

2. Generelle betingelser for anerkendelse af en sygdom forårsaget af arbejdets særlige art
Betingelsen for anerkendelse er efter denne bestemmelse, at sygdommen må anses for udelukkende eller i overvejende grad at være forårsaget af arbejdets særlige art. (Lovens § 7, stk. 1, nr. 2, 2. led)

Der er tale om en meget konkret vurdering, hvor følgende 2 betingelser begge skal være opfyldt:

- 1) Arbejdet, herunder de forhold, hvorunder arbejdet er udført, skal have indebåret belastninger og påvirkninger, som efter en samlet konkret vurdering må antages at medføre en særlig risiko for udvikling af den pågældende sygdom.
- 2) Det særligt risikofyldte arbejde skal efter en konkret vurdering med overvejende sandsynlighed have forårsaget tilskadekomnes sygdom.

Hvis en sag forelægges Erhvervssygdomsudvalget, vil udvalget indstille sagen til anerkendelse eller afvisning som erhvervssygdom. Hvis udvalget indstiller en sag til afvisning, sker det ud fra en vurdering af både 1. og 2. led, jævnfør ovenfor.

Den primære begrundelse for afvisning af en sag vil være, at der ikke er en overvejende sandsynlig sammenhæng mellem den givne sygdom og de givne påvirkninger på arbejdet.

Udvalget er med andre ord nået frem til, at der er større sandsynlighed for, at sygdommen skyldes andre forhold end de oplyste arbejdsmæssige påvirkninger.

Udvalget vil dog normalt ikke pege på, hvilke andre faktorer der har spillet ind i sygdoms-udviklingen, da dette langt fra altid er muligt. Årsagen kan ved mange sygdomme være ukendt eller kompleks og mangefacetteret.

Vi træffer afgørelse i sagen på baggrund af udvalgets indstilling. (Lovens § 7, stk. 3)

Vores afgørelser følger normalt udvalgets indstilling.

22.2. Vurdering af sygdommen

22.2.1. Medicinsk dokumentation om årsagssammenhænge

Sygdomme, der kan anerkendes uden for fortegnelsen efter indstilling fra Erhvervssygdomsudvalget, kan i sagens natur være meget forskellige, ligesom de påvirkninger, der fører til sygdommenes opståen.

I princippet kan alle former for sygdomme og i flere tilfælde også syndromer (symptomkomplekser) anerkendes som erhvervssygdom som følge af arbejdets særlige art, ligesom en lang række påvirkninger vil kunne anses for særligt risikofyldte for udvikling af en given sygdom.

Der lægges mindre vægt på, hvor særligt, ekstraordinært eller atypisk arbejdet har været i forhold til andre typer arbejde, men derimod afgørende vægt på, om arbejdet kan anses for at være den overvejende årsag til sygdommen.

Dette beror på en meget konkret vurdering, hvor den foreliggende medicinske viden og erfaring på området indgår med betydelig vægt, som en ud af flere faktorer i det samlede skøn om årsagssammenhængen i den pågældende sag.

I praksis vil der være en række sygdomme, hvor der findes god medicinsk dokumentation for, at sygdommene ikke overvejende sandsynligt forårsages af særlige arbejdsmæssige påvirkninger.

Det drejer sig blandt andet om sygdomme, der er meget udbredte i befolkningen som helhed, og hvor der ikke kan peges på en særlig risikofaktor for udvikling af sygdommen, som kan knyttes til særlige arbejdsfunktioner eller -påvirkninger. Sygdommen kan med andre ord skyldes mange forskellige forhold såsom alder, familiemæssig disposition, livsstil, andre sygdomme eller private skader og påvirkninger.

Et eksempel på en sygdom, der som udgangspunkt ikke vil kunne anerkendes som erhvervssygdom, er condromalaci (blød brusk i knæleddet). Forskning i denne sygdom viser indtil videre, at sygdommen ikke med sikkerhed kan opstå som følge af forskellige påvirkninger på arbejdet, herunder heller ikke knæliggende eller hugsiddende arbejde, der derimod kan forårsage slidgigt i knæleddet efter mange års påvirkning.

Det samme gælder en række påvirkninger, hvor der findes god viden om, at de ikke i sig selv eller som overvejende faktor kan forårsage en erhvervssygdom. Ved sådanne påvirkninger vil sagen derfor normalt blive afvist uden forelæggelse for udvalget.

Et eksempel er arbejde, der medfører gentagne lettere bevægelser med fingre/hænder, uden samtidig kraftudfoldelse, akavede arbejdsstillinger eller andre særlige belastninger for fingre/hænder. En sygdom i hånd eller fingre vil derfor som udgangspunkt ikke kunne anses for at være opstået som følge af meget lette, gentagne påvirkninger.

Det kan også dreje sig om forholdsvis belastende arbejdsfunktioner eller -påvirkninger, der imidlertid udføres så få gange dagligt eller finder sted så kortvarigt, at de ikke i sig selv eller som overvejende faktor kan anses for tilstrækkeligt risikofyldte til at udvikle en given sygdom ud fra den nuværende medicinske viden.

Vi følger den lægelige udvikling nøje og inddrager løbende nye forskningsresultater i generelle drøftelser om sygdomssammenhænge og i drøftelser af konkrete sager i udvalget, herunder i tæt samarbejde med vore lægekonsulenter, der repræsenterer de forskellige medicinske specialer.

Det betyder, at udvalgets praksis på forskellige sygdomsområder ikke er statisk. Vurderingen af årsagssammenhængen på de enkelte sygdomsområder kan ændre sig over tid i takt med, at der kommer ny medicinsk viden.

22.2.2. Diagnose og sygdomsbillede

Ved anerkendelse af en sygdom uden for fortegnelsen er det nødvendigt at have en så afklaret lægelig diagnose som muligt.

Diagnosen udgør et væsentligt beslutningsgrundlag for udvalgets vurdering af sagen, og er diagnosen ikke klar, vil det vanskeliggøre vurderingen af sammenhængen mellem sygdom og påvirkning betydeligt.

Det betyder, at vi ofte vil indhente en række lægelige oplysninger, før sagen afgøres, herunder eventuelt efter forelæggelse for udvalget. Vi vil typisk indhente en speciallægeerklæring og journalmateriale fra hospital, speciallæge eller egen læge (herunder eventuelt en funktionsattest), som kan sikre et klart overblik over diagnosen, det samlede sygdomsbillede og eventuelle konkurrerende/forudbestående sygdomme eller skader.

Af samme grund vil behandlingen af en sag, der skal forelægges udvalget, tage længere tid end sager, der kan afgøres efter fortegnelsen uden forelæggelse. Vi tilsigter dog at hastebehandle sager om særligt kritiske sygdomme, hvor en hurtig vurdering har meget stor betydning for den tilskadekomne.

Når sagen forelægges udvalget, sker det efter, at en af vores lægekonsulenter har vurderet sagen. Lægekonsulenten vil gennemgå sagens lægelige oplysninger og give sin vurdering af den stillede diagnose og andre lægelige forhold af betydning for sagens videre vurdering i udvalget.

Erhvervssygdomsudvalget vil ikke altid være enig med den diagnose, der er stillet i en speciallægeerklæring eller i speciallægens vurdering af årsagssammenhængen mellem sygdom og påvirkning. I sidste instans er det udvalgets vurderinger, der lægges til grund for afgørelsen, og dette vil i så fald fremgå af selve indstillingen af sagen.

22.2.3. Sygdomsoplysninger

Vi vil ved sagens behandling typisk indhente en arbejdsmedicinsk speciallægeerklæring, medmindre der allerede foreligger en god og fyldestgørende arbejdsmedicinsk journal eller anden tilstrækkelig arbejdsbeskrivelse i sagen.

Den arbejdsmedicinske speciallægeerklæring eller journal skal indeholde oplysninger om de konkrete arbejdsforhold og belastninger på arbejdet samt en grundig beskrivelse af sygdommen.

I erklæringen skal følgende sygdomsrelaterede forhold indgå:

- Diagnosen
- Sygdommens begyndelse (debut)
- Sygdommens forløb
- Sygdommens behandling
- Konkurrerende eller forudbestående sygdomme/skader
- Nuværende symptomer (tilskadekomnes oplyste gener/klager)
- Nuværende objektive/kliniske tegn (speciallægens fund ved undersøgelsen)
- Resultater af eventuelle andre undersøgelser, såsom røntgen, skanning eller ultralyd

- En udførlig arbejdsanamnese (arbejdsbeskrivelse)

I det omfang, det skønnes nødvendigt for at få et bedre overblik over sygdommen, vil vi desuden indhente en speciallægeerklæring fra en læge, der har speciale i det konkrete sygdomsområde.

Det kan ved en række lungesygdomme for eksempel være en lungemedicinsk speciallæge eller eventuelt en radiologisk speciallæge. Ved bevægeapparatsygdomme i knæ, arme, skuldre og lignende er det indimellem nødvendigt at få en ortopædkirurgisk speciallægeerklæring, der kan supplere og uddybe de arbejdsmedicinske oplysninger lægeligt.

Når det drejer sig om komplekse kræftsygdomme, vil vi i enkelte tilfælde indhente en vurdering fra en ekspert i Kræftens Bekæmpelse, som kan give et overblik over den medicinske viden på området og en vurdering af sandsynligheden for en sammenhæng mellem sygdommen og de beskrevne påvirkninger på arbejdet i den konkrete sag.

Vi vil derudover i nogle tilfælde indhente supplerende lægelige oplysninger fra egen læge, hospital, speciallægeundersøgelser eller røntgen- eller skanningsbeskrivelser. I enkelte tilfælde indhenter vi også oplysninger fra fysioterapeut, kiropraktor eller lignende.

Alle de indhentede oplysninger vil indgå i udvalgets vurdering af sagen.

22.3. Vurdering af påvirkningen

22.3.1. Indhentelse af oplysninger og dokumentation

Formelt set påhviler bevisbyrden for arbejdsforholdet og de påvirkninger, arbejdet har medført efter loven, tilskadekomne, men vi har i henhold til officialmaksimen en generel oplysningspligt i sagsbehandlingen. Højesteret har ved en dom i 1993 (U 1993.220B) også taget stilling til dette spørgsmål, idet det anføres, at det ikke er hensigtsmæssigt eller retsøkonomisk at gøre det til arbejdstagerens sag løbende at sikre sig bevis for sine arbejdsforhold.

Vi har derfor pligten til at få belyst de relevante arbejdsmæssige forhold tilstrækkeligt.

I enkelte tilfælde kan det være helt afgørende, at tilskadekomne selv kan huske relevante påvirkninger, da disse oplysninger kan være de eneste tilgængelige til sagens belysning. I modsat fald vil sagen typisk blive afvist, da der ikke foreligger nogen form for dokumentation eller sandsynliggørelse af relevante påvirkninger, der gør det overvejende sandsynligt, at arbejdet har forårsaget den anmeldte sygdom.

Det vil altid bero på en konkret vurdering, om tilskadekomnes oplysninger kan anses for tilstrækkelige og de oplyste påvirkninger realistiske og sandsynlige, herunder under hensyntagen til kendskabet til generelle belastningsforhold i den givne branche.

Vi vil forud for sagens forelæggelse for udvalget søge at indhente den bedst mulige beskrivelse af – og dokumentation for – de påvirkninger, som tilskadekomne har været udsat for.

I første omgang hentes oplysninger fra tilskadekomne selv, som giver et første overblik over eventuelle relevante påvirkninger og relevante arbejdsforhold.

Vi indhenter desuden ATP-oplysninger, der oplyser, hvor tilskadekomne har været ansat, og hvor længe (baseret på antal indbetalte ATP-måneder per år i de enkelte ansættelser). ATP-ordningen startede dog først i 1964, og oplysningerne dækker i nogle tilfælde derfor ikke alle relevante ansættelsesforhold. Opgørelsen over indbetalinger fra arbejdsgivere frem til omkring 1970 har derudover i en række tilfælde været mangelfuld.

Dertil kommer en arbejdsmedicinsk speciallægeerklæring eller lignende, der typisk vil give os en ret detaljeret arbejdsbeskrivelse (anamnese) med anførelse af alle væsentlige arbejdspåvirkninger over hele tilskadekomnes arbejdsliv. Den arbejdsmedicinske speciallægeerklæring vil normalt også indeholde en oversigt over, hvilke arbejdsgivere tilskadekomne har været ansat hos, og i hvilke perioder.

Endelig vil vi med udgangspunkt i oplysningerne fra tilskadekomne, den arbejdsmedicinske arbejdsbeskrivelse eller lignende og ATP-oplysningerne søge at indhente kommentarer fra relevante arbejdsgivere om de beskrevne påvirkninger i den enkelte udsættelse.

Vi vil normalt søge at indhente arbejdsgiverbemærkninger fra det eller de relevante hovedarbejdsforhold (typisk 1-3 arbejdsgivere), det vil sige arbejdsforhold af længste varighed med den væsentligste relevante belastning.

Hvis de væsentligste arbejdsforhold ligger langt bagud i tiden, vil vi ofte søge oplysninger fra en eller flere arbejdsgivere i nyere tid, såfremt der er udført relevante belastninger i disse ansættelser, også selvom de pågældende arbejdsforhold ikke udgør hovedbelastningen.

I en del tilfælde kan det være et problem at få belyst, hvilke påvirkninger tilskadekomne har været udsat for via arbejdsgiveren. Det drejer sig særligt om arbejdsforhold, der ligger lang tid tilbage i tiden, hvor arbejdsgiver kan være ophørt for længe siden og måske endda afgået ved døden. Mange arbejdsgivere svarer ikke på vore henvendelser eller kan ikke huske ansættelses- eller belastningsforhold, der ligger langt tilbage i tiden.

I nogle tilfælde vil vi derfor også indhente supplerende vidneforklaringer fra tidligere kolleger, tillidsrepræsentanter på arbejdspladsen eller andre som supplement til oplysninger fra tilskadekomne og eventuelt arbejdsgiver.

Det kan både ske i tilfælde, hvor arbejdsgiver er ophørt eller ikke svarer, og i tilfælde, hvor der er stor uenighed mellem tilskadekomne og arbejdsgiver om påvirkningen.

Vi har derudover mulighed for at søge arbejdsforholdene og påvirkningerne nærmere belyst ved andre metoder, som dog kun bruges i særlige tilfælde.

Vi kan således udsende vores rejseinspektør til arbejdspladsen til en nærmere undersøgelse og belysning af arbejdsforholdene sammen med arbejdspladsen og tilskadekomne selv. Rejseinspektøren anvendes typisk i de tilfælde, hvor der er meget stor uenighed om påvirkningerne mellem arbejdsgiver og tilskadekomne, og hvor sagens udfald afhænger af en bedre belysning af arbejdspladsforholdene og de konkrete påvirkninger, uden at det er muligt at få forholdene tilstrækkeligt belyst eller dokumenteret ad anden vej.

Vi kan derudover bede Arbejdstilsynet om at foretage en nærmere undersøgelse af arbejdspladsen og de konkrete forhold. Endelig kan vi få foretaget et indenretsligt forhør af for eksempel arbejdsgiver om arbejdspladsforholdene, men dette sker dog ganske sjældent.

22.3.2. Forholdet til arbejdsmiljøloven og Retslægerådet

Vi modtager indimellem kopi af domme efter arbejdsmiljøloven og almindelige erstatningsretslige love og principper. Det drejer sig typisk om domme, hvor arbejdsgiver er blevet dømt erstatningsansvarlig som følge af en forsømmelighed i arbejdsforholdet, som tilskadekomne eller dennes partsrepræsentant ønsker inddraget i sagens vurdering.

Vi vil i disse tilfælde naturligvis medtage domsoplysningerne som et element i sagens vurdering.

Arbejdsskadesikringsloven lægger imidlertid ikke normalt vægt på erstatningsretlige aspekter og de heri indbyggede skyldsspørgsmål, men tager alene udgangspunkt i, om der i den konkrete sag overvejende sandsynligt er sammenhæng mellem den anmeldte sygdom og de konkrete påvirkninger på arbejdet.

Det medfører ofte, at udvalget anlægger et andet syn på arbejdsforholdet og årsagssammenhængen end det syn, der afspejles i domme efter arbejdsmiljøloven og almindelige erstatningsretslige love og principper.

Udvalget er ved sin vurdering ikke bundet af en dom afsagt efter almindelige erstatningsretlige principper. Ved udvalgets vurdering lægges der derfor ikke vægt på arbejdsgivers eventuelle skyld, men alene på, om arbejdet med udelukkende eller i overvejende grad er årsag til den pågældende sygdom.

I nogle tilfælde kan en dom dog medvirke til at belyse særlige belastningsforhold ved arbejdet, som i samspil med sagens øvrige oplysninger er med til at dokumentere en særlig risikofyldt påvirkning, der overvejende sandsynligt må anses for årsag til den anmeldte sygdom.

Vi modtager i enkelte tilfælde også vurderinger fra Retslægerådet, der i forbindelse med en retssag eller lignende er blevet bedt om at afgive en udtalelse om sygdommen og den eventuelle sammenhæng til påvirkninger på arbejdet. Vi har tillige selv mulighed for at indhente udtalelse fra Retslægerådet i særlige tilfælde i konkrete sager.

Vi medtager Retslægerådets udtalelse i den samlede sags vurdering, men er dog ikke bundet af denne.

22.4. Forudbestående og konkurrerende tilstande

Nogle sygdomme kan skyldes andre forhold end arbejdet.

Symptomerne kan for eksempel være betinget af alder eller anden sygdom, eller de kan skyldes påvirkninger i fritiden, herunder tidligere skader. Der er i så fald tale om enten forudbestående sygdom, som har været til stede før den arbejdsmæssige påvirkning, eller om en konkurrerende sygdom, det vil sige en anden sygdom end den anmeldte, som giver samme symptomer eller virker ind på den samlede sygdomstilstand.

Er der en forudbestående eller konkurrerende sygdom eller konkurrerende påvirkninger, som helt eller delvist kan være årsag til sygdommens opståen, må det i det konkrete tilfælde vurderes, om den forudbestående eller konkurrerende sygdom eller de konkurrerende påvirkninger bidrager til den samlede sygdomstilstand i et omfang, der betyder, at sygdommen ikke udelukkende eller i overvejende grad kan anses for forårsaget af arbejdets særlige art. Hvis dette er tilfældet, kan sygdommen ikke anerkendes som arbejdsbetinget sygdom.

Et eksempel er forskellige lungesygdomme, hvor tilskadekomne har været tobaksryger i væsentligt omfang igennem en længere årrække. I mange tilfælde vil tobaksrygningen derfor kunne anses for en væsentligt medvirkende faktor til lungesygdommens udvikling og den samlede sygdomstilstand i et sådant omfang, at det ikke kan anses for godtgjort, at sygdommen udelukkende eller i overvejende grad er opstået som følge af påvirkningerne på arbejdet. Dette gælder også, selvom påvirkningerne i øvrigt kan anses for at udgøre en særlig risiko for at udvikle den pågældende sygdom.

Hvis sygdommen overvejende kan anses for opstået som følge af arbejdet særlige art, selvom der er forudbestående eller konkurrerende forhold, der bidrager til den samlede sygdomstilstand, vil forværringen af sygdommen kunne anerkendes som følge af arbejdets særlige art, hvis den i øvrigt opfylder udvalgets krav til anerkendelse på grund af årsagssammenhængen.

Er der konkurrerende eller forudbestående sygdomme eller konkurrerende årsager eller påvirkninger, som ikke udelukker anerkendelse som følge af arbejdets særlige art, men bidrager til sygdomsudviklingen og den samlede tilstand, vil disse forhold kunne få betydning for erstatningsudmålingen. Det betyder, at vi eventuelt vil trække fra i godtgørelsen for men og eventuelt også i en erstatning for tab af erhvervsevne. (Lovens § 12)

Et eksempel kan være en lungesygdom, hvor tilskadekomne har været tobaksryger i mindre omfang i en kortere periode, og hvor tobaksrygningen må anses for at bidrage til risikoen for at udvikle den pågældende sygdom og til den samlede sygdomstilstand i et mindre, men dog alligevel betydende, omfang. I sådanne sager vil vi typisk trække fra i en senere erstatningsudmåling vedrørende godtgørelse for men og måske også ved erstatning for tab af erhvervsevne, afhængigt af tobaksrygningens omfang og dens skønnede betydning for den samlede tilstand.

22.5. Sagens behandling i Arbejdsskadestyrelsen

22.5.1. Vurdering af, om en sag skal til udvalget eller afvises

Arbejdsskadestyrelsens vurdering

Princippet for at forelægge en sag for Erhvervssygdomsudvalget er som følger:

- Når Arbejdsskadestyrelsen vurderer, at sagen kan anerkendes, forelægges den altid for udvalget
- Når Arbejdsskadestyrelsen vurderer, at sagen ligger tæt på at kunne anerkendes, forelægges den normalt også for udvalget
- Når udvalget ikke tidligere har taget stilling til den pågældende problemstilling (årsagssammenhæng)

- Når der er tvivl om, hvorvidt de beskrevne belastninger er tilstrækkelige til at opfylde kravene i § 7, stk. 1, nr. 2 og stk. 2
- Når sagen ligger inden for fokusområder, hvor forelæggelse er aftalt med udvalget
- Når Ankestyrelsen har afgjort, at sagen skal forelægges for udvalget

Vi vil inden en forelæggelse have gjort op med mulighederne for at anerkende skaden som ulykke eller som erhvervssygdom omfattet af fortegnelsen.

At en sag forelægges, betyder ikke nødvendigvis, at den ender med at blive indstillet til anerkendelse. Det vil bero på en nærmere og helt konkret vurdering af, om der i den pågældende sag overvejende sandsynligt er sammenhæng mellem sygdommen og påvirkningen.

Vi udarbejder et udkast til udvalgets indstilling om afvisning eller anerkendelse af sagen.

Det er dog i sidste instans udvalgets vurdering, der lægges til grund for den endelige indstilling og vores efterfølgende afgørelse. Det kan i visse tilfælde medføre, at udvalget ændrer vores udkast til indstilling om afvisning til anerkendelse eller omvendt.

Ankestyrelsens vurdering

Ankestyrelsen hjemviser indimellem sager til os med anmodning om, at vi foretager en ny vurdering af, om sagen eventuelt skal forelægges udvalget.

Ankestyrelsen kan også hjemvise sagen med direkte krav om, at sagen *skal* forelægges for udvalget, da en anerkendelse ikke på forhånd kan udelukkes.

Hvis Ankestyrelsen har hjemvist sagen til os med henblik på en eventuel forelæggelse for udvalget, vil vi behandle sagen som alle andre sager, hvor vi foretager en grundig vurdering af sagens muligheder i udvalget som ovenfor beskrevet. Sagen vil i så fald enten blive afvist uden forelæggelse for udvalget, fordi Arbejdsskadestyrelsen vurderer, at sagen ikke vil kunne anerkendes, eller forelagt udvalget med et udkast til en indstilling om anerkendelse eller afvisning.

Hvis Ankestyrelsen har afgjort, at sagen *skal* forelægges, forelægges sagen for udvalget med et udkast til indstilling om afvisning eller anerkendelse beroende på sagens oplysninger og dens karakter.

I enkelte tilfælde vil Ankestyrelsen i sin hjemvisning tillige have gjort endeligt op med ét eller flere forhold i sagens vurdering.

Det vil sige, at Ankestyrelsen har truffet afgørelse om et eller flere delspørgsmål i sagen. Vi medtager i disse tilfælde normalt delafgørelserne fra Ankestyrelsen som endeligt afgjorte spørgsmål i vores udkast til en indstilling, som udvalget derfor som udgangspunkt ikke skal tage stilling til ved sagens vurdering.

Det skyldes, at Ankestyrelsen er overinstans for Arbejdsskadestyrelsen og dermed også for Erhvervssygdomsudvalgets indstilling, som vore afgørelser hviler på. Vi kan således ikke ændre ved afgørelser, herunder delafgørelser, som allerede er truffet af Ankestyrelsen.

22.5.2. Når sagen skal forelægges for udvalget

Forud for en sags forelæggelse for udvalget indhenter vi nødvendige oplysninger og foretager en vurdering af dem, herunder også en lægelig vurdering.

Derefter foretager vi høring af relevante parter i sagen, typisk tilskadekomne eller dennes partsrepræsentant samt forsikrings-selskabet. Ved partshøringen fremsendes kopi af alle oplysninger, der vil indgå i udvalgets vurdering af sagen, samt kopi af den foreløbige indstilling i sagen. Der vil derefter være en frist på som udgangspunkt 14 dage for de hørte parter til at komme med eventuelle bemærkninger til indstillingen og de fremsendte oplysninger.

Hvis vi modtager bemærkninger inden for fristen, vil bemærkningerne blive vurderet med henblik på eventuel udsættelse af sagen for yderligere sagsbehandling, ændret indstilling baseret på de nye oplysninger eller uændret indstilling til udvalget under hensyntagen til de nye oplysninger, som i så fald vil indgå i den videre behandling i udvalget.

Hvis vi først modtager bemærkninger efter fristen og forelæggelse for udvalget har fundet sted, vil de nye oplysninger normalt blive behandlet som en anke, dog beroende på karakteren af oplysningerne.

Udvalgets drøftelse kan have 4 forskellige udfald for den endelige indstilling af sagen:

1. Indstillingen er uændret i forhold til det fremsendte udkast, som parterne er hørt over.
2. Indstillingen er resultatmæssigt uændret, men baserer sig på en flertalsafgørelse i udvalget. Det vil sige, at et mindretal i udvalget har ønsket et andet udfald og er uenig i flertalsafgørelsen. Mindretallets uenighed (dissens) vil da fremgå af den endelige indstilling fra udvalget og vores efterfølgende afgørelse.
3. Indstillingen er ændret i forhold til det fremsendte udkast, som parterne er hørt over. Det vil sige, at en indstilling om afvisning er ændret til anerkendelse eller omvendt fra vores første udkast til udvalgets endelige indstilling. I disse tilfælde vil vi høre de berørte parter over den nye og endelige indstilling fra udvalget, inden vi træffer afgørelse i sagen.
4. Sagen udsættes med henblik på ny forelæggelse efter indhentelse af nye oplysninger. I disse tilfælde vil sagen blive yderligere behandlet i henhold til udvalgets ønsker, hvorefter den forelægges for udvalget igen med et nyt udkast til indstilling, hvor de nye oplysninger i sagen indgår. Parterne vil blive hørt over sagens oplysninger og den nye indstilling før genforelæggelsen.

Når sagen har været forelagt udvalget, vil vi træffe afgørelse i sagen ud fra udfaldet af udvalgets drøftelse og den endelige indstilling. Hvis sagen er blevet udsat, viderebehandler vi den med henblik på senere genforelæggelse.

22.6. Eksempler på afgørelser uden for fortegnelsen

22.6.1. Høresygdomme

Eksempel 1: Øregangseksem og -infektion (dykkerarbejde)

En mand arbejdede i mere end 10 år som dykker ved en havn. Ved dykning i varmtvandsdragt kom der varmt vand ind i dykkerhætten, som havde en udtørrende effekt på øregangene. Han udviklede derefter øregangseksem og øregangsinfektion.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at øregangseksemet og øregangsinfektionen var forårsaget af arbejdet som dykker som følge af fortsatte påvirkninger fra varmt vand i øregangene.

Eksempel 2: Afvisning af tinnitus uden hørenedsættelse (støj fra turbiner)

En mand arbejdede som turbinetekniker på en boreplatform i 10 år. Arbejdet foregik typisk i stærk støj fra turbinerne. Han udviklede derefter en generende, hylende tinnitus. Audiologiske undersøgelser viste, at hørelsen var normal.

Udvalget fandt det ikke overvejende sandsynligt, at tinnitus-generne var forårsaget af støjpåvirkningerne på arbejdet. Udvalget lagde vægt på, at det ud fra den medicinske viden på området kun kan anses for overvejende sandsynligt, at der er sammenhæng mellem tinnitus og arbejde i støj, hvis der samtidigt kan konstateres nedsat hørelse som følge af arbejdet. I dette tilfælde var hørelsen imidlertid normal.

22.6.2. Sygdom i nakke, nakke-skulder, ryg og hofte

Nakke og nakke-skulder

Eksempel 1: Anerkendelse af slidgigt og diskusprolaps i nakke (tunge løft på nakke-skulderåget)

En mand arbejdede som ølkusk i mere end 10 år. Den daglige løftebelastning var cirka 16 tons i form af ølkasser og sodavandskasser, der vejede 11-23 kilo, og fustager på 17-42 kilo. Arbejdet var karakteriseret ved hyppige løft af 2 kasser ad gangen på nakke-skulderåget, og der var tillige vanskelige adgangs- og løfteforhold ude hos kunderne. Han fik derefter konstateret slidgigt og diskusprolaps i nakken.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at slidgigten og diskusprolapsen i nakken var opstået som følge af arbejdet som ølkusk i over 10 år, da arbejdet var karakteriseret ved tungt løftearbejde med mange tunge enkeltløft på nakke-skulderåget, der udgjorde en særlig risiko for at udvikle de anmeldte sygdomme.

Eksempel 2: Anerkendelse af kroniske nakke-skuldersmerter (fiskeindustriarbejder i 6½ år)

En 36-årig kvinde havde arbejdet som produktionsarbejder på en fiskefabrik i samlet 6½ år. Hun arbejdede i pakkeriet, hvor hun i 2/3 af tiden afskindede fisk og i 1/3 af tiden vakuumpakkede dem. Hendes arbejde medførte talrige bevægelser i overarmene dagligt ved håndtering af flere tusinde fisk, svarende til mindst 30 bevægelser per minut. Det fremgik dog også, at hun arbejdede sammenlagt i 1½ år i pakkeriet, hvorefter hun holdt en pause fra arbejdet i 1 år. Derefter arbejdede hun i 5 år i samme funktion, hvorefter hendes sygdom i form af kroniske nakke-skuldersmerter med moderat til betydelig ømhed i flere muskler i nakke-skulderområdet brød ud. Sagen kunne ikke anerkendes efter fortegnelsens over erhvervssygdomme, da der ikke havde været en

sammenhængende belastning i mindst 6 år op til symptomdebut. Grunden var, at hun havde været ubelastet i 1 år imellem de 2 belastningsperioder på 1½ år og 5 år.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at fiskeindustriarbejderens kroniske nakke-skuldersmerter var opstået som følge af arbejdet, hvor de meget hurtigt gentagne bevægelser i overarmene i en sammenhængende 5-årig periode op til symptomdebut, og med en tidligere belastningsperiode på 1½ år, ud fra en konkret vurdering måtte anses for en væsentlig risiko for at få nakke-skuldersmerter.

Eksempel 3: Anerkendelse af kroniske nakke-skuldersmerter (bogbinderassistent i over 30 år)

En 54-årig kvinde udviklede kroniske nakke-skuldersmerter med betydelig ømhed i nakke- og skulderfæsterne. Sygdommen opstod efter mere end 30 års arbejde som bogbinderassistent hos forskellige arbejdsgivere. Arbejdet indebar mange højrepetitive funktioner og tillige en statisk belastning af nakke-skulderåget, herunder hos Post Danmark, hvor hun i 12 år skulle sortere frimærker for fejl eller samle ark og bundte dem. Begge funktioner medførte betydelig præcision med talrige bevægelser i fingre og håndled med en statisk fastlåsning af nakke-skulderåget. I andre ansættelser havde hun blandt andet haft kraftfuldt og højrepetitivt arbejde for armene med sortering, samling og stødnings af ark af papir, magasiner med videre. Sagen var tidligere flere gange afvist af Arbejdsskadestyrelsen og Ankestyrelsen, som ikke fandt det godtgjort, at hun opfyldte belastningskravene efter fortegnelsen over erhvervssygdomme anmeldt før 2005. Det indgik, at arbejdet havde haft en dynamisk karakter, og at hun derfor ikke havde haft tilstrækkeligt ensidigt og monotont præcisionskrævende arbejde med fastlåsning af nakke-skuldermuskulaturen. Retslægerådet udtalte sig i sagen og fandt, at der var tale om kroniske nakke-skuldersmerter. Retslægerådet fandt desuden, at arbejdet på bogbinderier, hvor der havde været relativt tungt dynamisk arbejde, og arbejdet for Post Danmark, der havde været højrepetitivt med en statisk belastning, måtte anses for en væsentlig faktor for udvikling af kroniske nakke-skuldersmerter.

Udvalget var enig med Retslægerådet i vurderingen. Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at bogbinderens arbejde i en lang årrække havde forårsaget de kroniske nakke-skuldersmerter, da arbejdet havde medført relativt tungt dynamisk arbejde samt højrepetitivt arbejde med en statisk belastning af nakke-skuldermuskulaturen, der øger risikoen for at udvikle den pågældende sygdom. I vurderingen indgik også, at en ny udredningsrapport om kroniske nakke-skuldersmerter i 2007 påviste moderat dokumentation for en sammenhæng mellem hurtigt gentagne bevægelser i overarmene og sygdommen.

Eksempel 4: Afvisning af diskusprolaps i nakken (moderat løftarbejde uden løft på nakke-skulder)

En mand arbejdede inden for musikbranchen i 20 år. Først som chauffør i 10 år, hvor han havde løftarbejde ved læsning og tømning af sceneudstyr, teknisk udstyr og instrumenter til og fra lastbil samt ved sceneopbygning med en daglig løftebelastning på 3½ tons. Indimellem tunge løft, hvortil der anvendtes seler. De sidste 10 år som sceneassistent med sceneopbygning og transport af lys- og lydudstyr samt instrumenter. Den daglige løftebelastning var også her 3½ tons. Der forekom ikke jævnlige tunge løft på nakke-skulderåget. Efter 20 år fik han nakkegener og fik konstateret en diskusprolaps i nakken.

Udvalget fandt det ikke overvejende sandsynligt, at diskusprolapsen i nakken var forårsaget af arbejdet som chauffør og sceneassistent i mange år. Udvalget lagde vægt på, at løftarbejdet ikke generelt havde været belastende for nakken, herunder, at der ikke var tale om almindeligt forekommende tunge løft på nakke-skulderåget.

Eksempel 5: Afvisning af diskusprolaps i nakken (tungt plejearbejde, ej tidsmæssig sammenhæng)

En kvinde arbejdede som plejer på forskellige plejecentre, sygehusafdelinger og i hjemmeplejen i 28 år. De første 22 år var arbejdet karakteriseret ved mange tunge plejeopgaver med over 30 personhåndteringer per dag. Hun udførte i denne periode indimellem nakkebelastende forflytninger af patienter og lignende, som holdt fast om hendes nakke under forflytningen. Det forekom dog kun, når der ikke var en kollega til at hjælpe med forflytningen. De sidste 6 år overgik hun til mindre belastende arbejde i hjemmeplejen og havde i denne periode ingen forflytninger med direkte belastning af nakken. Efter 28 år udviklede hun nakk smerter og fik konstateret diskusprolaps i nakken.

Udvalget fandt det ikke overvejende sandsynligt, at diskusprolapsen i nakken var opstået som følge af plejearbejdet, da der ikke havde været direkte belastninger af nakken i 6 år op til sygdommens opståen, og da de tidligere nakkebelastende forflytninger i øvrigt ikke havde været hyppigt forekommende.

Eksempel 6: Afvisning af slidgigt og muskelinfiltrationer i nakke (truckfører)

En mand arbejdede som truckfører i 26 år. I de første 8 år var trucken uden førerhus, og han blev derfor udsat for store kuldepåvirkninger. Han kørte i hele perioden baglæns i cirka halvdelen af arbejdstiden og havde derfor ofte nakken drejet bagover. Efter 6 år begyndte han at få smerter i nakken og siden i begge skuldre. En speciallæge konstaterede senere slidgigt i nakken og muskelinfiltrationer i nakke-skulderområdet.

Udvalget fandt det ikke overvejende sandsynligt, at slidgigten i nakken og muskelinfiltrationerne i nakke-skulderområdet var forårsaget af det beskrevne arbejde som truckfører i en lang årrække. Udvalget lagde vægt på, at der ikke var medicinsk dokumentation for en årsagssammenhæng mellem de beskrevne påvirkninger i form af kulde og hyppig drejning i nakken og de anmeldte sygdomme, samt at arbejdet ikke havde medført direkte påvirkninger af nakke eller skuldre, der udgjorde en særlig risiko for at udvikle slidgigt i nakken eller muskelinfiltrationer i nakke-skulderområdet.

Ryg

Eksempel 1: Anerkendelse af diskusprolaps i lænderyg (løft i kombination med banken med stang)

En mand arbejdede som specialarbejder på en sukkerfabrik i 13 år. Arbejdet bestod i 8 måneder om året primært i at banke sukker fri fra en silo. Til fribankningen benyttede han en 6 meter lang stang, der vejede cirka 10 kilo. Han stod på gulv eller stige og slog med stangen hårdt op i siloen. Den daglige løftebelastning ved dette arbejde var mindst 3 tons. Derudover udførte han i cirka 4 måneder årligt tungt løftearbejde ved silorengøring med enkeltløft på omkring 70-80 kilo og en samlet daglig løftebelastning på over 10 tons. Efter cirka 8 års belastning fik han konstateret diskusprolaps i lænden.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at diskusprolapsen i lænden var opstået som følge af arbejdet på sukkerfabrikken i 13 år. Der blev lagt vægt på, at kombinationen af løft af stangen og den kontinuerlige bankning opad i akavede stillinger for ryggen i 2/3 af året havde været meget rygbelastende, ligesom der i 1/3 af året var udført tungt løftearbejde med ekstremt tunge og rygbelastende enkeltløft.

Eksempel 2: Anerkendelse af kroniske lænderygsmærter (akavede løft og mange nedspring fra tog)

En mand arbejdede som stationsbetjent og rangerarbejder i en lang årrække. I de sidste 12-13 år udførte han udelukkende rangerarbejde, hvor han blandt andet foretog af- og tilkoblinger af tog og lokomotiver, rangering af tog med håndbetjent skifter og klargøring af tog med bremseprøvning og påsætning af lygter. Arbejdet medførte en daglig løftebelastning på typisk 3-4 tons. Han havde indimellem også meget tunge enkeltløft på 60-80 kilo. Løftarbejdet blev typisk udført i meget akavede, foroverbøjede arbejdsstillinger. Dertil kom, at der var mange daglige op- og nedspring fra tog. Nedspringene medførte stødpåvirkning op igennem ryggen. Han udviklede i slutningen af perioden daglige lænderygsmærter med udstrålende smærter til højre balde.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at de kroniske lænderygsmærter var forårsaget af arbejdet som rangerarbejder i mere end 10 år. Udvalget lagde vægt på kombinationen af en daglig og ofte akavet løftebelastning på omkring 3-4 tons, tilbagevendende, meget tunge enkeltløft og de mange rygbelastende nedspring fra tog.

Eksempel 3: Anerkendelse af diskusprolaps i lænden (meget tungt løftarbejde 4 måneder/år i 25 år)

En mand arbejdede som havnearbejder (løsarbejder) knapt 4 måneder årligt i 25 år. De øvrige måneder havde han ikke rygbelastende arbejde. Arbejdet bestod i at laste og losse skibe med manuelle løft af sækkegods, kasser og oksekroppe. De første 10-15 år var arbejdet ekstremt belastende med en daglig løftemængde på omkring 50 tons og enkeltløft på mellem 40 og 110 kilo. I de senere år var arbejdet mere varieret, men også tungt rygbelastende. Dertil kom, at løftene typisk foregik i akavede løftstillinger. I slutningen af perioden udviklede han lændesmerter og fik konstateret en diskusprolaps i lænden.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at diskusprolapsen i lænden var forårsaget af det ekstremt tunge og akavede rygbelastende løftarbejde igennem 25 år, heraf særligt det belastende løftarbejde i første halvdel af perioden, hvor den daglige løftebelastning havde været 50 tons med mange ekstremt tunge enkeltløft. Udvalget lagde endvidere vægt på, at belastningsperioden, omregnet til en beskæftigelsesgrad på 8 måneder per år, svarede til i alt 11-12 år.

Eksempel 4: Anerkendelse af kroniske smærter i lænden (akavede arbejdsstillinger)

En mekaniker arbejdede i 15 år på forskellige autoværksteder. De første 5 år bestod arbejdet i reparation og skift af motorer og gearkasser samt skift af hjul og bremses og pladearbejde. Over halvdelen af arbejdstiden foregik i graven, hvor han måtte arbejde med foroverbøjet eller sidebøjet ryg. Den daglige løftebelastning var 3-5 tons og indebar almindeligt forekommende, tunge enkeltløft på op til omkring 70 kilo. Efterfølgende arbejdede han i 10 år som pladesmed 2/3 af tiden og som almindelig mekaniker 1/3 af tiden i en række forskellige arbejdsforhold. Opgaverne var skæring, svejsning og af- og påmontering af bildele, og arbejdet foregik næsten altid liggende under bilerne, foroverbøjet, knæliggende med bøjet ryg eller liggende sammenkrøbet. Der var dog kun i beskedent omfang tale om tungt løftarbejde i denne periode. I slutningen af perioden udviklede han daglige og kroniske lændesmerter.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at de kroniske smærter var forårsaget af arbejdet som mekaniker i 15 år. Udvalget lagde vægt på, at arbejdet overvejende var udført i rygbelastende, sammenkrøbne eller foroverbøjede arbejdsstillinger under trange pladsforhold, og at denne belastning i sig selv udgjorde en særlig risiko for at udvikle en kronisk lænderygssygdom. Der var derudover også udført ekstremt tungt løftarbejde i omkring 5 år af den samlede belastningsperiode.

Eksempel 5: Anerkendelse af kroniske smerter i lænden (slagter med håndtering af kreaturer)

En 49-årig mand havde arbejdet som slagteriarbejder hos en kreaturslagter i 24 år. Arbejdet bestod de første par år i at pakke kød med en daglig løftebelastning på 8-10 tons og enkeltløft på 30 kilo. De næste 22 år arbejdede han i aflivningen, hvor han trak kreaturer cirka 30-35 meter fra en stald til aflivningsstedet. Mange kreaturer var uregerlige, og arbejdet med at føre dem til aflivningen medførte adskillige knubs, kraftige ryk, fald og egentlige flyveture. Når dyret var ankommet til aflivningen, bandt slagteren det til en krog og skød det. Dyret skulle derefter have sat kæde på benene, så det kunne blive løftet af en kran. Mange af dyrene faldt imidlertid således, at han skulle trække/slæbe dem op til ½-1 meter hen til kæderne. Han kunne nå at aflive op til 150 kreaturer per dag, og hvert dyr vejede 300-400 kilo. Ved træk af omkring halvdelen af dyrene til kæder på aflivningsstedet svarede den håndterede mængde til omkring 20 tons per dag. Han udviklede i slutningen af perioden kroniske lændesmerter, og røntgen viste degenerative forandringer i lænderygsøjlen (begyndende slidgigt).

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at den kroniske lænderygsygdom var forårsaget af arbejdet. Der blev lagt vægt på, at arbejdet dels havde medført særlige belastninger af ryggen ved håndtering af uregerlige dyr på gårdspladsen og tillige en del meget tunge håndteringer af døde kreaturer på aflivningsstedet.

Eksempel 6: Afvisning af kroniske lændesmerter (tungt løftearbejde i 4 år og periodisk løftearbejde)

En mand arbejdede som ølkusk i 4 år. I de første 1½ år medførte arbejdet en daglig løftemængde på cirka 20 tons. De sidste 2½ år var den daglige løftemængde på cirka 8 tons. Enkeltløftene var typisk på 40-50 kilo. Før dette var han i en periode på 3-4 år ansat som brandvagt uden rygbelastninger. Tidligere havde han periodisk haft rygbelastende arbejde som svejser på et skibsværft i 3 år, hvor han arbejdede i bundtanke i liggende, sammenkrøbne og rygbelastende arbejdsstillinger, samt i ungdomsårene som bydreng og på grønttorvet, hvor han havde haft moderat tungt løftearbejde. Indimellem havde han i længere perioder ikke rygbelastende arbejde. Han havde haft tendens til periodiske rygmerter siden ungdommen, men under arbejdet som ølkusk i slutningen af arbejdsperioden forværredes tilstanden væsentligt, og han fik daglige, kroniske lænderygmerter.

Udvalget fandt det ikke overvejende sandsynligt, at de kroniske lænderygmerter var forårsaget af arbejdet som ølkusk eller af de tidligere periodiske ansættelser med rygbelastende arbejde. Udvalget lagde vægt på, at han i forbindelse med den væsentlige forværring af lænderygmerterne havde arbejdet som ølkusk i 4 år med en daglig belastning på 8-20 tons og enkeltløft på under 50 kilo. Denne belastning alene kunne ikke anses for at udgøre en særlig risiko for at udvikle en kronisk lænderygsygdom. Før dette havde han i en længere periode som brandvagt ikke haft rygbelastende arbejde. Der var derfor ikke tidsmæssig sammenhæng til de tidligere perioder med rygbelastende arbejde som svejser, bydreng og grønttorvsarbejder.

Hofte

Eksempel 1: Afvisning af slidgigt i venstre hofte (moderat løftearbejde og nedspring fra en renovationsbil)

En mand arbejdede i 16-17 år som renovationsarbejder. Arbejdet bestod i starten af perioden i indsamling af affaldssække med mange manuelle løft, typisk på 20-25 kilo. Senere blev der indført sækkevogne og affaldscontainere. Den daglige løftebelastning var i de første 3-4 år på omkring 6 tons, senere noget mindre (omkring 4 tons). Arbejdet medførte tillige nedspring fra

renovationsbilen omkring 100 gange dagligt ved de enkelte opsamlingssteder. I slutningen af perioden udviklede han smerter i venstre hofte og fik konstateret svær slidgigt i venstre hofte. Han fik senere indopereret en hofteprotese. Røntgenbilleder af højre hofte viste normale forhold.

Udvalget fandt det ikke overvejende sandsynligt, at slidgigten i venstre hofte var forårsaget af arbejdet som renovationsarbejder. Udvalget lagde vægt på, at der ikke for nuværende foreligger medicinsk dokumentation for en sammenhæng mellem moderat løftearbejde på typisk 4 tons per dag og/eller mange nedspring fra bil og udvikling af slidgigt i hoften. De beskrevne belastninger ved moderat løftearbejde i 16-17 år og hyppige nedspring fra en bil kan heller ikke ud fra en konkret vurdering anses for særligt risikofyldte for udvikling af venstresidig hofteslidgigt.

Yderligere informationer:

[Udredningsrapport om kroniske nakke-skuldersmerter.](#)

[Udredningsrapport om sammenhænge mellem pc-arbejde og sygdomme i arm, skulder og nakke](#)

[Udredningsrapport om sammenhænge mellem slidgigt i hofter og knæ og forskellige belastninger på arbejdet](#)

Udredningsrapporterne kan ses på www.ask.dk under Arbejdsskadestyrelsen, forskning og projekter.

22.6.3. Sygdom i hånd, arm og skulder

Hånd og underarm

Eksempel 1: Anerkendelse af Dupuytren's kontraktur (kuskehånd) (vibrerende håndværktøjer)
En specialarbejder arbejdede med forskellige former for kraftigt vibrerende håndværktøjer i cirka 1/3 af arbejdstiden i 24 år. Han udviklede sidst i ansættelsen sygdommen Dupuytren's kontraktur (kuskehånd = fingerkrumning som følge af beskadigelse af hulhåndens seneplade) i højre hånd.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at udsættelsen for kraftigt vibrerende håndværktøjer med fortsatte påvirkninger af hulhåndens seneplade i en længere periode havde forårsaget den højresidige hånds sygdom.

Eksempel 2: Anerkendelse af frakturfølger og cystedannelse (blæredannelse) i håndrodsknogler (mærkepistol)

En ståltekniker arbejdede med mærkning af metalplader med en mærkepistol 30-40 gange dagligt igennem 19 år. Metalpladerne passede gennem hans venstre hånd under mærkninger, og der opstod en voldsom rekylkraft, således at venstre hånd blev udsat for en meget kraftfuld belastning. Han fik betydelige håndgener, og en lægelig undersøgelse påviste cystedannelser og brud i flere håndrodsknogler.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at den store rekylbelastning af venstre hånd havde forårsaget udviklingen af cystedannelser i flere af de små venstresidige håndrodsknogler og flere knogleafsprængninger (frakturer).

Eksempel 3: Anerkendelse af påvirkning af radialisnerven (hurtigt gentaget, kraftfuldt arbejde)

En mand arbejdede på et kyllingeslagteri i 1½ år. Hans arbejde bestod i godt 3 timer dagligt i ophængning af kyllinger på lidt over 2 kilo fra bånd til bøjler over båndet. Kyllingen skulle anbringes med benet i bøjlen lidt over skulderhøjde, og arbejdet indebar en del kraftanvendelse. Han løftede omkring 1.000 kyllinger i timen, svarende til en samlet løftebelastning på 5,5 til 6,5 tons. Han udviklede derefter smerter og bevægeindskrænkning i højre arm. En neurologisk undersøgelse dokumenterede en påvirkning af radialisnerven i underarmen.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at påvirkningen af højre underarms radialisnerve var forårsaget af arbejdet i kyllingeslagteriet, da ophængningen af kyllinger havde været højrepetitivt, monotont, kraftfuldt og tillige medførte en stor påvirkning af højre arm, som følge af de lange rækkeafstande og højt løftede arbejdsstillinger.

Eksempel 4: Anerkendelse af tillukket pulsåre ved håndled (direkte trykpåvirkninger)

En kvindelig maskinoperatør arbejdede i flere perioder ved en maskine, der plottede tekster i folie til for eksempel reklameskilte, senest i ½ år. Arbejdet bestod i at tage ruller af folie og montere dem i en spole. Derpå blev folien trukket ud og fastgjort på en maskinrulle. Når maskinen havde plottet teksten, blev folien rullet op på rullen igen. Dette skete ved at aktivere en knap ved hjælp af venstre håndrod i 10-12 sekunder ad gangen. Knappen skulle ifølge Bedriftssundhedstjenestens undersøgelse aktiveres 100-150 gange dagligt ved rulleskift. Hun udviklede symptomer på karpaltunnelsyndrom i venstre hånd/underarm, som imidlertid ikke kunne påvises ved neurofysiologiske undersøgelser. Der var derimod lægeligt tegn på tillukning af en arterie (pulsåre) i håndledet.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at der var tale om en tillukning af en pulsåre ved venstre håndled (venstre arteria ulnaris), der var forårsaget af arbejdet som maskinoperatør. Udvalget lagde vægt på, at operatøren mange gange dagligt havde trykket en knap ned i 10-12 sekunder med anvendelse af tryk fra venstre håndled, og at påvirkningen udgjorde en særlig risiko for at få en tillukning af en pulsåre i venstre håndled.

Eksempel 5: Anerkendelse af irritation af pronator teres-musklen i underarmen (udskæringsarbejde)

En 43-årig slagteriarbejder arbejdede i godt 20 år med at udskære og udbene okse- og kalvekød og forstykker med videre. Han tog kødemnerne på 30-120 kilo fra en glidestang i loftet, hvor en del af kødet blev skåret fri. Derefter blev kødet udbenet og udskåret med hurtige, kraftfulde, trykkende, trækkende og vridende bevægelser, hvor han brugte en kniv i højre hånd, mens han med venstre hånd fikserede, løftede og kastede kødet op i bakker foran skærebordet. Det meste af kødet var koldt, sejt og stift at skære i. Han udbenede og udskar 1.200 kilo kød per dag, svarende til 16-20 bagfjerdinge. I slutningen af perioden begyndte han at få smerter ved højre albue med udstråling ned til hånden og højre tommel. Han blev siden opereret, hvor midternerven ved højre albue blev løsnet. En speciallæge stillede diagnosen følger efter nervus medianus-kompression i højre underarm.

Udvalget fandt, at der var tale om en irritation af den store indad drejende muskel "pronator teres" i højre underarm.

Udvalget fandt det tillige overvejende sandsynligt, at sygdommen var forårsaget af arbejdet som slagter i mange år, da han havde udført hurtigt og meget kraftfuldt udbenings- og

udskæringsarbejde med drejning af højre underarm, der endvidere blev belastet af trykkende, trækkende og vridende bevægelser under arbejdet.

Eksempel 6: Anerkendelse af synovit i lillefingerens og ringfingerens bøjesener (svejsjer)

En 55-årig mand arbejdede i 9 år som svejsjer. Han svejsede i hovedparten af dagen, men arbejdede også i mindre omfang med vinkelsliber. Svejsesarbejdet foregik med forskellige typer svejsehåndtag, der alle var håndholdte i højre hånd. Det store svejsehåndtag var cirka 30 centimeter langt og havde en diameter på cirka 5 centimeter og en vægt på 1 kilo. Det mindste svejsehåndtag var også cirka 30 centimeter langt, 2½ centimeter i diameter og med en vægt på 300-400 gram. Under svejsningen skal han konstant aktivere svejsehåndtaget. Ved anvendelse af det store svejsehåndtag blev dette gjort med de 4 yderste fingre på højre hånd. Ved aktivering af det lille svejsehåndtag brugte han 2. finger på højre hånd. Håndtaget blev holdt med et kraftfuldt greb, og han kunne kun lukke hånden om det lille håndtag. Efter nogle år fik han begyndende føleforstyrrelser i flere fingre på højre hånd. Han udviklede problemer med at lukke hånden og bøje fingrene helt, og en speciallæge stillede diagnosen højresidig synovit (betændelseslignende tilstand) i fleksorsenerne med deraf følgende springfingerfænomen.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at svejseren havde udviklet en betændelseslignende tilstand i bøjesenerne i højre hånds lille- og ringfinger (synovit i 4. og 5. fingers fleksorsener) som følge af belastningerne som svejsjer i en årrække. Der blev lagt vægt på, at der havde været en mangeårig, statisk og kraftfuldt belastning af højre hånd og underarm ved arbejdet med svejsehåndtag.

Eksempel 7: Anerkendelse af seneskedehindebetændelse i håndled (violinist)

En 49-årig mand udviklede seneskedehindebetændelse i højre hånd med smerter og hævelse. Han havde arbejdet som professionel violinist i 34 år, heraf 22 år som ansat på Det Kongelige Teater. Han havde op mod 210 tjenester/koncerter årligt og skulle derudover stå til rådighed ved andre musikeres sygdom og fravær. I sæsonerne, der typisk var efterår, vinter og forår, havde han prøver om formiddagen og koncert om aftenen. Han havde en ugentlig fridag. Den effektive spilletid måtte ikke overstige 6½ time per dag, ligesom der skulle være hviletid på 4½ time mellem prøver og forestilling. Under forestillingerne var der færre og kortere pauser. Han spillede 1. violin, og violinen var meget med i de fleste stykker. Han spillede typisk cirka 50 minutter per time og minimum ½ time. Under spillet førte han buen med højre hånd og håndterede strengene med venstre. Buen blev fastholdt med højre tommel- og langfinger, mens højre pege- og lillefinger blev benyttet til at afbalancere buen. Trykket på strengene var det samme, uanset hvor på buen strengen blev aktiveret. Han førte buen lige frem og tilbage for at give den bedste lyd. Dette krævede nøjagtige bevægelser i højre hånd med fingrene statisk fastholdt i samme stilling.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at seneskedehindebetændelsen i højre hånd var forårsaget af det mangeårige og intensive violinspil, da arbejdet med at føre buen havde medført belastende, højrepetitive og akavede bevægelser i højre håndled.

Eksempel 8: Anerkendelse af supinatorsyndrom (påvirkning af nervus radialis i underarmen) (maskinarbejder)

En 48-årig mand arbejdede i knapt 10 år med at fremstille motorer på en stor fabrik. Hans arbejdsopgaver bestod primært i at afkoble og montere spoler til truckmotorer. Under arbejdet foretog han talrige afklipninger af kabler med en trykluftsmaskine med fodpedal. Han afisolerede efter klipningen kablerne med en tang med 2-3 vrid i hver kabelende og med et samlet antal på flere hundrede vrid om dagen. Derudover afklippede han kobberstykker med en stor saks og monterede

kablerne på spoler. I slutningen af arbejdsperioden fik han smerter i venstre underarm, og en speciallæge stillede i forbindelse med en operation diagnosen tryk på den dybe gren af nervus radialis på det sted, hvor den passerer under supinator.

Udvalget vurderede, at der var tale om et venstresidigt supinatorsyndrom (påvirkning af nervus radialis i underarmen). Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at supinatorsyndromet var forårsaget af arbejdet med at fremstille motorer igennem en længere årrække. Der blev lagt vægt på, at særligt funktionen med at afisolere et stort antal kabler dagligt var blevet udført manuelt med en tang og medførte mange kraftfulde vride- og drejebewægelser af venstre underarm samt sammenklemning af venstre hånd.

Eksempel 9: Anerkendelse af betændelsestilstand og læsion i meniskskiverne mellem håndrodens knogler (klejnsmed med arbejde med boremaskine med videre)

En 31-årig mand arbejdede som klejnsmed på en maskinfabrik i 3 år. Arbejdet var varieret klejnsmedearbejde med reparation og fremstilling af udstyr til slagteribranchen. Ved arbejdet anvendtes mange forskellige værktøjer, herunder boremaskine til boring af huller i rustfaste stålplader, der pludselig kunne sætte sig fast med kraftig rekylvirkning til særligt højre hånd. Klejnsmeden skulle også fastholde rør med en stålklo, mens en kollega slog med kraftige bank på stålet for at rette røret til. Dette arbejde kunne foregå i længere perioder. I forbindelse med en periode med meget arbejde med at rette rør til udviklede klejnsmeden smerter dybt i højre håndledsregion. En MR-skanning viste en læsion af meniskskiverne mellem knoglerne i håndroden (discus triangularis), og en operation viste degenereret læsion af skiverne med en betændelsestilstand.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at læsionen af meniskskiverne mellem håndrodens knogler og betændelsestilstanden var opstået som følge af arbejdet som klejnsmed, hvor der havde været udsættelse for talrige mikrotraumer mod håndroden under arbejdet med at rette rør ud og desuden væsentlige belastninger ved arbejdet med boremaskinen, der gav kraftig rekylvirkning, når den satte sig fast.

Eksempel 10: Anerkendelse af dobbeltsidig betændelseslignende tilstand i tommelfingrene (tendinit) (socialpædagog med arbejde med sondemadning)

En 52-årig kvindelig socialpædagog arbejdede i 5 år på et specialbørnehjem for meget plejkrævende, hjerneskadede og multihandicappede børn. Hun skulle selv pleje 2 børn, der skulle have al væske og mad via sondemadning – 3 gange hver per vagt. Det tog cirka 1 time at give et hovedmåltid, og hun gav effektivt sondemad cirka 5 timer dagligt. Sondemadningen skete ved at hun trykkede et sprøjtestempel ned med højre tommelfinger med tommelen holdt i en akavet stilling. Stemplet blev derefter ført i bund. I løbet af en time trykkede hun cirka 40 gange på sprøjtestemplet. Da hun begyndte at få gener i højre hånd, skiftede hun til venstre hånd, hvor hun siden også fik gener med smerter. En speciallæge stillede diagnosen dobbeltsidig tommelfingertendinit (tendinitis digiti man. bilat.). Arbejdsgiveren bekræftede arbejdsbeskrivelsen, men mente, at der var mange pauser i løbet af de 5 timer, hvor hun sondemadede, og at arbejdet ikke var så kraftfuldt, som det var beskrevet.

Udvalget fandt det samlet set overvejende sandsynligt, at den dobbeltsidige betændelseslignende tilstand i tommelfingrene (tendinit) var forårsaget af arbejdet med sondemadning. Årsagen er, at arbejdet har medført tryk med tommelfingrene i længere tid med stor kraft og kortere intervaller samt akavede arbejdsstillinger for tommelfingrene, der øger risikoen for at udvikle en tommelfingertendinit væsentligt.

Eksempel 11: Anerkendelse af lunatum malaci i højre håndrod (smed i 29 år)

En 52-årig mand havde arbejdet som smed i 29 år. Han var beskæftiget med produktionen af maskiner til kød- og benmelsproduktionen og arbejdede i rustfrit stål samt sort jern. Han producerede beholdere og udførte slibning, svejsning, skærebrænding, smedning med forhammer, montage samt afbankning af slagger med luftmejsel. Han udførte også varmbukning af kanter på store tromler med en diameter på op til 2 meter. Under arbejdet stod han med en kraftig brænder i venstre hånd samt en forhammer i højre hånd. Han varmede kanterne op og slog derefter på disse med kraftige slag fra hammeren. Han udførte dette arbejde i 20 procent af arbejdstiden og var endvidere beskæftiget med arbejde med vinkelsliber i 25 procent af arbejdstiden. I en periode før en sommerferie var smeden gennem en uges tid med 2-3 overtimer dagligt beskæftiget med en større opgave med anvendelse af vinkelsliber. Han skulle slibe vanskelige emner i en beholder, hvor det var nødvendigt at dreje og vride hænderne. Han fik umiddelbart herefter smerter i højre håndled og blev via egen læge henvist til røntgenundersøgelse, der påviste lunatum malaci samt cystedannelse i trapezius i højre håndled. Det er oplyst, at forhammeren havde en vægt på 4 kilo og vinkelsliberen havde en vægt på 7 kilo.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at smeden havde fået en knoglesygdom i højre håndled i form af lunatum malaci (sygdom i en måneformet håndrodknogle) som følge af de arbejdsmæssige belastninger. Udvalget lagde vægt på, at smeden i næsten 30 år havde haft et arbejde med smedning og udbankning af store emner i stål, der var meget kraftfuldt for højre hånd og håndled.

Eksempel 12: Afvisning af slidgigt i håndled og tommelens rodled (montagearbejder)

En 59-årig kvinde arbejdede over en periode på 35 år som montagearbejder i 3 forskellige elektronikvirksomheder, der producerede høreapparater eller måleinstrumenter. Hendes arbejde bestod i alle ansættelserne i at montere mindre elementer på for eksempel printplader. Det var præcisionsarbejde med mange gentagne bevægelser i håndleddet og fingre uden nævneværdig kraft. I den sidste ansættelse på 13 år skulle hun dog også foretage en del daglige afklipninger af metaldele og lignende med mindre kraftudfoldelse for hånd og fingre til følge. Hun udviklede i slutningen af perioden smerter i højre hånd og fik efter en røntgenundersøgelse stillet diagnosen slidgigt i højre håndled og tommelens rodled.

Udvalget fandt det ikke overvejende sandsynligt, at slidgigten i højre håndled og højre tommels rodled var forårsaget af arbejdet som montagearbejder i en lang årrække. Udvalget lagde vægt på, at der ikke foreligger generel medicinsk dokumentation for en sammenhæng mellem udvikling af slidgigt i håndled eller tommelens rodled og forskellige påvirkninger på arbejdet, på nær i særlige tilfælde efter meget svær udsættelse for kraftigt vibrerende værktøjer. Arbejdet medførte heller ikke ekstraordinære belastninger af håndled eller tommel, der ud fra en konkret vurdering kunne anses for særligt risikofyldte for at udvikle slidgigt.

Albue

Eksempel 1: Anerkendelse af tennisalbue (ikke-varieret arbejde med vrid ved præcisionsfræsning)

En kvinde arbejdede som øreproptekniker på et sygehus i 2 år. Arbejdet bestod i at fremstille ørepropper ved at tage aftryk til propperne og støbe og slibe dem. I en periode på 5 måneder var der underbemanding, og hun var derfor næsten kun beskæftiget med præcisionsfræsning. Hun holdt øreproppen med venstre hånd og betjente med højre hånd en håndboremaskine på 25 cm, der vejede 200 gram. Hun holdt med et pincetgreb på forreste del af håndfræsere og anvendte et fast

greb for at betjene den. Fræseren kørte med mellem 5.000 og 20.000 omdrejninger i minuttet. I slutningen af 5-månedersperioden udviklede hun smerter i fingre og albueled på højre side og fik konstateret en højresidig tennisalbue. Sygdommen kunne ikke anerkendes efter fortegnelsen, da arbejdet ikke var kræftfuldt i fortegnelsens forstand.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt at tennisalbuen var opstået af arbejdet med præcisionsfræsning i 5 måneder, hvor albuen blev udsat for uvarieret albuebelastende arbejde med kontinuerlige vridebevægelser.

Eksempel 2: Anerkendelse af tennisalbue (hurtigt gentagne bevægelser med spændt muskulatur)

En kvinde arbejdede som porcelænsmaler i 22 år. Hun foretog i hele arbejdsdagen præcisionsmaling, hvor hun malede 30-40 emner dagligt med 500 malebevægelser ved hver. Samlet foretog hun omkring 20.000 små bevægelser med pensel i højre hånd på en dag. Arbejdet medførte samtidigt en konstant spænding i højre underarms muskulatur. Hun udviklede smerter i højre arm og fik konstateret en højresidig tennisalbue.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at det hurtigt gentagne præcisionsarbejde som porcelænsmaler med talrige bevægelser i højre underarm og albue, med samtidig konstant spænding i højre underarms muskler, havde forårsaget den højresidige tennisalbue.

Eksempel 3: Anerkendelse af højresidig tennisalbue og afvisning af venstresidig tennisalbue efter meget intensivt arbejde med pc-mus (teknisk tegner/CAD-tegner)

En 56-årig kvindelig teknisk tegner var i 14 år beskæftiget med søopmåling. I sejl sæsonen havde hun meget lange arbejdsdage med arbejde op til 16 timer om dagen i op til 5 dage om ugen. I denne periode tegnede hun med computermusen i højre hånd i cirka halvdelen af arbejdstiden eller op mod 40 timer per uge. Tegneren skiftede derefter arbejde til en anden virksomhed, hvor hun udførte meget intensivt, computerbaseret tegnearbejde med et såkaldt CAD-program i 90-95 procent af arbejdstiden. Hun anvendte en kuglemus med højre hånd og tastaturet med venstre hånd. Efter godt 1 år i det nye arbejde fik hun smerter i begge arme og fik af en speciallæge konstateret tennisalbue på begge sider.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at den højresidige tennisalbue var forårsaget af arbejdet. Der blev lagt vægt på, at der i dette tilfælde havde været tale om intensivt arbejde med computermus igennem mange år i mange timer dagligt. Dertil kommer en meget intensiv periode på godt 1 år op til sygdommens debut, hvor hun havde arbejdet med CAD-tegning med anvendelse af kuglemus mange timer dagligt. CAD-tegnearbejdet krævede mange klik med musen i minuttet og var samtidig meget præcisionskrævende. Det beskrevne arbejde medførte konstante, større belastninger af højre underarms muskulatur, der udgjorde en øget risiko for at udvikle en højresidig tennisalbue.

Udvalget fandt det derimod ikke overvejende sandsynligt, at den venstresidige tennisalbue var forårsaget af arbejdet. Der blev herved lagt vægt på, at den store belastning ved intensivt arbejde med pc-mus havde været på højre side, mens venstre side kun var udsat for belastninger fra almindeligt tastearbejde, der ikke øger risikoen for at udvikle en tennisalbue væsentligt.

Eksempel 4: Anerkendelse af venstresidig tennisalbue (strålesygeplejerske)

Tilskadekomne fik venstresidige albuegener i 2006. Der blev stillet diagnosen venstresidig tennisalbue. Tilskadekomne arbejdede fra 1999 til 2006, først som operationssygeplejerske og fra 2005 som strålesygeplejerske på hospitalsafdelinger. Tilskadekomne skulle støtte patienterne, når de skulle

placeres på strålelejet, og patientstillingen på lejet skulle efterfølgende finjusteres af tilskadekomne, hvilket krævede en vis kraftanvendelse. Herudover skulle tilskadekomne håndtere og justere diverse apparater.

Arbejdet opfyldte ikke fortegnelsens krav til anerkendelse af tennisalbue efter C.4.1.

Tilskadekomnes arbejde medførte momentvise kraftudfoldelser ved personhåndteringer, men albuen var ikke belastet flere gange i minuttet i mindst 3-4 timer dagligt. Der var heller ikke tale om akavede arbejdsbevægelser eller kraftfuldt statisk arbejde i mindst halvdelen af arbejdsdagen.

Erhvervssygdomsudvalget vurderede, at det var overvejende sandsynligt, at tilskadekomnes venstresidige tennisalbue var forårsaget af arbejdet som strålesygeplejerske med omkring 80-125 løftebevægelser per arbejdsdag i forbindelse med lejring af patienter ved røntgen. Udvalget lagde vægt på, at disse løftebevægelser medførte en særlig belastning af underarmens strækkemuskulatur.

Eksempel 5: Afvisning af tennisalbue (varieret litografarbejde uden kraftanvendelse)

En litograf arbejdede med udskæring af trykprøver (brochurer) på et skærebord hele dagen i 2 måneder. Et ark til udskæring indeholdt typisk 16 A-4-sider, som blev tapet sammen og lagt på bordet, hvorefter hver enkelt A-4-side blev udskåret med en hobbykniv langs en lineal. Hun holdt linealen fast med venstre hånd og førte hobbykniven med højre hånd, indimellem i udstrakt armlængde. Hobbykniven blev ført med kniven i hulhånden og med strakt pegefinger. Når brochuren var udskåret, foldede hun siderne, lagde dem sammen og hæftede dem. Hun udviklede derefter en højresidig tennisalbue.

Udvalget fandt det ikke overvejende sandsynligt, at tennisalbuen var opstået som følge af det beskrevne litografarbejde. Arbejdet havde ikke indebåret egentlig kraftudfoldelse ved arbejdet med at presse kniven ned eller uvarierede, albuebelastende arbejdsbevægelser med for eksempel vrid i albueledet, selvom føring af kniven havde medført en vis statisk spænding af underarmens muskulatur.

Eksempel 6: Afvisning af nerveafklemning i håndled og albue (kraftfuldt arbejde uden tryk)

En mand arbejdede i en fiskeriforening i 10 år. Hver anden uge kørte han truck, hvor han håndterede op mod 30-40.000 kasser af 5 kilo dagligt, dog uden væsentlig løftebelastning. Hver anden uge arbejdede han som vasker, hvor han løftede omkring 5.000 kasser af 5 kilo dagligt, svarende til 25 tons. Dette arbejde var betydeligt kraftfuldt og hurtigt gentaget. Han fik smerter i højre arm og fik stillet diagnosen afklemning af en nerve i albue og håndled/underarm (nervus ulnaris).

Udvalget fandt det ikke overvejende sandsynligt, at nerveafklemningen i håndled/underarm og albue (nervus ulnaris) var forårsaget af arbejdet, da denne sygdom ud fra den nuværende medicinske viden opstår efter direkte trykpåvirkninger på nerverne i håndled/underarm og arbejdet ikke havde medført en sådan belastning.

Eksempel 7: Afvisning af golfalbue (pålægssudskærer (slicer) på slagteri)

En 44-årig kvinde arbejdede på et slagteri i 9 år. Hendes funktioner bestod i 1/3 af arbejdsdagen i at lægge forskellige former for kødemner i sliceren (udskæringsmaskinen). Hun slicede i løbet af 5 minutter 3 hele kødstykker, der vejede mellem 5 og 15 kilo. Skinken var den tungeste, og halvdelen af produktionen omfattede slicing af skinker. Varerne blev løftet med begge hænder i strakt arm fra et stativ og op til sliceren, der var placeret i brysthøjde. Når sliceren var fyldt op, blev den startet

og pålægget skåret. I de øvrige 2/3 af arbejdsdagen arbejdede hun med at lægge skåret pålæg i plastindpakning. Det opskårne pålæg blev flyttet hen til underfilm og placeret, så det var frit af kanter og lå pænt og præsentabelt. Pålægget vejede cirka 150 gram, og der blev fyldt en plastbakke cirka 20 gange i minuttet. I slutningen af perioden udviklede hun smerter i venstre arm og fik konstateret en venstresidig golfalbue.

Udvalget fandt det ikke overvejende sandsynligt, at det beskrevne arbejde på slagteri havde forårsaget den venstresidige golfalbue. Der blev lagt vægt på, at arbejdet i størsteparten af arbejdsdagen (2/3) var præget af ubelastede bevægelser for albuen uden anvendelse af kraftudfoldelse eller andre påvirkninger, der øger risikoen for at udvikle en golfalbue væsentligt. Belastningerne i 1/3 af arbejdsdagen var desuden ikke af en sådan belastende karakter for venstre arm, at de kunne anses for årsag til sygdommen.

Eksempel 8: Afvisning af tennisalbue (pianist/repetitør)

En 48-årig kvinde arbejdede som pianist og repetitør på Det kongelige Teater i godt 12 år. Hun spillede både i orkestret og på Balletskolen. Hun øvede om dagen og spillede til forestillinger om aftenen, og den gennemsnitlige spilletid per dag var typisk 4-6 timer. Der var dog store variationer, således at hun enkelte dage spillede i op til 10-11 timer, men aldrig mindre end 4 timer om dagen. Hun udviklede i slutningen af perioden smerter i højre arm, og en speciallæge stillede diagnosen højresidig tennisalbue.

Udvalget fandt det ikke overvejende sandsynligt, at den højresidige tennisalbue var forårsaget af arbejdet som professionel pianist. Der blev lagt vægt på, at arbejdet med at spille klaver var repetitivt for hænderne, men at det ikke kunne anses for kraftfuldt eller akavet for højre albue eller på anden måde særligt risikofyldt for at udvikle en højresidig tennisalbue.

Eksempel 9: Afvisning af dobbeltsidig tennis- og golfalbue (social- og sundhedshjælper)

Tilskadekomne fik gener i begge albuer efter 12 års arbejde som social- og sundhedshjælper i hjemmeplejen. Der blev stillet diagnosen dobbeltsidig tennis- og golfalbue. Tilskadekomnes arbejde bestod hovedsageligt i personlig pleje, rengøring og indkøb hos borgerne. Der var varierende opgaver i forbindelse med besøgene hos borgerne. Tilskadekomne skulle blandt andet udføre hjælp til toiletbesøg, aftagning af støttestrømper, påklædning af borgere, medicinering, servering af mad og forflytninger af borgere til og fra seng, toilet og kørestol. Det skønnes, at der i størstedelen af ansættelsen blev udført 30-40 personhåndteringer per vagt.

Arbejdet opfyldte ikke fortegnelsens krav til anerkendelse af tennis- og golfalbue efter C.4.1 og C.4.2. Tilskadekomnes arbejde medførte momentvise kraftudfoldelser ved personhåndteringer, men albuen var ikke belastet flere gange i minuttet i mindst 3-4 timer dagligt. Der var heller ikke tale om akavede arbejdsbevægelser eller kraftfuldt statisk arbejde i mindst halvdelen af arbejdsdagen.

Erhvervssygdomsudvalget vurderede, at der ikke var medicinsk dokumentation for, at dobbeltsidig tennis- og golfalbue generelt set kunne skyldes arbejdet som social- og sundhedshjælper. Erhvervssygdomsudvalget vurderede også, at det ikke var overvejende sandsynligt, at tilskadekomnes dobbeltsidige tennis- og golfalbue var forårsaget af de arbejdsmæssige belastninger med 30 til 40 personhåndteringer dagligt. Udvalget lagde vægt på, at tilskadekomnes arbejdsfunktioner med pleje – og rengøringsopgaver ikke havde medført tilstrækkelige albuebelastende bevægelser til at forårsage sygdommene.

Overarm og skulder

Eksempel 1: Anerkendelse af rotator cuff-skade (højrepetitivt fileteringsarbejde uden kraft)

En kvinde arbejdede som filetskærer på en fiskefabrik. Arbejdet bestod i filetering af godt 1 ton fisk dagligt med over 30.000 udskæringsbevægelser. Hun holdt fiskene med venstre hånd, mens hun førte kniven med højre hånd med kontinuerlige små bevægelser i højre skulderled og fikseret albue og underarm, men uden egentlig kraftanvendelse i skulderen. Efter godt 4 år udviklede hun smerter i højre skulder, og en skulderoperation påviste forandringer i skulderens rotator cuff (skulderens senemanchet).

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at de talrige mindre bevægelser i højre skulderled ved højrepetitivt fileteringsarbejde i flere år havde forårsaget den højresidige rotator cuff-skade på grund af en konstant påvirkning af skulderleddet, selvom påvirkningen ikke var forbundet med egentlig kraftudfoldelse i skulderen.

Eksempel 2: Anerkendelse af biceps- og skuldertendinit (fabriksarbejder i 20 år)

En 52-årig kvinde udviklede smerter i højre skulder og fik ved en ortopædkirurgisk undersøgelse konstateret tendinit (betændelseslignende forandring) i højre skuldres biceps- og supraspinatussene. Hun havde i godt 20 år været ansat som fabriksarbejder på en fabrik, der fremstillede håndsaver. I de første 13 år var hun beskæftiget med manuel svejsning og ved et skruebord, hvor hun ikke havde stor belastning af skulderen. I 7 år op til sygdommens start var hun beskæftiget med den samme funktion som før i hver anden uge. Hver anden uge arbejdede hun med at fylde savklinger og håndtag på en maskine. Dette indebar mange daglige løft af 11-12 kilo tunge bundter og kasser. Løftene var akavede for skuldrene, og en stor del af dem foregik i 60 graders højde eller mere, hvor hun skulle vende og tippe kasserne. Sagen kunne ikke anerkendes efter fortegnelsen, da skulderbelastningerne ikke havde fundet sted dagligt, men kun hver anden uge.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at biceps- og skuldertendiniten var opstået som følge af arbejdet som fabriksarbejder, hvor hun igennem 7 år hver anden uge havde været beskæftiget med skulderbelastende arbejde, herunder tunge og høje løft, ved påfyldning af håndtag og savklinger på maskine, der øgede risikoen for at udvikle sygdom i skulder og overarm.

Eksempel 3: Anerkendelse af dobbeltsidige forandringer i skuldrenes rotatorsener (sygehjælper)

Tilskadekomne fik efter 20 års arbejde som sygehjælper tiltagende gener fra højre skulderled, og efter yderligere 9 års arbejde blev generne efterfulgt af venstresidige skuldergener. Der blev stillet diagnoserne forandringer i rotatorsenerne i begge skuldre (dobbeltsidigt rotator cuff-syndrom). Tilskadekomne arbejdede i alt 30 år som sygehjælper med plejearbejde med mange daglige håndteringer og forflytninger af svært plejkrævende og immobile patienter på henholdsvis plejehjem og hospitalsafdelinger. Der var blandt andet tale om håndteringer af patienter, som blev løftet frit imellem seng og stol, patienter der blev løftet til bækkenstol og derefter badet i baderum med efterfølgende løft til seng, samt bleskift eller bundskift på senge for sengeliggende patienter. Det var tale om cirka 80 personhåndteringer per vagt.

Sygdommen, dobbeltsidigt rotator cuff-syndrom, kunne ikke anerkendes efter fortegnelsens gruppe C, punkt 5.1, da kravene til belastningen ikke var opfyldt. Det beskrevne plejearbejde medførte kraftfulde bevægelser i skulderen i forbindelse med de mange patienthåndteringer, men der var ikke tale om hyppigt gentagne skulderbelastende bevægelser. Der var heller ikke tale om statisk løft af overarmen til omkring 60 grader eller mere.

Erhvervssygdomsudvalget vurderede, at det var overvejende sandsynligt, at tilskadekomnes dobbeltsidige rotator cuff-syndrom var en følge af de arbejdsmæssige belastninger som sygehjælper med mange daglige håndteringer og forflytninger af svært plejekrævende og immobile patienter.

Eksempel 4: Afvisning af rotator cuff-læsion (lavrepetitivt arbejde uden kraft)

En driftsoperatør på en medicinalfabrik arbejdede i 3 år med pasning af en vaskemaskine, der vaskede hætteglas til insulin. I dagligt 3 skift af 1½ times varighed eller samlet i lidt over halvdelen af arbejdstiden skulle han placere kassebakker med hætteglas eller pencilglas på en skrå sliske i skulderhøjde. Han skulle derefter skrabe glassene ned på slisken med en spartel. Han udførte arbejdet med at skrabe glas ned med en hurtig bevægelse, hvor han trak højre arm nedad med spartlen, samtidig med at han trak kassen skråt opad med venstre hånd. Denne bevægelse blev udført 1 gang i minuttet, svarende til 270 bevægelser fordelt over dagen. Den øvrige del af dagen kontrollerede han hætteglas i lyspanel og satte dem i kasser uden væsentlig skulderpåvirkning. Efter 2½ år udviklede han smerter i højre skulder og blev opereret for en rotator cuff-læsion.

Udvalget fandt det ikke overvejende sandsynligt, at den højresidige rotator cuff-læsion var forårsaget af arbejdet som driftsoperatør ved den beskrevne vaskefunktion. Der blev lagt vægt på, at der havde været tale om samlet 270 høje løft af højre arm samt skrå lette træk af glas nedad dagligt. Arbejdet havde ikke været højrepetitivt eller medført kraftudfoldelse i højre skulderled. Arbejdet havde derfor ikke overvejende sandsynligt medført skulderbelastninger af en intensitet eller styrke, som udgjorde en særlig risiko for udvikling af den anmeldte sygdom.

Eksempel 5: Afvisning af nerveskade i skulder og slidgigt i nakke (let til moderat løftarbejde)

En mand arbejdede som lagerforvalter i cirka 30 år. Arbejdet var generelt varieret, men medførte moderate løftebelastninger på omkring 2-4 tons dagligt. De typiske enkeltløft var på omkring 15 kilo, men tungere løft op til 50 kilo kunne forekomme. Der var ikke normalt tale om tunge løft på nakke-skulderåget. Efter 24 års arbejde fik han smerter i nakken og venstre skulder. Undersøgelser viste tegn på en nerveskade i venstre skulder, sandsynligt som følge af en pludselig belastning med træk i skulderen (traktionslæsion). Derudover fik han påvist lettere slidgigt i halshvirvelsøjlen.

Udvalget fandt det ikke overvejende sandsynligt, at den venstresidige traktionslæsion i skulderen eller slidgigten i nakken var forårsaget af de mange års lette til moderate løftarbejde. Udvalget lagde vægt på, at der ikke er medicinsk dokumentation for, at en nerveskade i skulderen eller slidgigt i nakken kan opstå som følge af de beskrevne påvirkninger. De beskrevne påvirkninger i form af let til moderat løftarbejde uden særlige direkte påvirkninger af skulder-nakkeområdet udgjorde efter en konkret vurdering heller ikke en særlig risiko for at udvikle de anmeldte sygdomme.

Eksempel 6: Afvisning af rotator cuff-læsion (ikke-tidsmæssig sammenhæng til belastende arbejde)

En kvinde arbejdede som bogbinder igennem godt 20 år. Arbejdet medførte mange daglige løft af leksika på op til 10-20 kilo og en samlet daglig belastning på 10-13 tons. Hun stødte derudover papir sammen ved en optagningsmaskine og håndterede store vrede af papir ved en falsmaskine, ofte med armene over skulderhøjde og med vridebevægelser i skulderleddet. Hun ophørte med arbejdet i 1987 og udviklede godt 8 år efter et dobbeltsidigt rotator cuff-syndrom. Det var ikke muligt at dokumentere skulderymptomer imellem arbejdsophør og sygdommens opståen 8 år efter.

Udvalget fandt det ikke overvejende sandsynligt, at det dobbeltsidige rotator cuff-syndrom var forårsaget af det i øvrigt skulderbelastende arbejde som bogbinder i 20 år. Udvalget lagde herved vægt på, at der ikke var dokumenteret en tidsmæssig sammenhæng mellem det belastende arbejde og sygdomsudviklingen 8 år efter, at belastningen ophørte.

Eksempel 7: Afvisning af bursit og forkalkning i skulderen (fabriksarbejder på kølerfabrik)

En 30-årig kvinde arbejdede i 4 år på en kølerfabrik, hvor hun var beskæftiget med at samle autokølere. Hun stod ved et bord og samlede de enkelte elementer til køleren. En køler vejede 1-6 kilo, og det fremgik, at arbejdet indimellem krævede løft af overarmene til skulderniveau af 1 minuts varighed ad gangen. Arbejdet medførte også lange rækkeafstande og en del lettere løft. Hun mente, at hun havde samlet 130-140 kølere om dagen. Efter godt 3 år begyndte hun at få smerter i højre skulder, og undersøgelser på hospital viste, at der var tegn på begyndende forkalkning i højre skulder og desuden en bursit (betændelse i en slimsæk i skulderen). Der var derimod ikke tegn på sygdom i skulderens rotatorsener.

Udvalget fandt det ikke overvejende sandsynligt, at den højresidige bursit og begyndende forkalkning i skulderen var forårsaget af arbejdet. Der blev lagt vægt på, at de beskrevne belastninger ikke øgede risikoen for at udvikle de anmeldte sygdomme, herunder, at der ikke havde været tale om en direkte og vedvarende trykpåvirkning på skulderen, der kan øge risikoen for at udvikle en bursit.

Eksempel 8: Afvisning af skuldersmerter (tekstildesigner med CAD-tegning)

En 40-årig kvindelig tekstildesigner udviklede smerter og stivhed/ømhed i højre skulder. Flere lægelige undersøgelser viste normale forhold i skulderen på nær smerter og ømhed. Hun havde arbejdet i 5 år for et tøjfirma, hvor hun havde 2 forskellige arbejdsopgaver, der hver tog cirka 50 procent af tiden. Den ene opgave bestod i CAD-tegning og opsætning af grafiske farvekort til sælgere, hvor hun brugte en CAD-pen i omkring halvdelen af tiden. Den anden opgave bestod i at fremstille CAD-tegninger til tekstiltryk, og her anvendte hun CAD-pen i omkring 75 procent af tiden. Samlet anvendte hun CAD-pen cirka 20 timer om ugen. Under tegnearbejdet var hun nødt til at løfte underarmen fra bordet, så den ikke var understøttet.

Udvalget fandt det ikke overvejende sandsynligt, at de højresidige skuldersmerter var forårsaget af arbejdet som tekstildesigner. Grunden var, at sygdomme over albueniveau efter arbejde med CAD-pen og pc-mus ikke kan anses for arbejdsbetingede, fordi overarmen, skulderen og nakken ved denne form for arbejde ikke belastes på en måde, der øger risikoen for at få en sygdom væsentligt. Dertil kom, at der kun var anvendt CAD-pen i cirka 20 timer om ugen.

Eksempel 9: Afvisning af dobbeltsidige forandringer i skuldrenes rotatorsener (social- og sundhedsassistent)

Tilskadekomne fik i 2005 begyndende smerter i højre skulder og umiddelbart efter også smerter i venstre skulder. Der blev stillet diagnoserne forandringer i rotatorsenerne i begge skuldre (dobbeltsidigt rotator cuff-syndrom). Tilskadekomne havde siden 1981 arbejdet som sygehjælper og efterfølgende som social- og sundhedshjælper på henholdsvis plejehjem og hospitalsafdelinger. I den samlede ansættelse havde tilskadekomnes arbejdsfunktioner indebåret 30 til 40 forflytninger aftungt plejkrævende patienter dagligt i forbindelse med hjælp til personligt toilette med sengebading, sengeskift og påklædning. Den personlige pleje blev udført om morgenen og i forbindelse med middagssøvn. Herudover indebar arbejdet hjælp med måltider, rapportskrivning og betjening af klokker.

Sygdommen, dobbeltsidigt rotator cuff-syndrom, kunne ikke anerkendes efter fortegnelsens gruppe C, punkt 5.1, da kravene til belastningen ikke var opfyldt. Det beskrevne plejearbejde medførte kraftfulde bevægelser i skulderen i forbindelse med patienthåndteringerne, men der var ikke tale om hyppigt gentagne skulderbelastende bevægelser. Der var heller ikke tale om statisk løft af overarmen til omkring 60 grader eller mere.

Erhvervssygdomsudvalget vurderede, at der ikke var medicinsk dokumentation for, at tilskadekomnes dobbeltsidige rotator cuff-syndrom generelt set kunne skyldes arbejdet som social- og sundhedsassistent. Erhvervssygdomsudvalget vurderede også, at det ikke var overvejende sandsynligt, at tilskadekomnes symptomer var forårsaget af de arbejdsmæssige belastninger med 30 til 40 forflytninger af patienter dagligt. Udvalget lagde vægt på, at forflytningerne og hjælpen til personligt toilette ikke havde medført skulderbelastende bevægelser i et omfang, der havde været tilstrækkeligt til at forårsage sygdommen.

Yderligere informationer:

[Udredningsrapport om sygdomme i skulder/overarm](#)

[Udredningsrapport om sammenhænge mellem pc-arbejde og sygdomme i arm, skulder og nakke](#)

[Udredningsrapport om karpaltunnelsyndrom og pc-arbejde](#)

Arbejdsskadestyrelsens Praksis nr. [2006-04](#) og [2006-05](#) om anerkendelsespraksis ved arbejde med computermus.

[Notat om rengøringsarbejde og sygdomme i det øvre bevægeapparat](#)

[Notat om plejearbejde og sygdomme i det øvre bevægeapparat \(www.ask.dk\)](#)

Udredningsrapporterne kan ses på www.ask.dk under Arbejdsskadestyrelsen, forskning og projekter.

22.6.4. Sygdom i fod, knæ og ben

Eksempel 1: Anerkendelse af seneændringer i knæ (knæliggende arbejde mange år)

En gulvmontør arbejdede i forskellige firmaer i 30 år. Han havde typisk en arbejdsuge på 60-70 timer, og arbejdet bestod i lægning af linoleum, trægulve, gulve i vådrum og tæpper i private hjem og hos virksomheder. Den samlede daglige løftebelastning af forskellige materialer var 2½-3½ tons. Arbejdet foregik ofte i foroverbøjede og akavede arbejdsstillinger. 60 procent af arbejdstiden foregik i knæliggende arbejdsstillinger. Efter omkring 15 år begyndte han at få ømhed i begge knæ, som forværredes over tid. Han fik derefter konstateret forkalkning eller bruskdannelse i begge knæskallers sener.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at seneændringerne i form af forkalkning eller bruskdannelse i begge knæskallers sener var forårsaget af de mange års arbejde som gulvmontør. Udvalget lagde særligt vægt på, at der havde været tale om knæliggende arbejde i 60 procent af arbejdstiden i 30 år.

Eksempel 2: Anerkendelse af hasemuskelsyndrom (professionelt/intensivt fodboldspil)

En yngre mand arbejdede som professionel fodboldspiller i 6 år. Arbejdet indebar langvarig, hård fysisk træning mange gange ugentligt. Efter godt 5 år fik han pludselig under træning smerter højt på bagsiden af højre lår uden en ydre årsag. Han blev efterfølgende opereret for et hasemuskelsyndrom i højre ben.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at hasemuskelsyndromet var forårsaget af det intensive fodboldspil igennem længere tid. Udvalget lagde vægt på, at der var nogen medicinsk dokumentation for en sammenhæng mellem denne sygdom og professionelt fodboldspil, og at arbejdet medførte betydelige benbelastninger, som måtte anses for at udgøre en særlig risiko for at udvikle en muskelsygdom af denne karakter.

Eksempel 3: Anerkendelse af overbelastningssyndrom i ankel/fod (balletdanser i 14 år)

En kvinde arbejdede som professionel balletdanser ved Den Kongelige Ballet i 14 år. Arbejdet medførte betydelige belastninger af fødder, ankler og ben ved hyppig træning og mange forestillinger. Hun udviklede smerter og hævelse omkring venstre ankel, og en speciallæge stillede diagnoserne seneskedehindebetændelse ved venstre fods bøjeseener samt overbelastning af ledbånd mellem rulleben og hælben i venstre fod.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at der var tale om et overbelastningssyndrom i venstre ankel og fods bøjeseener og ledbånd, der var forårsaget af mange års ekstremt fod- og ankelbelastende arbejde som balletdanser.

Eksempel 4: Anerkendelse af slidgigt i storetå (balletdanser i 45 år)

En mand arbejdede som balletdanser ved Det Kongelige Teater i omkring 45 år. Arbejdet medførte ekstreme fysiske fodbelastninger, herunder ved store spring og drejning på halv tå. Han udviklede smerter med videre i venstre storetå, og en speciallæge stillede diagnosen slidgigt i venstre storetå grundled og svær deformering som følge af forkalkninger omkring leddet.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at slidgigten og deformeringen af venstre storetå var forårsaget af det mangeårige arbejde som balletdanser, der havde været ekstremt belastende for fod og tær.

Eksempel 5: Afvisning af brusklæsion i knæ (vrid i knæleddet)

En mand arbejdede med pakning og truckkørsel på et slagteri i 5 år. Han arbejdede dels med palletering af kartoner med en vakuumløfter, som han placerede oven på kartonen på et rullebånd. Han løftede derefter kartonen, vendte sig og placerede den på en palle med et vrid i venstre knæ. Han udførte dette arbejde 4 dage om ugen. Han betjente desuden en stabler (en uaffjedret eldrebet palleløfter) 1 dag om ugen, hvor han kørte over en kant cirka 500 gange dagligt. Efter 4 år fik han smerter i venstre knæ. Han fik foretaget en artroskopi-operation, der viste opfløsning af brusken bagved i venstre knæ.

Udvalget fandt det ikke overvejende sandsynligt, at arbejdet på slagteriet havde forårsaget bruskskaden i venstre knæ. Udvalget lagde vægt på, at han havde udført palletering 4 dage ugentligt og kørt stabler 1 dag ugentligt, og at drejningerne i knæet ved palletering samt kørsel over kant mange gange dagligt med stableren ikke havde medført så omfattende belastninger af venstre knæ, at disse kunne anses for at udgøre en særlig risiko for at udvikle en brusklæsion.

Yderligere informationer:

[Udredningsrapport om sammenhænge mellem slidgigt i hofte og knæ og forskellige belastninger på arbejdet](#)

[Udredningsrapport om springerknæ](#)

22.6.5. Sygdom i lunger, luftveje og slimhinder

Eksempel 1: Anerkendelse af manglende lugtesans (kemiske lugtprøver)

En mand arbejdede som kemiingeniør i 30 år. Han var beskæftiget med at udføre lugtanalyser ved brug af lugtesansen. Han har gennem årene lugtet til en lang række forskellige stoffer i form af propionsyre, svovldioxid, butanol og organiske opløsningsmidler, trimethyl og dimethylamin samt syrer og nitrøse gasser. I en periode på 25 år behandlede han gennemsnitlig disse lugtprøver 2-3 gange om ugen med en samlet varighed på cirka 1 time. Efter 22 år oplevede han symptomer på begyndende nedsat lugtesans. En speciallæge stillede diagnosen manglende lugtesans (anosmia).

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at den mistede lugtesans var forårsaget af en mangeårig udsættelse for forskellige stoffer i forbindelse med lugtprøver. Udvalget lagde vægt på, at kemiingeniøren igennem cirka 25 år, flere gange ugentligt, havde lugtet til prøver indeholdende forskellige stoffer, herunder organiske opløsningsmidler, syrer og nitrøse gasser. Den lægevidenskabelige litteratur giver desuden holdepunkter for, at der i særlige tilfælde kan være en sammenhæng mellem stærkt lugtende stoffer og anosmia (tab af lugtesans).

Eksempel 2: Anerkendelse af kronisk rhinit (tryksvæerte og partikelforurening)

En mand arbejdede i cirka 20 år ved et dagblad. Han arbejdede ved en trykkemaskine, som ikke havde udsugning. Han udviklede symptomer i form af nedsat lugte- og smagssans samt hævede slimhinder i næsen. En speciallæge konstaterede kronisk rhinit (allergisk betændelse af næseslimhinden/høfeber), men ikke egentlig allergi.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at den kroniske rhinit var en følge af den betydelige partikelforurening/tryksværtetøv, som trykkeren havde været udsat for på arbejdet i mange år.

Eksempel 3: Anerkendelse af astma (akrylatforbindelser)

En kvinde arbejdede i 3 år som operatør på en medicinalproduktvirksomhed, hvor hun i latexafdelingen var beskæftiget med uridom-produktion. Hun dyppede uridomer i silikonevæske og placerede dem over attrapper og tog uridomerne af igen. Det sidste år arbejdede hun med uridomer af plastikgranulat. Hun anvendte her en ny type klæber, der indeholdt akrylatforbindelser. Hun var med til at udrøre limene i et kar. Limene blev herefter sprøjtet ind i uridomerne, som blev kørt gennem ovne og håndrullet. Under arbejdet blev hun udsat for limdampe. Ved en enkelt hændelse blev hun oversprøjtet med akrylatklæber i ansigtet og fik herefter tiltagende nyseture og hoste. Senere udviklede hun produktiv hoste og vejrtrækningsbesvær og fik af en speciallæge stillet diagnosen astma.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at astmaen var forårsaget af påvirkninger fra stoffer på arbejdet. Udvalget lagde særlig vægt på, at operatøren havde arbejdet med lim med akrylatforbindelser, der er kendt som mulig årsag til astma.

Eksempel 4: Anerkendelse af irriterede slimhinder i næse og svælg (kølemidler og olie)

En maskinarbejder arbejdede på et skibsværft i en lang årrække. Han var beskæftiget ved en slibemaskine med fremstilling af skibsdele. Maskinen anvendte køle- og smøremiddel til at køle sten og emne for at transportere støv væk. Normalt var systemet lukket, men i slutningen af arbejdsperioden opstod der en fejl i maskinen, således at sugefunktionerne blæste kølemiddel og forstøvet olie ud i ansigtet på ham. Fejlen blev rettet efter 2 måneder. Han fik gener fra hud, øjne og slimhinder, og en speciallæge konstaterede tørre slimhinder i næse og svælg.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at arbejdet ved den defekte slibemaskine havde forårsaget irriterede slimhinder i næse og svælg. Udvalget lagde vægt på, at maskinarbejderen igennem 2 måneder havde været udsat for direkte kontakt med kølemiddel og forstøvet olie i ansigtet.

Eksempel 5: Anerkendelse af kronisk irriterede slimhinder i næse og bihuler og perforation af næseskillevæggen (procesoperatør med udsættelse for støv fra mineraler og vitaminer)

En 55-årig mand arbejdede i godt 12 år som procesoperatør hos en virksomhed, der fremstillede blandinger af vitaminer og mineraler som tilsætning til levnedsmidler. Hans arbejde bestod i den længste periode i at afveje råvarer og fremstille og afveje blandinger. Trods udsugning og mekanisk ventilation kunne han ikke undgå støv fra blandt andet citronsyre, folinsyre, carbonat, kaliumjodat og lignende. Efter nogen tid udviklede han tørhed og irritation i næsen, der typisk opstod under afvejningsarbejdet. En speciallæge konstaterede, at han havde fået hul i næseskillevæggen og kronisk irriterede slimhinder i næse og bihuler.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at procesoperatøren havde udviklet kronisk irriterede slimhinder i næsen og bihulerne med efterfølgende perforation af næseskillevæggen som følge af arbejdet, hvor han havde været udsat for støv fra diverse mineraler og vitaminer.

Eksempel 6: Anerkendelse af astma (svejsere med udsættelse for svejserøg)

En 33-årig mand arbejdede i 2 år på en stålfabrik. Hans arbejde bestod i at svejse stålkonstruktioner til byggesektoren, og arbejdet foregik i en stor hal med cirka 12 svejsere. Der var ingen udsugning og kun en enkelt ventilator, som ikke virkede. Svejsningen var CO²-svejsning i sort stål, og der var kraftig varmeudvikling og røg – ofte så tæt, at man ikke kunne se fra den ene ende af hallen til den anden. Arbejdstilsynet havde været på inspektion på fabrikken, hvor der blev konstateret problemer med udsugningen. Der var åndedrætsværn, men filtrerende åndedrætsværn var ikke tilstrækkeligt effektiv beskyttelse ved svejsearbejde. Det fremgik dog også, at der på besøgsdagen kun var 4 beskæftigede svejsere i hallen og ikke 12. Efter 1 år begyndte svejseren at udvikle tiltagende tør irritationshoste og pibende vejrtrækning. Han fik foretaget allergitest, der viste kraftig overfølsomhed over for birkepollen, græspollen og støvmider. Han fik senere stillet diagnosen astma bronchiale professionalis.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at svejseren havde udviklet en væsentlig forværring af en privat, forudbestående astma på grund af udsættelsen for svejserøg. Det indgik i vurderingen, at kraftig svejserøg kan udløse astma hos en i forvejen sensibiliseret person, der har en privat disposition for at udvikle astma.

Ved erstatningsudmålingen for men og erhvervsevnetab vil Arbejdsskadestyrelsen eventuelt foretage fradrag i erstatningen i det omfang, den private disposition for astma kan anses for en medvirkende årsag til en del af astmasygdommen.

Eksempel 7: Afvisning af lungefibrose (slibestøv fra metal og slibemidler)

En mand arbejdede som metalsliber gennem mange år. Heraf arbejdede han i 10 år med håndslibning af armaturer til køkkenvaske og badeværelser, hvor han var udsat for slibestøv fra messing og rustfrit stål og diverse slibemidler. Han fik nedsat lungefunktion, og en speciallæge stillede diagnosen lungefibrose.

Udvalget fandt det ikke overvejende sandsynligt, at lungefibrosen var forårsaget af den beskrevne udsættelse for slibestøv og slibemidler. Udvalget lagde vægt på, at årsagen til lungefibrosen i den konkrete sag var ukendt, og at den ret pludselige sygdomsdebut og hurtige sygdomsudvikling gjorde det usandsynligt, at der skulle være en sammenhæng med den mangeårige udsættelse for metalstøv. Den lungesygdom, man typisk kan se efter mange års udsættelse for metalstøv, kaldes støvlunger, og røntgenundersøgelser og mikroskopi af vævsprøver viste ingen tegn på støvlunger.

Eksempel 8: Afvisning af indeklimasyntomer (dårlig ventilation og mikrosvampe på skole)

En kvinde arbejdede som skolelærer i over 20 år. Allerede kort efter ansættelsen begyndte hun at udvikle gener i form af tørhed i svælg, øjne og næse, svimmelhed, hovedpine, eksem, koncentrationsbesvær og lignende. Hun oplevede endvidere nedsat immunforsvar med flere og flere sygeperioder. Der skete ikke en generel bedring efter, at skolen flyttede til andre lokaler 15 år efter ansættelsen. En speciallæge diagnosticerede kvinden med indeklimasyntomer.

Udvalget fandt det ikke overvejende sandsynligt, at arbejdet som skolelærer i de pågældende bygninger havde forårsaget en indeklimarelateret sygdom. Efter udvalgets opfattelse var der ikke tale om specifik sygdom som følge af indeklimapåvirkninger, herunder udsættelse for mikrosvampe. Udvalget vurderede, at der var tale om indeklimasyntomer, der er et diffust systemkompleks med symptomer i form af tørhed og irritation af slimhinder i øjne, næse og svælg, tør hud og uspecifikke almensyntomer i form af hovedpine, træthed eller nedsat koncentrationsevne. Videnskabelige undersøgelser har vist øget hyppighed af disse symptomer relateret til visse indeklimaforhold blandt andet vedrørende bygningers ventilationsforhold og materialevalg. Der er usikkerhed om betydningen af mikrosvampe, men enkelte rapporter giver mistanke om, at massiv vækst af mikrosvampe muligvis kan være medvirkende. Dokumentation på området er dog usikker. Der var i skolelærerens tilfælde ikke påvist nogen legemlige, sygelige forandringer som grundlag for diagnosen indeklimasyntomer, og der kunne ikke dokumenteres en allergisk reaktion eller tilsvarende over for svamp eller andre påvirkninger.

Eksempel 9: Afvisning af kronisk obstruktiv lungesygdom/bronkitis (tjener udsat for passiv rygning)

En 42-årig mand havde arbejdet som tjener og til dels kok på flere hoteller i 23 år. I cirka halvdelen af perioden blev han udsat for passiv rygning i større omfang fra restaurationslokaler og barer med dårlig ventilation. Det fremgik, at tjeneren ikke selv havde røget, og at ægtefællen ligeledes var ikke-ryger. Han var i barndommen moderat udsat for passiv rygning fra sin far, der røg 15 cigaretter om dagen. I slutningen af perioden udviklede han åndenød og hoste og fik ved en lungefunktionsundersøgelse påvist kronisk obstruktiv lungesygdom (bronkitis) med et vist astmaelement.

Udvalget fandt det ikke overvejende sandsynligt, at arbejdet og udsættelsen for passiv rygning i en årrække havde forårsaget den kronisk obstruktive lungesygdom (bronkitis). Udvalget lagde vægt på, at der ikke er kendt medicinsk sammenhæng mellem udsættelse for passiv rygning og udvikling af kronisk

obstruktiv lungesygdom (bronkitis), og at der ikke var beskrevet konkrete forhold på arbejdet, der kunne anses for at øge risikoen for at udvikle den pågældende sygdom væsentligt.

22.6.6. Sygdom i andre organer

Eksempel 1: Anerkendelse af godartet blærepolyp/blærepapillom (farvestoffer, trykkeriarbejde)

En mand arbejdede i over 30 år som trykker ved en avis. Hans primære opgave var at passe trykværket, der fremstillede farvetryk. Han påfyldte herunder farvestoffer og foretog rengøring af maskinen med petroleum. Arbejdet indebar også kontakt med opløsningsmidler. I godt 20 år foregik arbejdet ved en højtryksmaskine, der afgav meget farvestøv til omgivelserne. Han fik konstateret en udfyldning i venstre side af blæren, og en nærmere undersøgelse ved cystoskopi viste, at der var tale om en blæretumor uden indvækst, en godartet blærepolyp (blærepapillom).

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at den godartede blærepolyp var opstået som følge af arbejdet som trykker i mange år. Udvalget lagde vægt på, at undersøgelser viser en øget risiko for udvikling af blærepolyp ved trykkeriarbejde som følge af kontakt med farvestoffer.

22.6.7. Kræftsygdomme

Eksempel 1: Anerkendelse af lymfekræft (Non-Hodgkins lymfom)(ukrudts- og andre sprøjtemidler)

En mand arbejdede i godt 20 år som landbrugstekniker ved forskning og forsøgsarbejde, hvor han i 95 procent af tiden var beskæftiget med ukrudtsmidler og i 5 procent af tiden med vækstreguleringsmidler. I 3 måneder hvert forår foretog han afprøvning af nye midler dagligt. I 3-4 måneder hvert efterår foretog han afprøvning cirka 2-3 gange ugentligt. Han blandede herunder 2-30 stoffer op med vand dagligt og fik indimellem direkte kontakt med stofferne. Efter 20 år opdagede han, at han havde hævede lymfekirtler. Han fik senere konstateret lymfekræft af typen Non-Hodgkins lymfom.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at lymfekræften i form af Non-Hodgkins lymfom var forårsaget af arbejdet med ukrudts- og vækstreguleringsmidler (herbicer). Udvalget lagde vægt på, at der lægevidenskabeligt er mistanke om en sammenhæng mellem Non-Hodgkins lymfom og sprøjtemidler, at der havde været tale om en mangeårig væsentlig udsættelse, og at sygdommen var debuteret i en forholdsvis ung alder.

Eksempel 2: Anerkendelse af kræft i svælget (svejsesøg, asbeststøv og andre stoffer på skibsværft)

En mand arbejdede igennem 18 år som skibsbygger på et stålskibsværft. De første 5 år arbejdede han med håndtering af stålplader, hvor halvdelen af tiden gik med skærebrænding eller svejsning. En stor del af arbejdet foregik i skibstanke, hvor udluftningen var begrænset. De næste 13 år arbejdede han med reparationer i flydedok. Han fjernede blandt andet isoleringsmateriale (polyuretanskum), hvorefter han med skærebrænder fjernede et sort, begagtigt materiale på indersiden af pladerne. Derefter svejsede han nye plader på. Der gik flere gange dagligt ild i polyuretanskummet. Derudover var han indimellem beskæftiget med arbejde i rustfri stål. Der var indimellem asbeststøv i rummet, når der blev foretaget rørarbejde, som han dog kun sjældent foretog. 5 år efter arbejdsophør udviklede han hævelse og overfølsomhed (krillerhoste). Han fik derefter konstateret kræft i venstre side af svælget/venstre mandel (tonsil cancer).

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at kræftsygdommen i svælget var forårsaget af arbejdet på et stålskibsværft i 18 år. Udvalget lagde vægt på, at skibsbyggeren ikke havde røget eller haft et væsentligt alkoholforbrug, der er kendte årsager til den ret sjældne kræftform, og at han havde

været udsat for en række risikofyldte påvirkninger på arbejdet i længere tid, selvom forskningen om årsagssammenhænge og således den medicinske dokumentation på området var begrænset.

Eksempel 3: Anerkendelse af kræft i mundhulen (glaspusteri)

En mand arbejdede i godt 20 år som glaspuster på et stort glasværk. Arbejdet indebar udsættelse for stor varme ved glaspustningen (varm glasdamp), kontakt med glasstøv og jern/metalstøv samt i en del af perioden kontakt med asbest og mangan. Han udviklede en kræftsvulst i mundhulen udgående fra tungen og blev strålebehandlet med godt resultat. Det fremgik, at han aldrig havde røget.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at kræften i mundhulen var forårsaget af arbejdet som glaspuster i mange år, da den medicinske viden peger på en sammenhæng mellem påvirkningerne ved glaspustning og udvikling af den pågældende sygdom og der tillige var tale om en ikke-ryger.

Eksempel 4: Anerkendelse af brystkræft efter natarbejde (sygeplejerske i 21 år)

En 57-årig kvinde fik konstateret kræft i venstre bryst og gennemgik operation, hvor hun fik fjernet brystet. Hun fik siden strålebehandling og kemoterapi. Da sygdommen startede, havde hun arbejdet som anæstesisygeplejerske på et sygehus i 21 år, hvor hun havde haft døgnvagter og kombinerede aften-/nattevagter, der strakte sig fra kl. 13.00-07.30. Hun havde stort set i hele perioden 3 nattevagter om ugen. Hun havde også tidligere i andre ansættelser som sygeplejerske haft nattevagter 1-2 gange om ugen i cirka 10 år.

Arbejdsskadestyrelsen indhentede i forbindelse med sagen en vurdering fra en ekspert i Kræftens Bekæmpelse, hvoraf følgende fremgik:

Om brystkræft generelt

Brustkræft hos kvinder er med omkring 4.000 nye tilfælde om året den hyppigst voksende kræftsygdom i Danmark. Hos kvinder udgør sygdommen næsten 25 procent af alle kræfttilfælde, fraregnet almindelig hudkræft. Risikoen for brystkræft hos kvinder har været støt stigende siden Cancerregisteret blev oprettet i 1943, således at den aldersjusterede forekomst i dag er dobbelt så høj, som den var i 1940'erne. En del af forekomsten synes at skyldes en kræftfremkaldende virkning af det kvindelige kønshormon østrogen, som kvinden selv danner i kroppen. I overensstemmelse hermed reduceres risikoen for brystkræft målbart, når styrken eller varigheden af østrogen i kvindens blod reduceres, for eksempel ved sen alder for den første menstruation eller ved tidlig overgangsalder. Risikoen reduceres også som følge af en eller flere graviditeter, især hvis den første graviditet er indtruffet i tidlig alder. Brug af kønshormoner (p-piller og lægemidler mod gener i overgangsalderen) er i lighed med det naturlige østrogen forbundet med en øget risiko for brystkræft. Den negative effekt af medicinering med østrogener ophører dog allerede få år efter, at behandlingen er ophørt. Desuden er et dagligt, moderat til stort forbrug af alkohol sat i forbindelse med en øget risiko for brystkræft, ligesom et mindre antal tilfælde i befolkningen er forårsaget af udsættelser for ioniserende stråling (røntgenstråler og gammastråler). Kun en mindre del af stigningen i brystkræft siden 1940'erne kan dog forklares ved ændringer af de kendte risikofaktorer hen over tid. Størstedelen af stigningen skyldes forhold, som enten er dårligt kortlagte eller ukendte. Til denne gruppe faktorer hører regelmæssigt og langvarigt arbejde om natten, som i dag mistænkes for at kunne øge risikoen for brystkræft. Endelig er det vist, at omkring 5 procent af brystkræfttilfældene i den danske befolkning skyldes arvelige faktorer, især visse medfødte mutationer i 2 gener benævnt BRCA1 og BRCA2. Tobaksrygning synes ikke at øge risikoen for brystkræft.

Skifteholdsarbejde med forstyrrelse af døgnrytmen

I løbet af de seneste 10 år har undersøgelser peget på, at arbejde i døgnets mørke timer kan være en risikofaktor for brystkræft hos kvinder. Forskere har ment, at risikoforøgelsen kunne skyldes mangel på søvnhormonet melatonin, som muligvis beskytter mod udvikling af kræft. Melatonin dannes i en kirtel i hjernen i løbet af natten, mens man sover. Udskillelsen af hormonet hæmmes eller afbrydes, hvis man er vågen og opholder sig i kunstig belysning.

Der findes mange former for skifteholdsarbejde, men de former for skifteholdsarbejde, hvor der indgår **tilbagevendende natarbejde**, ser ud til at give de største forstyrrelser i den naturlige, biologiske døgnrytme. Der er til dato offentliggjort 8 videnskabelige undersøgelser af risikoen for brystkræft hos kvinder, som har skifteholdsarbejde. Af disse viser de 6, at risikoen er let til moderat forhøjet hos kvinder, som har haft mange års skifteholdsarbejde, inklusiv natarbejde, i forhold til kvinder, som har været på fast dagarbejde. Når resultaterne fra de nuværende undersøgelser kombineres, ser det ud til, at der skal mindst 20 års skifteholdsarbejde til, før der ses en målelig risikoforøgelse for brystkræft. Ser man samlet på de 8 undersøgelser, er skifteholdsarbejde i gennemsnit associeret med en 40 procents risikoforøgelse. Ifølge enkelte af undersøgelserne synes risikoen for brystkræft desuden at stige med et stigende antal år på skifteholdsarbejde.

Ny udredningsrapport om natarbejde og brystkræft

En dansk forsker, Henrik Kolstad, har sammen med en ekspertgruppe i en ny gennemgang af forskningslitteraturen på området opsamlet den nyeste viden om den mulige sammenhæng mellem brystkræft og natarbejde. I rapporten konkluderes det, at dokumentationen for en årsagssammenhæng mellem tilbagevendende natarbejde og brystkræft samlet set er begrænset. Rapporten fra september 2007 kan ses på Arbejdsskade styrelsens hjemmeside www.ask.dk under forskning og udredningsprojekter.

Sagen blev anerkendt efter forelæggelse for Erhvervssygdomsudvalget. Efter udvalgets vurdering er der ikke på nuværende tidspunkt tilstrækkelig medicinsk dokumentation til at optage brystkræft efter natarbejde på fortegnelsen over erhvervssygdomme (§ 7, stk. 1, nr. 2, 1. led). Udvalget har imidlertid på baggrund af de nuværende forskningsresultater omkring brystkræft og natarbejde, herunder især en udredningsrapport fra Henrik Kolstad, fastlagt en praksis for indstilling til anerkendelse. Efter praksis indstilles der som udgangspunkt til anerkendelse, hvis der har været arbejdet mange timer om natten (inden for tidsrummet 23-06) i mindst 20-30 år og mindst 1 gang om ugen i gennemsnit. Dette vurderes således som en væsentlig øget risiko for at udvikle brystkræft. Der må ikke være klare konkurrerende årsager til sygdommen. Udvalget har ud fra denne praksis vurderet, at det er overvejende sandsynligt, at sygeplejerskens venstresidige brystkræft er forårsaget af det tilbagevendende natarbejde (§ 7, stk. 1, nr. 2, 2. led). Udvalget lagde vægt på, at sygeplejersken havde haft natarbejde mere end 1 gang om ugen i mere end 20 år, og at der ikke var oplyst om andre væsentlige risikofaktorer, der kan forklare sygdommens opståen.

Eksempel 5: Anerkendelse af hudkræft (sygehjælper med udsættelse for røntgenstråler)

En 65-årig kvinde havde i mere end 30 år arbejdet som sygehjælper ved røntgenoptagelser på et sygehus. I mere end halvdelen af arbejdstiden opholdt hun sig på undersøgelsesstuen under røntgenoptagelserne og hjalp næsten dagligt med at fastholde patienter på lejet under optagelserne. Hun bar blyforklæde, men hænderne var altid ubeskyttede under røntgenoptagelserne. Et par år efter, at hun var ophørt med dette arbejde, udviklede hun hudkræft på højre hånds 3. og 4. finger af typen pladecellekarcinom. Hun fik senere amputeret begge fingre. Der blev siden konstateret lokaliseret spredning af svulsten til andre fingre og til den ene hæl samt til livmoderhalsen og muligvis til lungerne. En ekspertvurdering fra en

overlæge og forskningschef i Kræftens Bekæmpelse vurderede, at det var overvejende sandsynligt, at hudkræften var forårsaget af de mange års udsættelse for en stor dosis røntgenstråler.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at hudkræften i højre hånds fingre var opstået som følge af arbejdet. Årsagen er, at der har været tale om en stor udsættelse for røntgenstråler dagligt og i mange år, der øger risikoen for at udvikle hudkræft væsentligt. Der er også lagt vægt på, at sygdommen primært er opstået på hænderne, der har været ubeskyttede under strålingen.

Efter praksis på området vil de øvrige forekomster af kræft kunne anses for en følge af den anerkendte hudkræft (den primære kræft) i det omfang, det dokumenteres, at de andre kræftforekomster skyldes den anerkendte hudkræft (det vil sige er sekundære kræftformer via cellespredning). De vil derfor eventuelt kunne indgå i Arbejdsskadestyrelsens erstatningsudmåling.

Eksempel 6: Anerkendelse af blærekræft (rørsmed udsat for sod og PAH'er fra skibskedler)

En 63-årig mandlig rørsmed havde i en periode på cirka 23 år har haft en daglig og til tider betydelig eksponering for sod fra oliefyrede anlæg i forbindelse med tilsyn og reparation af kedler, primært skibskedler. Der blev i periodens første 15 år ikke anvendt åndedrætsværn i forbindelse med arbejdet på kedlerne. Men også i tiden derefter beskrives beskyttelsesforanstaltningerne ved arbejde i udlandet som utilstrækkelige. Rørsmeden fik i begyndelsen af 2008 konstateret kræft i blæren, som blev behandlet med fjernelse af blæren og indlæggelse af en kunstig blære. En ekspertvurdering fra Kræftens Bekæmpelse viste, at soden fra afbrændingen af organiske materialer, herunder kul og olier, havde et højt indhold af polycykliske aromatiske karbonhydrider (PAH'er), som øger risikoen for både hudkræft og lungekræft. En nyere gennemgang af den videnskabelige litteratur på feltet viste desuden, at en mangeårig, svær udsættelse for sod også øger risikoen for blærekræft i en størrelsesorden 2-2½ gang det normale. Rørsmeden havde aldrig røget, og der var ikke oplysninger om andre eksponeringer, som mistænkte for at øge risikoen for blærekræft.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at rørsmedens blærekræft var opstået som følge af mange års tæt kontakt med sod indeholdende PAH'er (polycykliske aromatiske karbonhydrider), der er under stærk mistanke for at kunne forårsage blærekræft, og at der ikke var oplysninger om konkurrerende risikofaktorer i sagen.

Eksempel 7: Afvisning af brystkræft (frisør med udsættelse for kemiske stoffer og dampe)

En 46-årig kvinde havde arbejdet som frisør i knapt 30 år. Arbejdet havde i cirka 50 procent af tiden bestået i klipning. I andre 50 procent af tiden havde hun opgaver med hårvask, farvning, lysning og permanent, hvor hun anvendte et bredt spektrum af frisørkemikalier. Hun brugte først i de senere år handsker under dette arbejde. I slutningen af perioden fik hun konstateret kræft i højre bryst med spredning til lymfekirtler. Hun blev opereret med fjernelse af kræftknuden og lymfekirtlerne og modtog efterfølgende strålebehandling og kemoterapi samt anti-østrogenbehandling. Hun har ikke haft tilbagefald igennem 3 år, men går fortsat til kontrol. I forbindelse med sagens behandling indhentede Arbejdsskadestyrelsen en ekspertvurdering fra en overlæge og forskningschef i Kræftens Bekæmpelse om den generelle dokumentation for en årsagssammenhæng på området og en konkret vurdering af den pågældende sag. Ekspertvurderingen konkluderede, at der ikke for nuværende er kendskab til stoffer eller produkter i frisørfaget, der videnskabeligt kan sættes i forbindelse med brystkræft. Sygdommen kan desuden have en række andre årsager uden forbindelse til arbejde – herunder hormonelle forhold, arvelig disposition og livsstil og miljø. De nyeste forskningsresultater på området peger på, at der kan være en let til moderat forøget risiko for at udvikle brystkræft efter frisørarbejde, særligt efter mere end 10 års

arbejde inden for faget. Resultaterne er dog ikke entydige, og det er endnu ikke muligt at pege på konkrete årsagsmekanismer til bestemte stoffer og lignende i faget. På denne baggrund blev det i ekspertvurderingen anset for overvejende sandsynligt, at sygdommen var forårsaget af andre forhold end arbejdet.

Udvalget fandt det ikke overvejende sandsynligt, at brystkræften var forårsaget af de mange års arbejde. Årsagen var, at sygdommen kan have mange forskellige årsager uden tilknytning til arbejdsmiljøet, og at det ikke for nuværende kan antages, at frisøren har været udsat for påvirkninger som frisør, der øger risikoen for at udvikle brystkræft væsentligt.

Arbejdsskadestyrelsen har i sommeren 2007 i samråd med Erhvervssygdomsudvalget bestilt en ny udredning om de mulige sammenhænge mellem frisørarbejde og forskellige kræftformer – herunder brystkræft. Udredningsopgaven er udbudt af Arbejdsmiljøforskningsfonden og forventes at foreligge ved udgangen af 2008. Der er derfor sat revision i sagen og tilsvarende sager med henblik på en ny vurdering i 2009.

Eksempel 8: Afvisning af blærekræft (udstødningssasser og oliedampe, men også selv ryger)

En specialarbejder arbejdede i 6 år for et firma, der håndterede oliebaseerede produkter i tanke og til og fra skibe. Han rensede olietankene i cirka halvdelen af arbejdstiden. Dette foregik ved at lade tankene afdampe i 2 dage, hvorefter han påbegyndte afrensning med gummiskraber og indimellem højtrykspuler. I resten af tiden hjalp han til med læsning og losning af skibe og med maling af rør med terpentinbaseret oliemaling. De oliebaseerede produkter, han var i kontakt med, var petroleum, benzin, jet fuel, fuel oil, diesel samt såkaldt "russisk slop-olie", der var en blanding mellem affaldsolie og vand. Inden denne ansættelse havde han arbejdet i 3 andre firmaer, hvor han kørte en del rundt i København. Det fremgik tillige, at han havde røget 10-15 cigaretter dagligt i 40-45 år. 13 år efter, at han var ophørt i arbejdet for oliefirmaet, fik han konstateret blærekræft.

Udvalget fandt det ikke overvejende sandsynligt, at blærekræften var forårsaget af arbejdet for oliefirmaet eller de tidligere arbejdsforhold. Udvalget lagde vægt på, at risikoen for at udvikle blærekræft som følge af rygning i den beskrevne målestok var væsentligt højere end risikoen for at udvikle sygdommen efter udsættelse for udstødningssasser, olieprodukter eller oliebaseerede dampe.

Yderligere informationer:

Udredningsrapport om natarbejde og kræft. Rapporten kan findes på www.ask.dk under Arbejdsskadestyrelsen, forskning og projekter.

Ankestyrelsens principielle afgørelser om arbejdsbetinget kræft kan ses på www.ast.dk

22.6.8. Psykisk sygdom

Eksempel 1: Anerkendelse af belastningsreaktion (social- og sundhedshjælper)

En kvinde arbejdede en årrække som social- og sundhedshjælper ved et ældrecenter. Hun blev beskyldt for at have bestjålet en af beboerne, og forholdet blev politianmeldt. Efter cirka en uge blev genstandene fundet hos beboeren og tiltale om tyveri frafaldet. Hun fik det psykisk dårligt i forbindelse med beskyldningerne, og en speciallæge konstaterede en akut belastningsreaktion.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at den akutte belastningsreaktion var forårsaget af den beskyldning og mistanke, som hun havde været udsat for på arbejdspladsen. Udvalget lagde vægt på, at det måtte anses for at have været psykisk belastende at blive beskyldt for tyveri og mistænkt af kolleger, beboere og pårørende. Der blev lagt særlig vægt på, at sagen var blevet politianmeldt, og at tiltalen siden blev frafaldet.

Eksempel 2: Anerkendelse af belastningsreaktion (hjemmehjælper udsat for mediedækning af "misrøgt" af klient)

En 54-årig kvinde havde arbejdet som udekørende hjemmehjælper fra et kommunalt plejecenter i en længere årrække. Hun havde i årenes løb været udsat for flere meget ubehagelige dødsfald hos forskellige klienter, som dog ikke gav anledning til egentlige psykiske gener. I slutningen af arbejdsperioden passede hun en ældre, psykisk syg mand i hans lejlighed. Den psykisk syge mand, der havde udviklet en meget aggressiv adfærd efter en hjerneblødning og slog og spyttede på hjælperne, blev låst inde af hjemmehjælperne på kommunens krav og var generelt meget råbende og larmende. Naboerne kontaktede derfor medierne, og en landsdækkende TV-station dækkede historien over flere dage. TV-stationen filmede i mandens opgang og kaldte kommunens håndtering af den psykisk syge borger for magtmisbrug og misrøgt. Hjemmehjælperen optrådte flere gange ufrivilligt på optagelserne. Selvom hendes ansigt blev delvist sløret, blev hun efterfølgende kontaktet af familie og bekendte, som undrede sig over hendes arbejde for kommunen og den beskrevne måde at behandle en psykisk syg borger på. Hun udviklede i forlængelse af dette forløb en uspecifik belastningsreaktion med depressive elementer.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at hjemmehjælperen havde udviklet en uspecifik belastningsreaktion som følge af sit arbejde. Der blev lagt vægt på, at hun som kommunalt ansat og plejemedarbejder omkring den pågældende borger blev udsat for en meget ubehagelig og psykisk belastende offentlighed i TV, hvor kommunen og indirekte hun selv blev beskyldt for magtmisbrug og misrøgt, og at hun blev genkendt af omgivelserne og konfronteret med sin rolle i forløbet.

Eksempel 3: Anerkendelse af belastningsreaktion (verbale/fysiske trusler og overfald af stor dreng)

En kvinde arbejdede i 4 år på et fritidshjem med svært handicappede børn. I de sidste 3 år arbejdede hun med pasning af en svært DAMP-skadet dreng på 11 år. Drengen var stor og kraftig. Han var voldelig og truende, både verbalt og fysisk, og der var beskrevet flere konkrete overfald. En speciallæge stillede diagnosen periodisk depression af svær grad.

Udvalget fandt, at de psykiske gener svarede til en belastningsreaktion. Udvalget fandt det tillige overvejende sandsynligt, at den psykiske sygdom var forårsaget af arbejdet som pædagog, hvor hun igennem en længere periode havde været udsat for verbale og fysiske trusler samt direkte fysiske overgreb fra en stor og kraftig DAMP-skadet dreng.

Eksempel 4: Anerkendelse af belastningsreaktion (direkte og indirekte vold fra psykisk handicappede)

En 46-årig kvinde arbejdede i 2-3 år som pædagog på en institution for psykisk og fysisk handicappede voksne. Beboerne var ofte meget udadreagerende, og af interne tilskadekomstrapporter fremgik det, at hun var blevet slået på kroppen af flere beboere. Slagene var ofte af pludselig og uventet karakter, uden at hun dog følte sig i overhængende livsfare. Beboerne havde også adskillige gange slået ud efter kvinden uden at ramme og blandt andet hevet hende i håret. Hun udviklede efterhånden psykiske gener med depressive elementer og blev angst for at gå på arbejde. En psykiatrisk speciallæge stillede diagnosen uspecifik belastningsreaktion.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at pædagogen havde udviklet en uspecifik belastningsreaktion som følge af sit arbejde med udadreagerende psykisk og fysisk handicappede voksne. Der blev lagt vægt på, at der var dokumenteret en række psykisk belastende hændelser med direkte og indirekte vold (trusler), der øger risikoen for at udvikle den pågældende sygdom væsentligt.

Eksempel 5: Anerkendelse af depression (beskyldninger om tyveri, politianmeldelse og afskedigelse)

En sygeplejerske arbejdede i ældreplejen, hvor hun oplevede flere beskyldninger om tyveri fra forskellige klienter. I 2 tilfælde blev hun politianmeldt, men politiet frafaldt siden sigtelserne. Ved et senere tilfælde af beskyldninger blev hun indkaldt til tjenstlig samtale, suspenderet og siden afskediget, uden at der blev rejst tiltale mod hende. Hun udviklede symptomer på en psykisk stressreaktion og fik siden af en speciallæge stillet diagnosen depression (depressiv enkeltepisode af moderat grad).

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at sygeplejersken havde udviklet en depression som følge af arbejdet. Udvalget lagde vægt på, at hun flere gange havde været tiltalt for tyveri, samt at politiet i tilfældene med politianmeldelse havde frafaldet tiltale mod hende. Den sidste gang var hun blevet afskediget, uden at der var rejst sigtelse mod hende. Udvalget fandt, at beskyldningerne havde været af en psykisk meget belastende karakter, som udgjorde en særlig risiko for at udvikle depression.

Eksempel 6: Anerkendelse af depression (fængselsfunktionær udsat for sexchikane)

En kvinde blev i forbindelse med sit arbejde som fængselsfunktionær i et større statsfængsel vedholdende udsat for seksuel chikane fra en kollega igennem godt 2 år. I starten var der tale om bemærkninger med seksuelt indhold, senere begyndte kollegaen også at tage på kvinden forskellige steder på kroppen. Det udviklede sig til seksuelle tilnærmelser og fysiske krænkelser 1-2 gange ugentligt. Den kvindelige fængselsfunktionær blev tiltagende påvirket af hændelserne. Hun blev trist og nervøs, havde øget grådtendens, oplevede koncentrationsbesvær og blev let stresset og havde søvnbesvær. En psykiatrisk speciallæge stillede diagnosen depression. Arbejdsgiveren bekræftede, at der var sket anmeldelse af den pågældende kollega, ligesom 3 kolleger også havde anmeldt vedkommende for seksuelle krænkelser.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at den kvindelige fængselsfunktionær havde udviklet en depression som følge af de vedvarende seksuelle tilnærmelser og krænkelser i en længere periode. Der blev herunder også lagt vægt på, at arbejdsgiver kunne bekræfte hændelserne, og at 3 kolleger ligeledes havde oplevet tilsvarende krænkelser.

Eksempel 7: Anerkendelse af belastningsreaktion (parkeringsvagt udsat for vold og trusler)

En 36-årig kvinde arbejdede i 6 år som parkeringsvagt i København. Arbejdet medførte en række voldsomme hændelser med verbale og fysiske overfald. Hun var herunder udsat for trusler om at blive "smadret", blive forfulgt, blive sparket i ansigtet, blive nakket med en kølle og blive kørt ned. Hun var desuden udsat for at blive spyttet i øjet og på tøjet og for, at der blev kastet æg efter hende, og hun oplevede også at blive forfulgt og forsøgt kørt ned. Efter nogle år udviklede hun begyndende søvnbesvær og øget irritabilitet. Efter forsøget på at køre hende ned tiltog generne, og hun fik problemer med øget energiløshed, koncentrationsbesvær, irritabilitet, søvnbesvær og isolationstendens. En psykiatrisk speciallæge stillede diagnosen personlighedsforandring som følge af katastrofeoplevelser.

Udvalget var ikke enige med den psykiatriske speciallæge i diagnosen, da de beskrevne oplevelser ikke havde en så ekstremt belastende karakter, at de kunne begrunde diagnosen personlighedsforandring

efter katastrofeoplevelser. Udvalget fandt derimod, at de beskrevne psykiske symptomer svarede til en belastningsreaktion.

Udvalget fandt det tillige overvejende sandsynligt, at belastningsreaktionen var forårsaget af de psykiske belastninger på arbejdet som parkeringsvagt. Udvalget lagde vægt på, at hun både havde været udsat for vold og trusler om vold, herunder trusler på livet og forsøg på at køre hende ned.

Eksempel 8: Anerkendelse af depressiv enkeltepisode (lærer udsat for grov chikane og mobning, herunder seksuelt betonet chikane, fra elever)

En kvinde arbejdede i en kort årrække som lærer på en folkeskole. I det sidste år blev hun udsat for gentagne verbale og fysiske forulempelser fra eleverne. Herunder oplevede hun, at halvdelen af eleverne meldte fra til undervisningen, og at de øvrige hånede og talte nedsættende til hende, skubbede til hende og opførte sig meget uroligt. Hun oplevede også en episode, hvor en elev tog hende på brysterne, og en anden, hvor en elev tegnede hende i skridtet med en tuschpen. Desuden oplevede hun, at en elev blev seksuelt forulempet af 3 drenge på et af skolens toiletter, uden at der blev grebet ind fra ledelsens side. Endelig var hun udsat for, at forældrene ikke bakkede hende op, kaldte hende alt muligt nedsættende og ikke mødte op til møder med hende om problemerne. Hun erfarede også, at en elev i et enkelt tilfælde og via en mail til en anden elev havde truet med at dræbe hende. Skolen kunne kun bekræfte enkelte af de oplyste hændelser, herunder at en elev var blevet bortvist fra klassen på grund af dårlig opførsel. Kolleger kunne dog bevidne, at der var et dårligt arbejdsmiljø med megen uro og dårlig opbakning fra ledelsen. Til sidst udviklede hun psykiske symptomer i form af angst, påtrængende tanker, koncentrationsbesvær, støjoverfølsomhed, søvnbesvær og isolationsbesvær.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at læreren havde fået en psykisk sygdom i form af en depressiv enkeltepisode som følge af arbejdet, hvor hun blandt andet havde været udsat for råben, nedgørende bemærkninger, en ubehagelig mail samt seksuelt betonede bemærkninger og handlinger fra nogle elever.

Eksempel 9: Anerkendelse af uspecifik belastningsreaktion (sygeplejerske udsat for grov chikane og mobning fra den fagligt overordnede og kolleger)

En sygeplejerske arbejdede i 5 år på en medicinsk afdeling på et sygehus. I slutningen af perioden blev hun af en overlæge bedt om at udøve aktiv dødshjælp til en patient ved at give for meget smertestillende medicin til en meget syg patient. Hun kunne ikke udføre ordren, og nogle dage senere indberettede hun episoden anonymt til Patientsikkerhedsdatabasen. Hun kunne dog ikke få sig til at politianmelde overlægen, selvom hun blev opfordret til det. Kort tid efter indkaldte overlægen til et krisemøde, hvor han kaldte hende for en løgner. Han fremviste en kopi af den anonyme anmeldelse til patientsikkerhedsdatabasen og antydede samtidig, at hun havde politianmeldt ham. Overlægen kritiserede efterfølgende hendes måde at samarbejde på, og flere kolleger tog hans parti og blev grove over for hende. Sygeplejersken oplevede, at samarbejdssituationen blev meget dårlig, og at hun blev frosset ud af overlægen og flere andre på afdelingen. Nogle andre læger underskrev desuden et brev til ledelsen, hvor de meddelte, at de ikke kunne samarbejde med hende. Der blev afholdt flere krisemøder uden resultat, og på et møde, hvor overlægen skulle trække sine beskyldninger tilbage, gik det helt galt. Sygeplejersken blev overfuset og hånet groft. Kort tid efter måtte hun sygemelde sig på grund af et psykisk sammenbrud. Hun erfarede i denne tid også, at andre mennesker uden for hospitalet, herunder en læge, der havde børn i samme institution som hende, havde hørt om konflikten fra modparten. En psykiatrisk speciallæge stillede diagnosen tilpasningsreaktion.

Udvalget var ikke enig med speciallægen i, at symptomerne svarede til en tilpasningsreaktion. Udvalget mente derimod, at sygeplejersken havde fået en uspecifik belastningsreaktion, og at denne sygdom overvejende sandsynligt var opstået på grund af arbejdet som sygeplejerske, hvor hun havde været udsat for jævnlig, grov mobning og chikane i en længere periode fra en fagligt overordnet og kollegers side.

Eksempel 10: Anerkendelse af forværring af forudbestående posttraumatisk belastningsreaktion (fængselsfunktionær udsat for beskyldninger om at lække fortrolige oplysninger til indsatte)

En 41-årig kvindelig fængselsfunktionær blev efter godt 1 års arbejde i et arresthus kaldt ind til en tjenstlig samtale, hvor hun blev beskyldt for at have lækket oplysninger til en indsat. Nogle kolleger havde oplyst, at de havde set en indsat stå bag ved hende og læse med på en computerskærm. Hun blev desuden beskyldt for at have lagt nogle papirer ind til en indsat. En kollega havde også hørt en fange sige om en anden fange, at han vidste noget mere, når den kvindelige fængselsfunktionær kom på arbejde næste dag. Hun blev desuden beskyldt for, at hun efter en voldsepisode havde været inde hos en fange på en afdeling, hvor hun ikke gjorde tjeneste, og at hun havde opholdt sig der i 10 minutter. Hun blev senere opsøgt af to betjente, der skulle afhøre hende om beskyldninger om, at hun havde videregivet fortrolige oplysninger til indsatte, herunder om, hvornår der ville finde visitationer sted i arresthuset, så de kunne nå at skjule forbudte ting. Politimesteren besluttede dog at indstille efterforskningen i sagen, da der ikke var rimelig formodning om, at der var begået et strafbart forhold. Kvinden havde tidligere udviklet en posttraumatisk belastningsreaktion som følge af en episode med alvorlige trusler fra en indsat. Denne episode var allerede anerkendt som arbejdsulykke. I forbindelse med beskyldningerne på arbejdet blussede hendes symptomer alvorligt op på ny med angst, mareridt og flashbacks, undvigeadfærd og energiløshed, vagtsomhed, isolationstendens og søvnbesvær samt koncentrationsbesvær.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at den kvindelige fængselsfunktionær havde fået en væsentlig forværring af sin tidligere posttraumatiske belastningsreaktion som følge af sit arbejde. Udvalget lagde vægt på, at hun havde været udsat for begivenheder af psykisk belastende karakter, idet hun blev beskyldt for at videregive fortrolige oplysninger til indsatte i arresten, ligesom hun måtte gennemgå et belastende forløb med tjenstligt forhør og afhøring hos politiet, der endte i, at efterforskningen blev indstillet som grundløs.

Eksempel 11: Anerkendelse af depression efter trusler (togrevisor i 8 år)

En 34-årig kvinde havde arbejdet som togrevisor i godt 8 år, da hun udviklede en svær depression. Forud havde hun gentagne gange i løbet af de 8 år været udsat for alvorlige trusler fra passagerer, der ikke havde løst billet, og som reagerede aggressivt ved udsigten til en kontrolafgift, samt fra fulde eller på anden måde aggressive passagerer. I forbindelse med sygdommens start oplevede hun trusler fra en passager, som hun ville give en kontrolafgift for manglende billet. Passageren reagerede voldsomt, fremsatte verbale trusler mod hende og slog ud efter hende.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at togrevisorens depression var opstået som følge af flere episoder med alvorlige trusler fra passagerer i en 8-årig periode.

Eksempel 12: Anerkendelse af panikangst (minerydder i Bosnien og Eritrea)

En 33-årig mand fik konstateret panikangst, efter at han i perioden fra 1995 til 2000 var udstationeret flere gange som minerydder i først Bosnien og siden Eritrea. Han oplevede i Bosnien i 1996 voldsomme dødsfald, hvor et patruljekøretøj var kørt på en mine, og var desuden beskæftiget med minerydning med den fare, dette arbejde indebærer. I 2000 i Eritrea oplevede han et voldsomt dødsfald hos en dreng, der blev påkørt af en tankvogn. Han forsøgte at hjælpe drengen, men til ingen nytte. Han var samtidig omringet af hylende kvinder og var bange for, at han skulle få

skylden for ulykken. Hans sygdom debuterede over tid, men han opsøgte først psykolog i 2003 oven på, at flere af hans kammerater var blevet dræbt ved en ulykke i Kabul i Afghanistan, mens han selv var hjemme i Danmark. Han var med til at modtage de dræbte og sårede og besøgte sammen med repræsentanter fra hæren de dræbtes forældre. Hans sygdom blussede derpå voldsomt op. Forsvaret bekræftede de oplyste ulykker i Bosnien, Eritrea og Afghanistan.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at minerydderen havde udviklet panikangst som følge af de voldsomme og psykisk belastende hændelser, han havde været udsat for, især i Bosnien og Eritrea, hvor han selv var direkte involveret og oplevede sig truet.

Eksempel 13: Anerkendelse af uspecifik belastningsreaktion efter sexchikane (kontorassistent)

En 54-årig kvindelig kontorassistent udviklede en uspecifik belastningsreaktion med følger i form af angst, tristhed, energiløshed, søvnbesvær og isolationstendens, efter at hun havde oplevet sig udsat for sexchikane fra en mellemlider på sit arbejde. Mellemlideren var ved flere lejligheder fremkommet med verbale seksuelle bemærkninger mod hende og det øvrige kvindelige personale og havde ved flere festlige lejligheder befamlet hende og andre. Under en frokost ude i byen med den øvrige personalegruppe befamlede mellemlideren hende under kjolen, og hun måtte rive sig løs. To kolleger bekræftede hændelsen, og der blev senere indgået forlig på arbejdspladsen.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at kontorassistenten havde udviklet en uspecifik belastningsreaktion som følge af længere tids seksuelle tilnærmelser, der kulminerede ved en frokost med grænseoverskridende befamling.

Eksempel 14: Anerkendelse af depressiv enkeltepisode (leder udsat for grov chikane og trusler)

En 45-årig kvinde udviklede depression med tristhed, irritabilitet, hukommelsesbesvær, nedsat koncentration og selvværd samt søvnbesvær, efter at hun som leder af et jobhus blev udsat for grov chikane fra en medarbejder. Hun oplevede, at der fandt tyverier sted på arbejdspladsen, herunder af hendes ejendele, som blev fundet hos familiemedlemmer til den pågældende medarbejder. Efter dette blev hun og hendes 14-årige datter udsat for trusler fra medarbejderen over telefonen, og medarbejderen fik senere en dom for dette.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at den depressive enkeltepisode var opstået som følge af udsættelsen for gentagne tilfælde af grov chikane og trusler fra en medarbejder i jobhuset.

Eksempel 15: Afvisning af periodisk depression (præst)

En 50-årig præst udviklede over en årrække tiltagende symptomer på depression af periodisk (tilbagevendende) karakter. Præsten havde arbejdet i en mindre by i over 10 år, hvor der over tid havde været flere uoverensstemmelser med borgere og menighedsråd. Derudover var der psykiske belastninger ved arbejdet med at bistå ved begravelser efter voldsomme dødsfald med videre. Der havde blandt andet været uoverensstemmelser om, hvordan gudstjenesterne skulle forløbe, ligesom der blev oprettet en protestliste til menighedsrådsvalget på baggrund af ændringer af præstegårdens fysiske omgivelser. Det førte til store samarbejdsvanskeligheder med menighedsrådet. Alle klager blev dog afvist af biskoppen, som også havde flere samtaler med præsten i forbindelse med strømmen af klager fra menighedsrådet.

Udvalget fandt det ikke overvejende sandsynligt, at den periodiske depression var opstået som følge af de psykiske belastninger som præst. Grunden var, at de beskrevne påvirkninger, såsom arbejdet med at yde støtte ved voldsomme dødsfald og udsættelse for dårligt samarbejde med

menighedsrådet og andre, herunder gentagne klager og kritik, ikke kunne anses for tilstrækkeligt psykisk belastende, til at risikoen for at udvikle depression var øget væsentligt.

Eksempel 16: Afvisning af psykisk sygdom (arbejds miljø og beskyldninger om børnepornografi)

En mand arbejdede som pædagog på et fritidshjem i cirka 1 år. Der er beskrevet psykisk dårligt arbejdsmiljø og samarbejds vanskeligheder. Han blev endvidere sigtet for at have downloadet børnepornografisk materiale på en af fritidshjemmets computere. Han blev afhørt af politiet, og sagen var genstand for en betydelig omtale i pressen. Senere frafaldt politiet sigtelserne mod ham. Han fik det psykisk dårligt og fik stillet diagnosen posttraumatisk belastningsreaktion.

Udvalget fandt det ikke overvejende sandsynligt, at den psykiske sygdom var en følge af de beskrevne belastninger på arbejdet. Udvalget lagde vægt på, at de beskrevne samarbejds vanskeligheder og det psykisk dårlige arbejdsmiljø ikke kunne anses for at have været belastende i en sådan grad, at det indebar en særlig risiko for at udvikle en psykisk sygdom, herunder posttraumatisk belastningsreaktion. Eventuelle psykiske gener forårsaget af sigtelsen for besiddelse af børnepornografi kunne efter udvalgets vurdering ikke anses for at være en følge af arbejdet.

Eksempel 17: Afvisning af uspecifik belastningsreaktion (kontorassistent udsat for sexchikane)

En kontorassistent oplevede igennem en længere periode, at hun blev udsat for sexchikane og psykisk terror fra en overordnet, og udviklede til sidst en uspecifik belastningsreaktion. Det blev blandt andet oplyst, at lederen kom med verbale hentydninger om seksuelle emner og befølte hende meget intimt ved flere lejligheder. Lederen skulle desuden under en køretur være standset, have trukket hende ind til sig og have taget på hende. Ifølge kontorassistenten var der over en periode på 5 år mindst 20 episoder med sexchikane. Hun følte sig desuden udelukket fra sammenholdet på kontoret, mobbet og forhindret i at udføre sit arbejde. Da der ikke var overensstemmelse mellem kontorassistentens og arbejdsgiverens oplysninger i sagen, og da det ikke var muligt at få bevidnet de oplyste hændelser ad anden vej, blev der til sidst på Arbejdsskadestyrelsens anmodning afholdt indenretligt forhør af flere af sagens parter ved Kammeradvokaten. Det indenretlige forhør førte dog ikke til yderligere oplysninger, der kunne dokumentere hændelsesforløbet.

Et flertal i udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at kontorassistenten havde fået en uspecifik belastningsreaktion som følge af længerevarende sexchikane fra en leder på arbejdspladsen. Flertallet i udvalget lagde vægt på, at kontorassistenten havde oplyst om mange tilfælde af grænseoverskridende og krænkende sexchikane over tid, og at der var god overensstemmelse mellem disse oplysninger og udviklingen af psykisk sygdom. Herunder, at der ikke var fremtrukket forhold, der direkte talte imod kontorassistentens oplysninger, selv om de beskrevne hændelser ikke endeligt kunne dokumenteres. Et mindretal i udvalget fandt ikke, at de oplyste hændelser var tilstrækkeligt dokumenterede. Sagen blev anerkendt af Arbejdsskadestyrelsen, da et flertal i udvalget havde indstillet den til anerkendelse.

Ankestyrelsen ændrede Arbejdsskadestyrelsens afgørelse til afvisning. Ankestyrelsen lagde vægt på, at de oplyste hændelser med sexchikane ikke var tilstrækkeligt dokumenterede, da ingen på arbejdspladsen kunne bekræfte dem. Ankestyrelsen fandt det derfor ikke overvejende sandsynligt, at forhold på arbejdet havde medført den uspecifikke belastningsreaktion.

Yderligere information:

[Udredningsrapport om stress og psykiske sygdomme](#). Rapporten kan findes på www.ask.dk under Arbejdsskadestyrelsen, forskning og projekter

Ankestyrelsens principielle afgørelser om psykiske sygdomme kan ses på www.ast.dk

22.6.9. Andre sygdomme

Eksempel 1: Anerkendelse af toksisk hjerneskade (mangan og opløsningsmidler)

En mand arbejdede i over 20 år på Stålvalseværket. Arbejdet bestod i påføring af produktionsnumre med maling tilsat fortynder. Han indåndede dampe herfra, når han stod bøjet ind over de varme plader under påføringen. Derudover fjernede han numre med lakfjerner og skar plader til med skærebrænder, hvorved han blev udsat for manganholdigt støv. De første 10 år foregik arbejdet uden brug af maske. De sidste 4-5 år bestod hans arbejde i at tilsætte mangan til stål. Selvom han brugte maske, var han udsat for massiv støvpåvirkning, som trængte ind under masken. Han udviklede sidst i perioden hovedpine, træthed, glemsomhed og koncentrationsbesvær, og en neuropsykologisk undersøgelse viste en intellektuel funktionsforringelse af middelsvær grad, sandsynligvis på grund af en toksisk hjerneskade.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at den toksiske hjerneskade var forårsaget af arbejdet med opløsningsmidler og mangan igennem en længere årrække, da undersøgelser peger på en øget risiko for udvikling af toksisk hjerneskade efter udsættelse for disse stoffer. Der var endvidere ikke tale om en forværring af tilstanden efter arbejdets ophør, der kunne indikere andre årsager til sygdommen.

Eksempel 2: Anerkendelse af iskæmisk hjertesygdom/blodpropper i hjertet (buschauffør i 15 år)

En 57-årig buschauffør fik inden for kort tid 2 blodpropper i hjertet, og der blev ved efterfølgende undersøgelser registreret dårlig blodforsyning til hjertemuskulaturen (restiskæmi). Han fik en ballonudvidelse og fik stillet diagnosen hjertesygdom med tillukning af kranspulsblodårerne. Han havde været ikke-ryger, og der var ikke oplyst om væsentlige, andre private faktorer, der øgede risikoen for at udvikle en iskæmisk hjertesygdom. I 7 år op til symptomdebut havde han kørt som buschauffør i et selskab, hvor arbejdsforholdene var meget stressende. Der var dårlige arbejdsforhold med lange køretider og få pauser med manglende overholdelse af køreplanerne, der førte til vrede hos passagererne, som blev vendt mod ham. Der var desuden meget dårlig vedligeholdelse af busserne, der ofte brød sammen under arbejdet, pludselige ændringer i køreplanen med dårlig planlægning af vagter og pludselige chaufførskift i vagten. Endelig fik han undervejs nedsat sit opsigelsesvarsel fra 6 måneder til 14 dage. I en længere periode måtte han desuden stille sig op bag ved bussen, hvis han skulle tisse, fordi der ikke var toiletfaciliteter og desuden ikke tid i køreplanen til at opsoge et toilet under arbejdet.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at den iskæmiske hjertesygdom var opstået som følge af arbejdet. Udvalget lagde vægt på, at buschaufføren igennem mere end 5 år havde oplevet langvarige og vedvarende høje psykiske krav i arbejdet i kombination med en manglende støtte på arbejdspladsen, blandt andet i forbindelse med mindre vedligeholdelse af busserne, der derfor gik i stykker hele tiden, samt med manglende overholdelse af køreplanerne og vrede passagerer til følge. Derudover var han udsat for mange ændringer af køreplanerne, hvilket medførte dårlig arbejdsplanlægning med uhensigtsmæssige chaufførskift midt på linjens rute, samt stadigt længere vagter, hvor han skulle sidde i bussen uden pauser.

Eksempel 3: Anerkendelse af øjenbetændelse (afvaskning af hjul med kemiske midler)

En 59-årig kvinde arbejdede på en hjulfabrik, hvor hun i nogle måneder skulle affedte hjul manuelt. Hun anvendte til denne funktion et middel, der hedder Klemsol 112 og indeholder glycol, alkohol og methyl-2-pylor. Hun fik i forbindelse med dette arbejde en kraftig reaktion fra øjnene, og en arbejdsmedicinsk speciallæge stillede diagnosen forbigående øjenirritation (conjunctivitis purulenta tox.prof).

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at øjensygdommen skyldtes arbejdet. Udvalget lagde vægt på, at hun forud for sin øjensygdoms debut skulle afvaske og affedte en række fælge og hjul, og at hun anvendte en børste, som hun dyppede i et spand, der indeholdt Klemsol 112K opblandet i vand. Udvalget lagde særlig vægt på, at Klemsol 112K indeholder methyl-2-pylorridon, og at dette stof er lokalirriterende.

Eksempel 4: Anerkendelse af akut indsættende blindhed (konsulent på udviklingsprojekter)

En 38-årig mand arbejdede som konsulent for et ingeniørfirma på udviklingsprojekter i Etiopien igennem et år. Han var beskæftiget med at evaluere og overvåge et udviklingsprojekt i en provins, hvor han var udsat for dårlige sanitære forhold og primitiv madproduktion med manglende hygiejne, ligesom han ofte besøgte lokale sundhedsklinikker, hvor der forekom infektionstilstande. Området var desuden kendt for en øget risiko for udvikling af øjensygdomme, herunder tilfælde af akut blindhed. Han havde flere tilfælde af orm og infektioner med amøber og udviklede i slutningen af opholdet tiltagende synsgener, som over en kort periode udviklede sig til blindhed på begge øjne.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at blindheden var opstået som følge af arbejdet på et udviklingsprojekt i Etiopien, hvor konsulenten havde været udsat for dårlige sanitære forhold og dårlig madhygiejne, ligesom han havde haft tæt kontakt med personer med infektionstilstande og vira, der øgede risikoen for øjensygdomme og blindhed. Det indgik også, at området var kendt for øget risiko for akut opstået blindhed.

Eksempel 5: Anerkendelse af kronisk hepatitis C (sygehjælper udsat for patienters blod)

En 56-årig kvindelig sygehjælper oplevede tiltagende gener med diffuse smerter i led og muskler og blev testet positiv for hepatitis C antistof. Det fremgik af undersøgelserne, at hun aldrig havde været stofmisbruger, været bloddonor eller havde modtaget blodtransfusioner, ligesom hun ikke var tatoveret eller piercet. Hun havde arbejdet som sygehjælper på en fødeafdeling på et hospital i mange år og var i ½-1 år op til sygdommens start beskæftiget på et jordmodercenter. På fødegangen og barselsafdelingen havde hun assisteret ved fødsler og gynækologiske undersøgelser. Under fødslerne var det sommetider umuligt at undgå kontakt med blod og fostervand, og hun gjorde desuden rent og tog blodprøver fra moderkager og fosterstrengene efter fødslerne. Der blev her anvendt kanyler og nåle, hvor der var risiko for kontakt med blod, herunder for stænk i øjet. Hendes arbejdsgiver bekræftede, at hun havde været udsat for flere stikskader og desuden en episode, hvor hun blev oversprøjtet med blod i ansigt og øjne. Det var dog ikke muligt at tidsfastsætte hændelserne, ligesom det var uvist, om det var ved en af disse hændelser, at hun var blevet smittet med hepatitis C. Sagen kunne ikke anerkendes efter fortegnelsen, da der ikke kunne påvises en præcis smittekilde.

Udvalget fandt det overvejende sandsynligt, at sygehjælperens hepatitis C var opstået som følge af arbejdet med at assistere ved fødsler, hvor hun flere gange havde været i tæt kontakt med blod under fødslerne og tillige havde stukket sig på kanyler.

Eksempel 6: Afvisning af hudkløe (udstationering til Kuwait/Irak med brug af malariamedicin)

En 38-årig mandlig ansat i Forsvaret var igennem 2 perioder på cirka ½ år hver udstationeret i Kuwait og Irak. Under opholdene udviklede han kløe og rødligt udslæt på brystet, som forværredes ved ophold i solen. Det fremgik, at han tog malariaforebyggende medicin i form af klorokinfosfat, men at han ophørte med dette, da hudsygdommen blev forværret. En speciallæge i hudsygdomme fandt nogle år efter udstationeringerne, at huden var let fortykket på brystet (hyperkeratose), og at han havde hudirritation (dermal inflammation), men forandringerne kunne ikke diagnosticeres mere specifikt, og huden var nogle år efter atter normal.

Udvalget fandt det ikke overvejende sandsynligt, at hudgenerne med kløe var forårsaget af de 2 udstationeringer i Kuwait og Irak. Årsagen var, at der ikke kunne peges på en sandsynlig sammenhæng mellem hudkløen og særlige påvirkninger under udstationeringerne. Det var heller ikke medicinsk set overvejende sandsynligt, at der var en sammenhæng mellem brug af klorokinfosfat og de beskrevne hudgener.

Yderligere information:

Se også vejledningen afsnit 21.17 om medicinsk dokumentation for forskellige sygdomme uden for fortegnelsen.

Arbejdsskadestyrelsens praksis på forskellige områder kan ses på <http://www.ask.dk/sw5334.asp>

Ankestyrelsens principielle afgørelser kan ses på www.ast.dk

22.7. Om Erhvervssygdomsudvalget¹

Erhvervssygdomsudvalget er nedsat af beskæftigelsesministeren, der udnævner udvalgets formand samt 8 medlemmer (der udpeges for 3 år ad gangen). Dertil kommer stedfortrædere for medlemmerne.

Formanden udnævnes efter indstilling fra Arbejdsskadestyrelsen. De 8 medlemmer og stedfortrædere udpeges af følgende parter med angivelse af antal medlemmer i parentes: Sundhedsstyrelsen (1), Arbejdstilsynet (1), De Offentlige Arbejdsgivere (1), Funktionærernes og Tjenestemændenes Fællesråd (1), Dansk Arbejdsgiverforening (2), Landsorganisationen i Danmark (2).

Erhvervssygdomsudvalget afgiver **vejledende udtalelser** til Arbejdsskadestyrelsen om

- 1) Revision af fortegnelse over erhvervssygdomme (lovens § 7, stk. 1, nr. 1, 3. pkt.)
- 2) Afgørelse af tilfælde anmeldt til Arbejdsskadestyrelsen efter lovens § 7, stk. 1, nr. 2, 1. og 2. led

Arbejdsskadestyrelsen kan i øvrigt indhente vejledende udtalelser om erhvervssygdomsspørgsmål fra udvalget. Udvalget kan tillige indkalde særlige sagkyndige til som rådgivere at deltage i møderne.

¹ For mere detaljerede oplysninger om udvalgets grundlag henvises til [Bekendtgørelse nr. 935 af 26. november 2003 om Forretningsorden for Erhvervssygdomsudvalget](#)

Erhvervssygdomsudvalget er beslutningsdygtigt, når formanden og mindst et medlem, udpeget af hver af arbejdsgiver-/arbejdstagerorganisationerne, og et af de øvrige medlemmer er til stede. Derudover gælder blandt andet regler for inhabilitet, der betyder, at et medlem af udvalget ikke kan deltage i behandling af sager, som medlemmet har en særlig tilknytning til eller interesse i.

I praksis mødes udvalget for at tage stilling til konkrete sager om erhvervssygdomme mindst 1 gang månedligt, ofte hyppigere. Dertil kommer løbende møder om principielle drøftelser af forskellige erhvervssygdomsområder og om revision af fortegnelsen, der skal finde sted mindst hvert andet år.

Der udarbejdes referat af udvalgets principielle møder og protokol over sagsmøderne. Arbejdsskadestyrelsen varetager sekretariatsfunktionerne for udvalget, herunder ved at skrive foreløbige udkast til udvalgets indstillinger i konkrete sager, som efterfølgende drøftes i udvalget.

Se mere om Erhvervssygdomsudvalget og udvalgets arbejde på Arbejdsskadestyrelsens hjemmeside www.ask.dk under Erhvervssygdomsudvalget [her](#).

23. Medicinsk dokumentation (bilag 1)

23.1. Generelle betingelser

Med lov nr. 422 af 10. juni 2003 om arbejdsskadesikring med senere ændringer er der indført et nyt erhvervssygdomsbegreb, der gælder for sygdomme, der anmeldes 1. januar 2005 eller senere.

Betingelserne for optagelse af sygdomme på fortegnelsen over erhvervssygdomme justeres fra det hidtidige krav om ”medicinsk og teknisk erfaring” til et krav om ”medicinsk dokumentation”. Der er herved tilsigtet en udvidelse og lempelse af de gældende regler for optagelse af sygdomme og påvirkninger på fortegnelsen over erhvervssygdomme.

For fortegnelsen for sygdomme anmeldt før 1. januar 2005 gælder fortsat det tidligere erhvervssygdomsbegreb, hvor der stilles krav om medicinsk og teknisk erfaring i henhold til 1992-loven med senere ændringer.

Ved at anvende formuleringen ”medicinsk dokumentation” åbnes mulighed for at supplere de tilfælde, hvor der ikke eksisterer ”fuldt videnskabeligt bevis” om en årsagssammenhæng mellem en påvirkning og sygdom, med den viden, der rent faktisk findes eller skaffes på området.

Herved lempes kravet til bevis for årsagssammenhængen mellem påvirkninger og sygdom.

Ved ”medicinsk dokumentation” forstås, at følgende er opfyldt:

1. En biologisk naturlig og logisk forklaring på sygdommen
2. En påvirkning, der må have en karakter og et omfang, der gør sygdommen sandsynlig
3. En sammenhæng mellem påvirkning og sygdom, eksempelvis at øget påvirkning giver øget sværhedsgrad af sygdommen
4. Undersøgelser om udbredelser i befolkningen, der bekræfter en sammenhæng
5. Overbevisende rapportering af tilfælde, der er konstateret ved lægeundersøgelse
6. En betydelig overhyppighed af sygdommen blandt personer, der er udsat for denne påvirkning, i forhold til personer, der ikke er udsat

Ad 1.

En biologisk naturlig og logisk forklaring på sygdommen vil sige, at det ud fra en lægelig viden kan forklares, at en sygdom kan opstå efter en given påvirkning.

Som eksempel kan nævnes, at det er medicinsk forklarligt, at man kan få en tennisalbue ved at foretage drejninger af underarmen mod en modstand. Det er betydeligt vanskeligere at føre det egentlige videnskabelige bevis for den biologiske årsag til sygdommen.

Ad 2.

En påvirkning, der må have en karakter og et omfang, der gør sygdommen sandsynlig, betyder, at der skal være en logisk sammenhæng mellem, hvor syg man kan blive, og hvilken sygdom der kan være tale om i forbindelse med en given påvirkning.

Som eksempel kan nævnes, at man ved belastning af en arm kan få smerter i armen, men at man ikke samtidig kan få blindtarmsbetændelse ud fra den givne belastning.

Ad 3.

En sammenhæng mellem påvirkning og sygdom, eksempelvis at øget påvirkning giver øget sværhedsgrad af sygdommen, vil sige, at jo større påvirkninger, jo sværere og flere symptomer vil man få.

Som eksempel kan nævnes, at tobaksrygning kan medføre lungekræft. Ved øget rygning øges risiko for lungekræft, og jo mere man ryger, jo mere øges risikoen for lungekræft.

Ad 4.

Undersøgelser om udbredelser i befolkningen, der bekræfter en sammenhæng, vil sige, at det kendes fra "det virkelige liv", at personer, der er udsat for denne påvirkning, også får sygdommen. De arbejdsmedicinske klinikker udfører denne type undersøgelser.

Ad 5.

Overbevisende rapportering af tilfælde, der er konstateret ved lægeundersøgelse, vil sige, at læger, som undersøger patienter med denne eksposition, også finder, at de har denne sygdom.

Som eksempel kan nævnes, at læger, der undersøger patienter, som klager over rygsmerter efter hårdt rygbelastende arbejde, også finder, at der er smerter og nedsat bevægelighed i ryggen.

Ad 6.

En betydelig overhyppighed af sygdommen blandt personer, der er udsat for denne påvirkning, i forhold til personer, der ikke er udsat.

Mange sygdomme er udbredt i befolkningen, uanset erhverv. Det er velkendt, at alle kan få ondt i ryggen, og at mange har det hyppigt. Vi ved fra flere undersøgelser, at store dele af befolkningen har ondt flere gange om året, uanset arbejdet (eksempelvis fra "Lønmodtagerundersøgelsen fra AMI").

Derfor skal der hos dem, hvor årsagen formodes at være arbejdsbetinget, være en betydelig overhyppighed i forhold til "den normale befolkning".

Som udgangspunkt skal alle ovenstående betingelser være opfyldt. Ved den konkrete vurdering af, om en sygdom kan optages på fortegnelsen over erhvervssygdomme, kan de enkelte betingelser tillægges forskellig vægt.

Dokumentationen skal være underbygget ved undersøgelser, gennemført af anerkendte medicinsk sagkyndige, på et antal tilfælde, der viser en sammenhæng mellem påvirkning og sygdom.

Sygdomme på fortegnelsen

23.2. Støjbetinget hørenedsættelse

Arbejdsbetinget hørenedsættelse som følge af udsættelse for støj (ICD-10 H83.3) opfylder kravene til medicinsk dokumentation på følgende måde.

1. En biologisk naturlig og logisk forklaring på hørenedsættelse som følge af støj

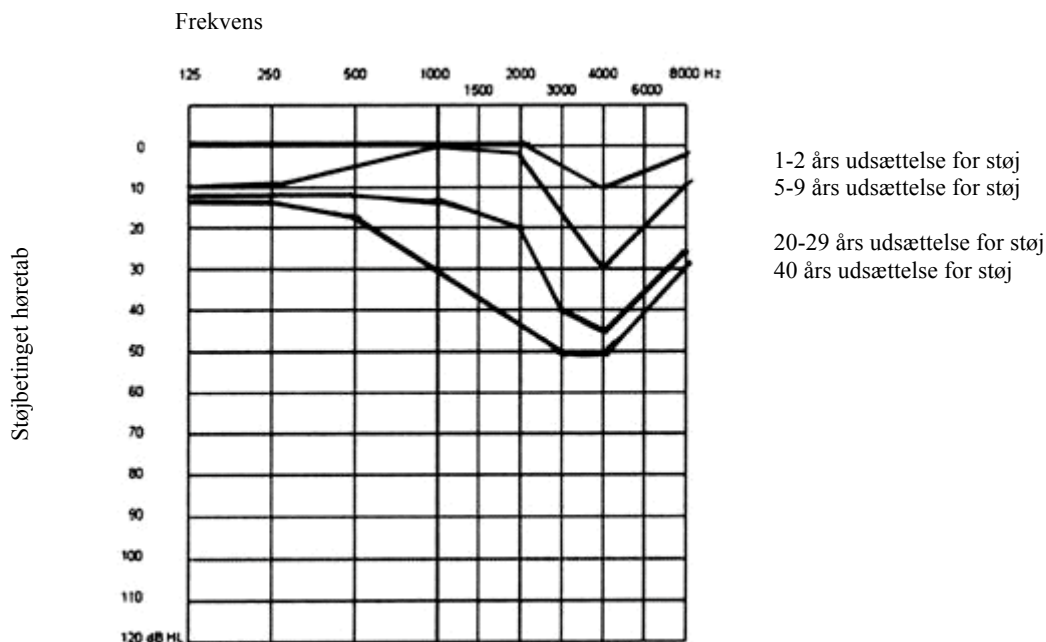
Lyd er energi transmitteret gennem ændringer i lufttrykket på en given frekvens. Gennem det ydre øre og mellemøre forplantes energien til væskestrømme i det indre øre, cochlea, hvor hårceller omformer væskestrømmene til nerveimpulser. Ved fødslen har man cirka 30.000 hårceller i cochlea. Hårcellerne kan ikke regenereres ved skader, og det fremstår naturligt og logisk, at støjpåvirkning kan medføre skader.

2. En påvirkning, der må have en karakter og et omfang, der gør sygdommen sandsynlig

Det er lægeligt set veldokumenteret, at påvirkning af kraftig støj medfører høreskader. Skader er konkret dokumenteret ved, at personer, der har været udsat for støj på arbejdspladsen, over tid har udviklet høreskader dokumenteret ved audiogrammer, hvor høretærsklerne afviger fra normale, alderssvarende høretærskler. Høreskader er yderligere dokumenteret ved sammenligninger af risikogrupper med normalgrupper.

3. En sammenhæng mellem påvirkning og sygdom, eksempelvis at øget påvirkning giver øget sværhedsgrad af sygdommen

Hørenedsættelse renset for aldersforandringer:



Bemærk, at kurverne har maksimalt høretab ved cirka 4.000 Hz, det såkaldte dip.

Figuren illustrerer støjbettinget hørenedsættelse renset for aldersforandringer. Den øgede udsættelse for støj forværrer hørenedsættelsen.

4. Undersøgelser om udbredelser i befolkningen, der bekræfter en sammenhæng

Generelle undersøgelser har afdækket høretærskler for normalgruppen på alle alderstrin. Ved undersøgelser af personer i risikogrupper ses forskelle i forhold til alderssvarende normalhørelse hos en større gruppe.

5. Overbevisende rapportering af tilfælde, der er konstateret ved lægeundersøgelse

Periodiske undersøgelser af alle i risikogrupper har været almindelige i en lang årrække, og der er derfor overbevisende rapportering.

6. En betydelig overhyppighed af sygdommen blandt personer, der er udsat for denne påvirkning, i forhold til personer, der ikke er udsat

Ved ovennævnte undersøgelser er der fundet høretærskler, der afviger fra normalhøretærskler, og karakteren af den individuelle, støjbettingede hørenedsættelse er medicinsk klarlagt.

Samlet vurdering

En gennemgang af litteraturen viser, at kravene til medicinsk dokumentation er helt eller delvist opfyldt for

sygdommen: Støjbetinget hørenedsættelse

som følge af

påvirkningen: Kraftig støj gennem flere år

Der skal endvidere være tidsmæssig sammenhæng mellem påvirkningen og sygdommen.

23.3. Kronisk lænderygsygdom

Kronisk lænderygsygdom opfylder lovens krav til medicinsk dokumentation på følgende måde:

- Det er ikke fuldt biologisk forklaret, hvordan arbejdsmæssige belastninger i form af løft af genstande og personhåndteringer, i modsætning til udsættelse for helkropsvibrationer, kan medføre kronisk lænderygsygdom. Det forekommer dog biologisk naturligt og logisk, at meget svære kraftpåvirkninger, som for eksempel tungt løftarbejde igennem en længere årrække eller tungere personhåndteringer, kan medføre en belastningsskade af disci, ledbånd og muskulatur i lænden og dermed give anledning til kroniske smerter.
- Der foreligger i litteraturen undersøgelser i forskellige beskæftigelsesgrupper, der bekræfter en overhyppighed af kroniske lænderygsmerter ved udsættelse for tungt løftarbejde, hyppige personløft og vedvarende udsættelse for helkropsvibrationer (blandt andet fiskerierhverv, plejesektoren).
- Det er ikke ud fra den medicinske litteratur på området muligt at finde klare holdepunkter for, hvilket omfang og hvilken varighed af løft, træk opad og personhåndtering der er tilstrækkelig til at medføre udvikling af kroniske lænderygsmerter, i modsætning til arbejde med udsættelse for helkropsvibrationer, hvor der foreligger god dokumentation for en sammenhæng mellem omfang og varighed af udsættelse og øget sygdomsforekomst. Der er dog i litteraturen holdepunkter for, at større påvirkninger og længere tids beskæftigelse med løft/træk opad, personhåndtering og udsættelse for helkropsvibrationer medfører, at flere personer (i %) udvikler kroniske lænderygsmerter.
- Arbejde med løft af genstande, herunder tunge enkeltløft, samt arbejde med personhåndtering opfylder således kun delvist og i mindre omfang kravene til medicinsk dokumentation efter loven, i modsætning til arbejde med udsættelse for helkropsvibrationer, hvor kravene til god medicinsk dokumentation indfries.
- Derfor tages der ved optagelsen af lænderygsygdomme på den ny fortegnelse af 1. januar 2005 samlet set udgangspunkt i Erhvervs sygdomsudvalgets mangeårige tekniske erfaring, det vil sige udvalgets viden og praksis på området for vurdering og anerkendelse af sammenhænge mellem løftarbejde eller personhåndtering og lænderygsygdomme, i betydningen teknisk dokumentation. Der henvises til, at lænderygsygdom som følge af løftarbejde med løft af tunge eller ekstremt tunge enkeltløft har været optaget på

fortegnelsen fra 17. juli 1999, samt til, at belastninger ved plejearbejde blev optaget på fortegnelsen den 1. juni 2001. Optagelsen fandt sted på baggrund af Erhvervssygdomsudvalgets tekniske viden og erfaring. Helkropsvibrationer blev optaget på fortegnelsen den 1. december 2002 på baggrund af den medicinske og tekniske erfaring på området.

Samlet vurdering af den medicinske dokumentation

Det er samlet set vurderet, at lovens kriterier for optagelse på den nye fortegnelse er opfyldt for

sygdommen: Kronisk lænderygsygdom med smerter

som følge af

påvirkningerne:

- a. Rygbelastende løftearbejde med løft/træk opad af tunge genstande og en samlet daglig løftebelastning på mange tons i en længere årrække *eller*
- b. Rygbelastende løftearbejde med almindeligt forekommende, ekstremt tunge og akavede enkeltløft og en samlet daglig løftebelastning på flere tons i en længere årrække *eller*
- c. Rygbelastende plejearbejde med mange daglige håndteringer af voksne eller større handicappede børn i en længere årrække *eller*
- d. Rygbelastende daglig udsættelse for helkropsvibrationer fra kraftigt vibrerende køretøjer i en længere årrække

Der skal tillige være god tidsmæssig sammenhæng mellem påvirkning og sygdommens opståen.

23.4. Kroniske nakke-skuldersmerter

Sammenhæng mellem arbejdsmæssige belastninger (eksklusive computerarbejde) og kroniske smerter i nakke-skulderåget (cervikobrakialt syndrom (ICD-10 M53.1))

Optagelse af kroniske nakke-skuldersmerter på fortegnelsen over erhvervssygdomme anmeldt fra 1. januar 2005 tager afsæt i en udredning af den medicinske dokumentation i et referencedokument (review) om kroniske nakke-skuldersmerter, der er blevet drøftet i Erhvervssygdomsudvalget i februar 2007.

Referencedokumentet er udarbejdet af Dr. Keith Palmer og Dr. Julia Smedley, Southampton MCR Environmental Epidemiology Unit, Southampton General Hospital, England: "Chronic pain with physical findings in the neck-shoulder girdle and exposures in the workplace: A systematic review".

Dokumentet gennemgår den internationale medicinske forskningslitteratur om mulige sammenhænge mellem arbejdsmæssige belastninger (eksklusive computerarbejde) og kroniske smerter i nakke-skulderåget (cervikobrakialt syndrom).

Opgaven og dens konklusioner er bedømt og godkendt af to uafhængige eksperter på området (professor Peter Croft, Keele University, England, og professor Eira Viikari-Juntura, Finnish Institute of

Occupational Health, Finland), og den videnskabelig komité under Dansk Selskab for Arbejds- og Miljømedicin (DASAM).

Der er enighed mellem forfatterne, reviewerne og komiteen om dokumentets konklusioner og de præmisser, der ligger til grund herfor.

Referencedokumentets samlede vurdering:

Den samlede vurdering af graden af evidens for en sammenhæng mellem arbejdsmæssige belastninger (eksklusivt computerarbejde) og kroniske smerter i nakke-skulderåget (cervikobrakialt syndrom) er således:

Belastning	Kroniske smerter i nakke-skulderåget (cervikobrakialt syndrom)
A) Gentagne skulderbevægelser (>15 skulderbevægelser/minut)	++ (Moderat evidens)
B) Gentagne skulderbevægelser (>15 skulderbevægelser/minut) med nakkebøjning	++ (Moderat evidens)
C) Gentagne skulderbevægelser (>15 skulderbevægelser/minut) med nakkebøjning og statisk belastning af nakke-skulderågets muskulatur	++ (Moderat evidens)

Referencedokumentets øvrige konklusioner er blandt andet :

Belastning	Kroniske smerter i nakke-skulderåget (cervikobrakialt syndrom)
Nakkebøjning uden gentagne skulderbevægelser	+ (Begrænset evidens)
Statisk belastning af nakke-skulderågets muskulatur uden gentagne skulderbevægelser	+ (Begrænset evidens)
Kraftfuldt arbejde	+ (Begrænset evidens)
Præcisionsarbejde	0 (Utilstrækkelig evidens)
Løft/manuel håndtering	0 (Utilstrækkelig evidens)
Stor fysisk arbejdsbelastning	0 (Utilstrækkelig evidens)

Kønssforskellenes betydning:

Der er utilstrækkelige data og evidens til at vurdere, om risikoen for at udvikle kroniske smerter i nakke-skulderåget (cervikobrakialt syndrom) som følge af arbejde er forskellig for mænd og kvinder, hvis de er udsat for en tilsvarende belastning.

Arbejdsskadestyrelsens og Erhvervssygdomsudvalgets vurdering

Sygdommen kroniske smerter i nakke-skulderåget (cervikobrakialt syndrom) efter:

- Hurtigt gentagne bevægelser i skulder/overarm, eventuelt i kombination med nakkebøjning og/eller statisk belastning af nakke-skulderåget, i en længere årrække

opfylder kravene til medicinsk dokumentation på følgende måde:

1. En biologisk naturlig og logisk forklaring på sygdommen

Det er ikke fuldt biologisk forklaret, hvordan arbejdsmæssige belastninger kan medføre kroniske smerter i nakke-skulderåget (cervikobrakialt syndrom). Det forekommer dog biologisk naturligt og logisk, at påvirkninger, som belaster musklerne i nakke-skulderåget med hurtigt gentagne bevægelser i skulder/overarm, eventuelt i kombination med nakkebøjning og/eller statisk belastning af nakke-skulderåget, i en længere årrække, kan medføre kroniske smerter i nakke-skulderåget (cervikobrakialt syndrom)

2. En påvirkning, der må have en karakter og et omfang, der gør sygdommen sandsynlig

Det er lægeligt set sandsynligt, at en påvirkning, der kan karakteriseres som belastende for nakke-skulderågets muskulatur i en lang årrække, kan medføre kroniske nakke-skuldersmerter.

3. En sammenhæng mellem påvirkning og sygdom, eksempelvis at øget påvirkning giver øget sværhedsgrad af sygdommen

Der synes at være en vis dosis-respons-sammenhæng, idet risikoen ved gentagelser (>15 skulderbevægelser i minuttet) blev signifikant forøget ($P < 0,05$).

4. Undersøgelser om udbredelser i befolkningen, der bekræfter en sammenhæng

Kroniske nakke-skuldersmerter er almindelige i befolkningen, hvor sygdommen ofte har et periodevist tilbagevendende forløb. Litteraturen viser flere steder, at belastning af musklerne i nakke-skulderåget med hurtigt gentagne bevægelser i skulder/overarm, eventuelt i kombination med nakkebøjning og/eller statisk belastning af nakke-skulderåget, i en længere årrække, kan medføre kroniske smerter i nakke-skulderåget (cervikobrakialt syndrom).

5. Overbevisende rapportering af tilfælde, der er konstateret ved lægeundersøgelse

En række undersøgelser i de videnskabelige artikler om arbejdsbetingede kroniske nakke-skuldersmerter bygger på:

- Den tilskadekomnes subjektive klager (symptomer)
- En klinisk objektiv undersøgelse

6. En betydelig overhyppighed af sygdommen blandt personer, der er udsat for denne påvirkning, i forhold til befolkningen i almindelighed

Kroniske nakke-skuldersmerter er meget almindelige i befolkningen.

Prævalensen (hyppigheden af sygdommen på et bestemt tidspunkt): tallet opnås ved at dividere antallet af syge personer med det antal personer, som optællingen er foretaget blandt, inklusive de syge) stiger med stigende alder, uanset erhverv.

Hyppigheden er positivt korreleret med alder, køn (kvinder), rygning, overvægt, lokale skader, lavt uddannelsesniveau, alment dårligt helbred og arbejdsløshed.

I litteraturen beskrives der en overhyppighed relateret til arbejde med gentagne bevægelser. Relative risici (RR) $\geq 1,7$ ($P < 0,05$) blev rapporteret i 11 af de 14 undersøgelser. De 2 undersøgelser, der havde den højeste kvalitet, pegede begge på $RR \geq 1,8$ med eksponerings-responssammenhænge for hurtigt gentagne skulderbevægelser, og de 2 undersøgelser, der havde den næsthøjeste kvalitet, var ligeledes positive. Det er usandsynligt, at dette mønster af konsistente iagttagelser er opstået tilfældigt eller på grund af confounding*. Den bedste vurdering af en tærskelværdi er >15 skulderbevægelser/minut.

* Et analytisk epidemiologisk studie vil altid rejse spørgsmålet om, hvorvidt en funden sammenhæng mellem en formodet sygdomsårsag og sygdomsrisiko snarere skyldes en anden reel sygdomsårsag, som optræder hyppigere i den udsatte gruppe end i gruppen, som ikke er udsat.

Samlet vurdering

En gennemgang af litteraturen viser, at kravene til medicinsk dokumentation er helt eller delvist opfyldt for

sygdommen: Kroniske smerter i nakke-skulderåget (cervikobrakialt syndrom)

som følge af: Hurtigt gentagne bevægelser i skulder/overarm, eventuelt i kombination med nakkebøjning og/eller statisk belastning af nakke-skulderåget, i en længere årrække.

Der skal tillige være god tidsmæssig sammenhæng mellem påvirkningen og sygdommens opståen.

Yderligere information:

[Referencedokument \(udredningsrapport\) om kroniske nakke-skuldersmerter og påvirkninger på arbejdet](#)

[Udredningsrapport om sammenhænge mellem pc-arbejde og sygdomme i arm, skulder og nakke](#)

Udredningsrapporterne kan findes på www.ask.dk under Arbejdsskadestyrelsen, forskning og projekter.

23.5. Slidgigt i begge hofter

Erhvervssygdomsudvalget og Arbejdsskadestyrelsen har på 2 møder i 2006 drøftet et referencedokument om slidgigt i hofter og knæled i forbindelse med tungt løftarbejde, trappegang/stigegang og knæliggende/hugsiddende arbejde i kombination med tunge løft.

Opgaven med at udfærdige referencedokumentet blev bestilt af Arbejdsskadestyrelsen efter Erhvervssygdomsudvalgets ønske om yderligere udredning af mulige årsagssammenhænge på området.

Referencedokumentet er udarbejdet af overlæge, ph.d. Lilli Kirkeskov Jensen, Arbejdsmedicinsk afdeling, Viborg Sygehus ("Osteoarthritis in the hip and knee". Influence of work with heavy lifting, climbing stairs or ladders, or combining kneeling/squatting with heavy lifting, januar 2006).

Dokumentet gennemgår den internationale medicinske forskningslitteratur om mulige sammenhænge mellem slidgigt i hoften og forskellige belastninger på arbejdet. Opgaven og dens konklusioner er bedømt og godkendt af to uafhængige eksperter på området og en videnskabelig komité under Dansk Selskab for Arbejds- og Miljømedicin (DASAM).

Referencedokumentet kan ses på vores hjemmeside.

Referencedokumentets samlede vurdering:

Den samlede vurdering af graden af evidens for en sammenhæng mellem slidgigt i hofte ved tungt løftarbejde, ved tungt løftarbejde kombineret med knæliggende/hugsiddende arbejde og ved stige-/trappegang er således:

Belastning	Slidgigt i hofteled
Tungt løftarbejde	++ (+) (Moderat til stærk evidens)
Tunge løft og knæliggende/hugsiddende arbejde	0 (Utilstrækkelig evidens)
Stige-/trappegang	0 (Utilstrækkelig evidens)

Referencedokumentets øvrige konklusioner:

Tungt løftarbejde og slidgigt i hofteled:

- Der er *moderat til stærk evidens* (++) for en årsagsmæssig sammenhæng mellem tungt løftarbejde og slidgigt i hofteled
- Der er *ikke* en fast evidensbaseret definition af, hvad man skal forstå ved ”tungt løftarbejde” som risikofaktor for udvikling af slidgigt i hofteled
- Der er *ikke* tilstrækkelige data om følgefaktorer til fuldt ud at karakterisere eksponerings-responsrelationen:
 - hyppigheden (antal gange per dag)
 - varigheden (antal år)
 - vægten af det enkelte løft (antal kilo)

Tunge løft og knæliggende/hugsiddende arbejde og slidgigt i hofteled:

- Der er *utilstrækkelig evidens* (0) for en årsagsmæssig sammenhæng mellem tunge løft og knæliggende/hugsiddende arbejde og slidgigt i hofteled

Stige-/trappegang og slidgigt i hofteled:

- Der er *utilstrækkelig evidens* (0) for en årsagsmæssig sammenhæng mellem stige-/trappegang og udviklingen af slidgigt i hofteled

Kønssforskellenes betydning:

Der er utilstrækkelige data og utilstrækkelig evidens til at vurdere, om risikoen for at udvikle slidgigt i hofteled som følge af arbejde er forskellig for mænd og kvinder, hvis de er udsat for en tilsvarende belastning.

Arbejdsskadestyrelsens og Erhvervssygdomsudvalgets vurdering

Slidgigt i begge hofter efter hoftebelastende tungt løftarbejde

Sygdommen slidgigt i begge hofter efter hoftebelastende løftarbejde med mange tunge enkeltløft og en samlet daglig løftebelastning på flere tons i en lang årrække opfylder kravene til medicinsk dokumentation på følgende måde:

1. En biologisk naturlig og logisk forklaring på sygdommen

Det er ikke fuldt biologisk forklaret, hvordan arbejdsmæssige belastninger kan medføre slidgigt i hofterne. Det forekommer dog biologisk naturligt og logisk, at meget svære påvirkninger, som hoftebelastende løftarbejde med mange tunge enkeltløft og en samlet daglig løftebelastning på flere tons i en lang årrække, kan medføre forandringer i slimhinden og brusken i hofterne.

Sygdommen slidgigt er en degenerativ ledsygdom, som angriber slimhinden (synovialis) i ”ægte” led og karakteriseres af 2 principielle forandringer:

- Progressivt tab af ledbrusk
- Sekundær proliferativ knogledannelse i subchondral knogle (subchondral sklerosering) og langs leddene (osteofytter)

Osteoartrose er således karakteriseret af:

- Brusknedbrydning
- Knogleremodulering
- Periodevis lettere grader af slimhindeinflammation (hævelse af slimhinde)

Osteoartrose klassificeres traditionelt i:

- En primær (idiopatisk) form uden kendte ætiologiske faktorer
- En sekundær form med lokale eller systematiske, ætiologiske (disponerende) faktorer

Grænsen mellem primær og sekundær osteoartrose (slidgigt) er ofte uklar, og slidgigt bør betragtes som en sygdom forårsaget af flere faktorer (for eksempel arv, køn, vægt, arbejde, alder og lignende), strækkende sig fra gigt i enkeltled og slidgigt induceret ved mekaniske påvirkninger til slidgigt i flere led forårsaget af biokemiske forhold med forskellige kliniske præsentationsformer.

2. En påvirkning, der må have en karakter og et omfang, der gør sygdommen sandsynlig

Det er lægeligt set sandsynligt, at en påvirkning, der kan karakteriseres som hoftebelastende løftarbejde med mange tunge enkeltløft og en samlet daglig løftebelastning på flere tons i en lang årrække, kan medføre slidgigt i hofterne.

3. En sammenhæng mellem påvirkning og sygdom, eksempelvis at øget påvirkning giver øget sværhedsgrad af sygdommen

Der synes at være en vis dosis-respons-sammenhæng, idet større påvirkninger og længere tids beskæftigelse medfører, at flere personer (i procent) udvikler slidgigt i hofterne.

4. Undersøgelser om udbredelser i befolkningen, der bekræfter en sammenhæng

Litteraturen, der omfatter mange undersøgelser i forskellige beskæftigelsesgrupper, viser flere steder en sammenhæng i befolkningen mellem personer, der udsættes for hoftebelastende løftarbejde med mange tunge enkeltløft og en samlet daglig løftebelastning på flere tons i en lang årrække, og udvikling af slidgigt i hofterne.

5. Overbevisende rapportering af tilfælde, der er konstateret ved lægeundersøgelse

En række undersøgelser i de videnskabelige artikler, som drejer sig om slidgigt i hofteleddene, bygger på:

- Den tilskadedekomnes subjektive klager (symptomer)
- En klinisk objektiv undersøgelse
- I mange tilfælde også supplerende røntgenbilleder af hofteleddene. Diagnosen kan eventuelt suppleres med MR-skanning eller CT-skanning

6. En betydelig overhyppighed af sygdommen blandt personer, der er udsat for denne påvirkning, i forhold til befolkningen i almindelighed

Slidgigt i hofteleddene er den hyppigste form for slidgigt i befolkningen.

Prævalensen (hyppigheden af sygdommen på et bestemt tidspunkt): tallet opnås ved at dividere antallet af syge personer med det antal personer, som optællingen er foretaget blandt, inklusive de syge) stiger med stigende alder, uanset erhverv.

Hyppigheden er positivt korreleret med overvægt, medfødte hoftesygdomme, traumer og følger efter brud i og omkring hofteleddene.

I litteraturen beskrives der en overhyppighed hos personer, der er beskæftiget med hoftebelastende løftarbejde med mange tunge enkeltløft og en samlet daglig løftebelastning på flere tons i en lang årrække, og udvikling af slidgigt i hofteleddene.

Der skal tillige være god tidsmæssig sammenhæng mellem påvirkningen og sygdommens opståen.

Samlet vurdering

En gennemgang af litteraturen viser, at kravene til medicinsk dokumentation er helt eller delvist opfyldt for

sygdommen: Slidgigt i hofteleddene

som følge af

påvirkningen: Hoftebelastende løftarbejde med mange tunge enkeltløft og en samlet daglig løftebelastning på flere tons i en lang årrække.

Der skal tillige være god tidsmæssig sammenhæng mellem påvirkningen og sygdommens opståen.

Yderligere information:

[Referencedokument \(udredningsrapport\) om slidgigt i hofter og knæ og forskellige påvirkninger på arbejdet](#)

Udredningsrapporten findes på www.ask.dk under Arbejdsskadestyrelsen, forskning og projekter.

23.6. Hånd og underarm

Sygdommene i hånd og underarm opfylder kravene til medicinsk dokumentation på følgende måde:

1. En biologisk naturlig og logisk forklaring på sygdommen

På hånden og flere steder på underarmen er senerne omgivet af seneskeder. Disse seneskeder indeholder ganske få dråber væske. Formålet med disse seneskeder og væsken i disse er at nedsætte gnidningsmodstanden, når senerne bevæges.

Der er ikke fuldstændig forståelse af den biologiske forklaring på de tilgrundliggende årsager til sygdommen, men det er en udbredt opfattelse, at belastning og fejlbelastning af muskler og sener kan medføre betændelseslignende forandringer i vævet. I seneskederne kan den akutte irritationstilstand medføre en øget mængde væske i seneskederne (og dermed hævelse), udfældning af ”trevler” (fibrin, som giver en knitrende fornemmelse og eventuelt lyd), øget blodtilførsel (rødme og varme) samt smerter.

2. En påvirkning, der må have en karakter og et omfang, der gør sygdommen sandsynlig

Det er lægeligt set dokumenteret, at en påvirkning, der kan karakteriseres som kraftfulde og repetitive (gentagne) arbejdsbevægelser, eventuelt i kombination med en yderligere belastning som følge af håndens/håndleddets stilling under arbejdet, kan medføre tendovaginitis, tendinitis og peritendinitis. Der skal være god tidsmæssig sammenhæng mellem belastningen og symptomernes opståen.

3. En sammenhæng mellem påvirkning og sygdom, eksempelvis at øget påvirkning giver øget sværhedsgrad af sygdommen

Der synes at være en vis dosis-respons-sammenhæng, idet større påvirkninger medfører, at flere personer (i procent) udvikler tendovaginitis, tendinitis og peritendinitis.

4. Undersøgelser om udbredelser i befolkningen, der bekræfter en sammenhæng

Litteraturen, der omfatter mange undersøgelser i forskellige befolkningsgrupper, bekræfter en vis sammenhæng mellem udsættelse for kraftfulde og repetitive arbejdsbevægelser, eventuelt i kombination med en yderligere belastning som følge af håndens/håndleddets stilling under arbejdet, og udvikling af tendovaginitis, tendinitis og peritendinitis.

5. Overbevisende rapportering af tilfælde, der er konstateret ved lægeundersøgelse

De fleste undersøgelser i de videnskabelige artikler, som drejer sig om kraftfulde og repetitive (gentagne) arbejdsbevægelser, eventuelt i kombination med en yderligere belastning som følge af håndens/håndleddets stilling under arbejdet, bygger på:

- Den tilskadekomnes subjektive klager (symptomer)
- En klinisk objektiv undersøgelse

6. En betydelig overhyppighed af sygdommen blandt personer, der er udsat for denne påvirkning, i forhold til befolkningen i almindelighed

Klager over smerter i underarmen forekommer hyppigt i befolkningen i almindelighed, uanset erhverv. Hos personer, der er beskæftiget med kraftfulde og repetitive (gentagne) arbejdsbevægelser, eventuelt i kombination med en yderligere belastning som følge af håndens/håndleddets stilling under arbejdet, beskrives der de fleste steder i litteraturen en overhyppighed.

Samlet vurdering af den medicinske dokumentation

En gennemgang af litteraturen viser, at kravene til medicinsk dokumentation er helt eller delvist opfyldt for

sygdommene: Tendovaginitis, tendinitis og peritendinitis

som følge af

påvirkningen: Kraftfulde og repetitive (gentagne) arbejdsbevægelser, i kombination med en vurdering af håndens arbejdsstilling ved belastningen.

Der skal endvidere være tidsmæssig sammenhæng mellem påvirkningen og sygdommen.

Yderligere information:

[Udredningsrapport om sammenhænge mellem pc-arbejde og sygdomme i arm, skulder og nakke](#)

23.7. Opfølgning på senere forskning om sygdomme i hånd og underarm

Et udredningsarbejde af Paula ECG Nielsen, Ann Kryger, Lilli Kirkeskov og Jens Peter Bonde om sygdomme i hånd og underarm blev i maj 2011 drøftet i Erhvervssygdomsudvalget.

Udredningen gennemgår den internationale epidemiologiske forskningslitteratur om mulige sammenhænge mellem arbejde og forekomsten af:

- Hånd osteoarthrose,
- Nerveindeklemning (nerve-entrapment) på underarmen (ulnaris, radialis og medianus, bortset fra karpaltunnelsyndrom),
- Kyskehånd (Dupuytren kontraktur),
- De Quervains sygdom,
- Springfinger (digitus saltans),
- Hypothenar hammersyndrom og
- Os lunatum malaci (Kienbock's sygdom).

Udredningsarbejdet viser, at der på området kun findes meget begrænset litteratur, der kan beskrive sammenhængen mellem en påvirkning og en bestemt sygdom. Helt konkret betyder det, at de to sygdomme, som allerede står på fortegnelsen, nemlig slidgigt i håndrod og hånd samt De Quervains sygdom, bliver på fortegnelsen, og at der ikke bliver ændret i kravet til påvirkningen.

De øvrige fem sygdomme – indeklemning af nerver, kyskehånd, springfinger, Kienböck's Disease og Hypothenar Hammersyndrom – optages ikke på fortegnelsen. Til gengæld kan en del af sygdommene forelægges for Erhvervssygdomsudvalget til konkret vurdering. Det kræver dog, at tilskadedkomne har været udsat for særligt belastende påvirkninger på sit arbejde.

I det følgende gennemgås rapportens hovedkonklusioner samt Arbejdsskadestyrelsens og Erhvervssygdomsudvalgets konklusioner vedrørende de syv sygdomme.

Rapportens hovedkonklusioner samt Arbejdsskadestyrelsens og Erhvervssygdomsudvalgets konklusioner vedrørende de syv sygdomme:

1) Hånd osteoarthrose (slidgigt i håndrod, hånd og fingre)

Rapportens konklusion på graden af evidens:

- Ved manuelt arbejde er der moderat (++) evidens
- Ved hånd/arm vibration er der utilstrækkelig (0) evidens

Arbejdsskadestyrelsens og Erhvervssygdomsudvalgets konklusion:

Litteraturen er utilstrækkelig vedrørende beskrivelse af belastningerne til, at hånd osteoarthrose som følge af manuelt arbejde kan optages på fortegnelsen. Dette skyldes, at arbejdsskadelovens 6 krav til medicinsk dokumentation (2003-loven) ikke er opfyldt.

Da manuelt arbejde ikke er defineret nærmere i rapporten, kan der ikke udledes en forelæggelsespraksis vedrørende manuelt arbejde og sygdommen hånd osteoarthrose. Derfor fastholdes den hidtidige forelæggelsespraksis.

Arbejdsskadestyrelsen og Erhvervssygdomsudvalget mener heller ikke, at praksis om anerkendelse af vibrationsudsættelse og hånd osteoarthrose skal ændres. Dette skyldes, at det er meget få undersøgelser, der er medtaget i rapporten, og der er kun meget få ældre undersøgelser og ingen engelsksprogede.

Slidgigt i hånd og albue kan anerkendes efter punkterne C.3.3 og E.5 på fortegnelserne, og hånd osteoarthrose kan også forelægges for Erhvervssygdomsudvalget, hvis for eksempel kravene til fortegnelsens punkter ikke er opfyldt, men der har været en relevant og særlig arbejdsmæssig belastning.

2) Nerveindeklemning på underarmen, bortset fra karpaltunnelsyndrom

Rapportens konklusion på graden af evidens:

Nerveindeklemning ved ulnarisnerven:

- Ved manuelt arbejde er der begrænset (+) evidens
- Ved hånd/arm vibration er der utilstrækkelig (0) evidens

Nerveindeklemning ved medianusnerven og radialisnerven:

- Ved arbejdsmæssige belastninger er der utilstrækkelig (0) evidens

Arbejdsskadestyrelsen og Erhvervssygdomsudvalgets konklusion:

Da manuelt arbejde ikke er defineret nærmere i rapporten, fastholdes forelæggelsespraksis som hidtil. Ved særlige arbejdsmæssige belastninger af albue og håndled kan nerveindeklemning ved ulnarisnerven som hidtil forelægges for Erhvervssygdomsudvalget med henblik på vurdering af, om sygdommen er forårsaget af arbejdets særlige art.

3) Dupuytren's kontraktur (kusehånd)

Rapportens konklusion på graden af evidens:

- Ved manuelt arbejde er der begrænset (+) evidens
- Ved hånd/arm vibration er der begrænset (+) evidens

Arbejdsskadestyrelsens og Erhvervssygdomsudvalgets konklusion:

Da manuelt arbejde ikke er defineret nærmere i rapporten, kan der ikke udledes en forelæggelsespraksis vedrørende manuelt arbejde og sygdommen kusehånd. På denne baggrund vurderer Arbejdsskadestyrelsen og Erhvervssygdomsudvalget, at hidtidige praksis opretholdes.

Ved arbejde med meget kraftig vibrerende håndværktøjer eller en relevant og særlig arbejdsmæssig belastning, kan sygdommen forelægges for Erhvervssygdomsudvalget med henblik på vurdering af, om sygdommen er forårsaget af arbejdets særlige art.

4) De Quervains sygdom (seneskedebetændelse svarende til tommelens strækkesener)

Rapportens konklusion på graden af evidens:

- Ved manuelt arbejde er der begrænset (+) evidens

Arbejdsskadestyrelsens og Erhvervssygdomsudvalgets konklusion:

Det er Arbejdsskadestyrelsens og Erhvervssygdomsudvalgets vurdering, at litteraturen medtaget i rapporten er utilstrækkelig vedrørende beskrivelse af belastningerne. Derfor mener Arbejdsskadestyrelsen og Erhvervssygdomsudvalget, at hidtidige praksis vedrørende De Quervains sygdom bør opretholdes, og at der ikke foretages ændringer på fortegnelserne eller i forelæggelsespraksis.

De Quervains sygdom er omfattet af fortegnelsens punkt C.1.

5) Trigger Finger, digitus saltans (springfinger)

Rapportens konklusion på graden af evidens:

- Ved manuelt arbejde er der begrænset (+) evidens

Arbejdsskadestyrelsens og Erhvervssygdomsudvalgets konklusion:

Det er Arbejdsskadestyrelsens og Erhvervssygdomsudvalgets vurdering, at springfinger ikke skal forelægges for Erhvervssygdomsudvalget til vurdering. Dette skyldes, at litteraturen medtaget i rapporten er utilstrækkelig vedrørende beskrivelse af belastningerne. Dette stemmer også overens med hidtidige praksis vedrørende springfinger, som derved opretholdes.

I vejledningen om erhvervssygdomme fremgår, at springfinger ikke er omfattet af C.1. Sygdommen forelægges som udgangspunkt ikke for udvalget, da den ikke betragtes som arbejdsbetinget.

6) Hypothenar hammersyndrom

Rapportens konklusion på graden af evidens:

- Ved gentagne traumer mod hypothenar region er:
 - o Klinisk evidens: stærk (+++)
 - o Epidemiologisk evidens: utilstrækkelig (0)

Arbejdsskadestyrelsens og Erhvervssygdomsudvalgets konklusion:

Da der er utilstrækkelig epidemiologisk evidens, er de 6 krav til medicinsk dokumentation ikke opfyldt. Dermed kan sygdommen ikke optages på fortegnelsen.

Da sygdommen er så sjælden, og der efter klinisk erfaring er overbevisende sammenhæng, mener Arbejdsskadestyrelsen og Erhvervssygdomsudvalget, at hypothenar hammersyndrom og belastninger i form af repetitive stumpes traumer (slag/stød) mod hånden eller arbejde med meget

kraftigt vibrerende håndværktøjer bør forelægges for udvalget med henblik på vurdering af, om sygdommen er forårsaget af arbejdets særlige art.

7) Kienböck's Disease (Os lunatum malaci)

Rapportens konklusion på graden af evidens:

- Ved manuelt arbejde er der utilstrækkelig (0) evidens
- Ved hånd/arm vibration er der utilstrækkelig (0) evidens

Arbejdsskadestyrelsens og Erhvervssygdomsudvalgets konklusion:

Dokumentationen i rapporten er begrænset til 2 tværsnitsstudier og 2 deskriptive studier med en øget risiko for Kienböck's Disease ved traume og vibrationsudsættelse. På denne baggrund mener Arbejdsskadestyrelsen og Erhvervssygdomsudvalget, at hidtidige forelæggelsespraksis for sygdommen bør opretholdes. Det betyder, at sygdommen kan anerkendes efter forelæggelse for udvalget som følge af repetitive stumpes traumer (slag/stød) mod hånden eller efter arbejde med meget kraftigt vibrerende værktøjer.

Yderligere informationer:

[Udredningsrapporten om sygdomme i hånd og underarm \(Occupational Musculoskeletal Disorders of the Arm and Hand\)](#)

Udredningsrapporten kan findes på www.ask.dk under Arbejdsskadestyrelsen, forskning og projekter

23.8. Karpaltunnelsyndrom

Sygdommen karpaltunnelsyndrom opfylder kravene til medicinsk dokumentation på følgende måde:

1. En biologisk naturlig og logisk forklaring på sygdommen

- A. Det er ikke fuldt biologisk forklaret, hvorledes arbejde med kraftigt vibrerende håndværktøj kan medføre karpaltunnelsyndrom.
En teori er, at vibrationer kan medføre udsivning af væske fra blodkar, som sammen med kraftgreb og gentagne bevægelser i håndleddet medfører et øget tryk i karpaltunnellen, som gør, at medianusnerven trykkes sammen og derved påvirkes.
- B. Det er ikke fuldt biologisk forklaret, hvorledes arbejde med en kombination af hurtigt gentagne, kraftfulde og/eller akavede, håndledsbelastende arbejdsbevægelser i længere tid kan medføre karpaltunnelsyndrom. Under alle omstændigheder opstår der en hævelse i karpaltunnellen, som medfører et øget tryk i karpaltunnellen, der betyder, at medianusnerven trykkes sammen og derved påvirkes.
- C. Når der arbejdes med genstande, som i længere tid har trykket direkte mod karpaltunnellen (udefra kommende tryk mod nerven), opstår der en hævelse i karpaltunnellen, som medfører et øget tryk i karpaltunnellen. Dette betyder, at medianusnerven trykkes sammen og derved påvirkes.
- D. En seneskedehindebetændelse kan som en komplikation medføre en hævelse i karpaltunnellen, som igen medfører et øget tryk i karpaltunnellen. Det betyder, at medianusnerven kan trykkes sammen og derved påvirkes.

2. En påvirkning, der må have en karakter og et omfang, der gør sygdommen sandsynlig

Det er lægeligt set veldokumenteret, at en påvirkning, der kan karakteriseres som

- A. Arbejde med vibrerende håndværktøj, der vibrerer mere end $2,5 \text{ m/s}^2$, *eller*
- B. En kombination af hurtigt gentagne, kraftfulde og/eller akavede håndledsbelastende arbejdsbevægelser *eller*
- C. Arbejde med genstande, som medfører direkte og vedvarende tryk mod karpaltunnelen (udefra kommende tryk mod nerven)

efter længere tids påvirkning kan medføre et karpaltunnelsyndrom.

Det er tillige veldokumenteret, at sygdommen kan opstå som:

- D. En komplikation til en seneskedehindebetændelse på håndleddets bøjeseide, der kan anerkendes efter erhvervssygdomsfortegnelsen

3. En sammenhæng mellem påvirkning og sygdom, eksempelvis at øget påvirkning giver øget sværhedsgrad af sygdommen

Der synes at være en vis dosis-respons-sammenhæng, idet større påvirkninger og længere tids beskæftigelse medfører, at flere personer (i procent) udvikler svære symptomer på et karpaltunnelsyndrom.

4. Undersøgelser om udbredelser i befolkningen, der bekræfter en sammenhæng.

Litteraturen, der omfatter mange undersøgelser i forskellige beskæftigelsesgrupper, bekræfter en sammenhæng i befolkningen mellem personer, der udsættes for en påvirkning som:

- A. Arbejde med vibrerende håndværktøj, der vibrerer mere end $2,5 \text{ m/s}^2$, *eller*
- B. En kombination af hurtigt gentagne, kraftfulde og/eller akavede håndledsbelastende arbejdsbevægelser *eller*
- C. Arbejde med genstande, som medfører direkte og vedvarende tryk mod karpaltunnelen (udefra kommende tryk mod nerven)

og udvikling af karpaltunnelsyndrom efter længere tids påvirkning

- D. Desuden som en komplikation til en seneskedehindebetændelse på håndleddets bøjeseide, der kan anerkendes efter erhvervssygdomsfortegnelsen

5. Overbevisende rapportering af tilfælde, der er konstateret ved lægeundersøgelse

En række undersøgelser i de videnskabelige artikler, som drejer sig om karpaltunnelsyndrom, bygger på:

- Den tilskadekomnes subjektive klager (symptomer)
- En klinisk objektiv undersøgelse
- Gerne også en supplerende nerveledningsundersøgelse

6. En betydelig overhyppighed af sygdommen blandt personer, der er udsat for denne påvirkning, i forhold til befolkningen i almindelighed

Symptomer på karpaltunnelsyndrom findes i befolkningen i almindelighed, uanset erhverv (prævalens, det vil sige den del af befolkningen, der på et givet tidspunkt har sygdommen, er 0,7 % - 9,2 % for kvinder og 0,4 % - 2,1 % hos mænd)

I litteraturen beskrives der en betydelig overhyppighed hos personer, der i længere tid er beskæftiget med

- A. Arbejde med vibrerende håndværktøj, der vibrerer mere end $2,5 \text{ m/s}^2$ *eller*
- B. En kombination af hurtigt gentagne, kraftfulde og/eller akavede håndledsbelastende arbejdsbevægelser *eller*
- C. Arbejde med genstande, som medfører direkte og vedvarende tryk mod karpaltunnellen (udefra kommende tryk mod nerven)

og udvikling af karpaltunnelsyndrom efter længere tids påvirkning

- D. Desuden som en komplikation til en seneskedehindebetændelse på håndleddets bøjeseide, der kan anerkendes efter erhvervssygdomsfortegnelsen

Samlet vurdering af den medicinske dokumentation

En gennemgang af litteraturen viser, at kravene til medicinsk dokumentation er helt eller delvist opfyldt for

sygdommen: Karpaltunnelsyndrom

som følge af

påvirkningerne:

- A. Arbejde med vibrerende håndværktøj, der vibrerer mere end $2,5 \text{ m/s}^2$ i længere tid, *eller*
- B. En kombination af hurtigt gentagne, kraftfulde og/eller akavede håndledsbelastende arbejdsbevægelser i længere tid *eller*
- C. Arbejde med genstande, som medfører direkte og vedvarende tryk mod karpaltunnellen i længere tid, *eller*
- D. Desuden som en komplikation til en seneskedehindebetændelse på håndleddets bøjeseide, der kan anerkendes efter erhvervssygdomsfortegnelsen

Der skal tillige være god tidsmæssig sammenhæng mellem påvirkningen og sygdommens opståen.

Yderligere information:

[Udredningsrapport om karpaltunnelsyndrom og pc-arbejde](#)

23.9. Tennisalbue og golfalbue

Sygdommene tennisalbue og golfalbue opfylder kravene til medicinsk dokumentation på følgende måde:

1a. En biologisk naturlig og logisk forklaring på tennisalbue

Den laterale epikondyl er et knoglefremspring på overarmsknoglen lidt oven over albueleddets udvendige side, hvorfra underarmens strækkemuskler til håndled og fingre udspringer som sener. Disse sener hæfter via knoglehinden (periost) på knoglen.

Der er ikke fuldstændig forståelse af den biologiske forklaring på de tilgrundliggende årsager til sygdommen, men det er en udbredt opfattelse, at belastning og fejlbelastning af muskler og sener kan medføre betændelseslignende forandringer i vævet, specielt svarende til der, hvor senerne hæfter på knoglen, antageligt som følge af små bristninger i vævet.

1b. En biologisk naturlig og logisk forklaring på golfalbue

Den mediale epikondyl er et knoglefremspring på overarmsknoglen lidt oven over albueleddets indvendige side, hvorfra underarmens bøjemuskler til håndled og fingre udspringer som sener. Disse sener hæfter via knoglehinden (periost) på knoglen.

Der er ikke fuldstændig forståelse af den biologiske forklaring på de tilgrundliggende årsager til sygdommen, men det er en udbredt opfattelse, at belastning og fejlbelastning af muskler og sener kan medføre betændelseslignende forandringer i vævet, specielt svarende til der, hvor senerne hæfter på knoglen, antageligt som følge af små bristninger i vævet.

2. En påvirkning, der må have en karakter og et omfang, der gør sygdommene sandsynlig

Det er lægeligt set veldokumenteret, at påvirkningen, der kan medføre tennisalbue og golfalbue, kan karakteriseres som:

- A. Kraftfulde og repetitive arbejdsbevægelser, der belaster de relevante muskelgrupper, *eller*
- B. Kraftfuldt og statisk arbejde med fastholdelse af en genstand under anvendelse af muskelkraft, der belaster de relevante muskelgrupper, *eller*
- C. Kraftfulde arbejdsbevægelser i akavede stillinger, der belaster de relevante muskelgrupper

Der skal også være tidsmæssig sammenhæng mellem belastningen og symptomernes opståen.

3. En sammenhæng mellem påvirkning og sygdom, eksempelvis at øget påvirkning giver øget sværhedsgrad af sygdommen

Der synes at være en vis dosis-respons-sammenhæng, idet større påvirkninger medfører, at flere personer (i procent) udvikler såvel tennisalbue som golfalbue.

4. Undersøgelser om udbredelser i befolkningen, der bekræfter en sammenhæng

Litteraturen, der omfatter mange undersøgelser i forskellige befolkningsgrupper, bekræfter en sammenhæng mellem udsættelse for påvirkninger i form af:

- A. Kraftfulde og repetitive arbejdsbevægelser, der belaster de relevante muskelgrupper, *eller*
- B. Kraftfuldt og statisk arbejde med fastholdelse af en genstand under anvendelse af muskelkraft, der belaster de relevante muskelgrupper, *eller*
- C. Kraftfulde arbejdsbevægelser i akavede stillinger, der belaster de relevante muskelgrupper, og udviklingen af tennisalbue og golfalbue.

5. Overbevisende rapportering af tilfælde, der er konstateret ved lægeundersøgelse

De fleste undersøgelser i de videnskabelige artikler, som drejer sig om:

- A. Kraftfulde og repetitive arbejdsbevægelser, der belaster de relevante muskelgrupper, *eller*
- B. Kraftfuldt og statisk arbejde med fastholdelse af en genstand under anvendelse af muskelkraft, der belaster de relevante muskelgrupper, *eller*
- C. Kraftfulde arbejdsbevægelser i akavede stillinger, der belaster de relevante muskelgrupper,

og udviklingen af tennisalbue og golfalbue, bygger på

- Oplysninger om påvirkningen (arbejdsanamnese)
- Den tidsmæssige sammenhæng mellem påvirkningen og sygdommen
- Den tilskadekomnes subjektive klager (symptomer)
- En klinisk objektiv undersøgelse

6. En betydelig overhyppighed af sygdommen blandt personer, der er udsat for denne påvirkning, i forhold til befolkningen i almindelighed

Klager over smerter i albueledet forekommer hyppigt i befolkningen i almindelighed, uanset erhverv. Hos personer, der er beskæftiget med:

- A. Kraftfulde og repetitive arbejdsbevægelser, der belaster de relevante muskelgrupper, *eller*
- B. Kraftfuldt og statisk arbejde med fastholdelse af en genstand under anvendelse af muskelkraft, der belaster de relevante muskelgrupper, *eller*
- C. Kraftfulde arbejdsbevægelser i akavede stillinger, der belaster de relevante muskelgrupper,

beskrives der de fleste steder i litteraturen en overhyppighed af tennisalbue og golfalbue.

Samlet vurdering

En gennemgang af litteraturen viser, at kravene til medicinsk dokumentation er helt eller delvist opfyldt for

sygdommene: tennisalbue og golfalbue

som følge af

påvirkningerne:

- A. Kraftfulde og repetitive arbejdsbevægelser, der belaster de relevante muskelgrupper, *eller*
- B. Kraftfuldt og statisk arbejde med fastholdelse af en genstand under anvendelse af muskelkraft, der belaster de relevante muskelgrupper, *eller*
- C. Kraftfulde arbejdsbevægelser i akavede stillinger, der belaster de relevante muskelgrupper

Der skal endvidere være tidsmæssig sammenhæng mellem påvirkningen og sygdommen.

Yderligere information:

Arbejdsskadestyrelsens Praksis nr. [2006-04](#) og [2006-05](#) om anerkendelsespraksis ved albuesygdomme efter pc-arbejde

[Udredningsrapport om sammenhænge mellem pc-arbejde og sygdomme i arm, skulder og nakke](#)

Afsnit 23.32 nedenfor om senere artikler om årsagssammenhænge mellem pc-arbejde og sygdomme i hånd, arm, skulder og nakke

23.10. Skuldersygdomme

Gennemgang af referencedokument fra DASAM om sammenhæng mellem arbejdsrelaterede påvirkninger og udviklingen af rotator cuff-sygdom og/eller bicepstendinitis

Erhvervssygdomsudvalget og Arbejdsskadestyrelsen har i marts 2008 drøftet en ny udredningsrapport om sygdomme i skulder og biceps. Udredningsrapporten medførte, at de hidtidige krav til anerkendelse efter fortegnelserne (sygdomme anmeldt før 2005 og sygdomme anmeldt fra 1. januar 2005) forbliver uændrede, da der ikke foreligger ny medicinsk dokumentation på området, der kan begrunde ændringer efter 2003-loven.

Opgavens indhold har været beskrevet af Arbejdsskadestyrelsen efter Erhvervssygdomsudvalgets ønske om yderligere udredning af mulige årsagssammenhænge på området.

Opgaven er blevet løst af Dr. Gareth T. Jones, Dr. Nirupa Pallawatte, Dr. Asraf El-Metwally, Professor Gary J. Macfarlane, Professor David M. Reid, Dr. Finlay D. Dick University of Aberdeen, med rapporten: "Association between work-related exposure and the occurrence of rotator cuff disease and/or biceps tendinitis".

Dokumentet er blevet uafhængigt bedømt af to særligt sagkyndige reviewere, Dr. Jens Ivar Brox, Medical Faculty University i Oslo, og Dr. Alex Burdorf, University Medical Center Rotterdam. Dokumentet er efterfølgende gennemgået og drøftet på et heldagsmøde i VK-DASAM med deltagelse af Dr. Gareth T. Jones, Professor Gary J. Macfarlane og Dr. Finlay D. Dick fra forfattergruppen, de eksterne reviewere og kvalitetssikrings-forummet, og sluttelig har forfatterne revideret referencedokumentet i forhold til de fremkomne bemærkninger.

Graden af evidens for årsagsmæssig sammenhæng er rubriceret efter en standard, som DASAM's videnskabelige komite har udarbejdet på baggrund af internationale standarder. Den anvendte standard fremgår af referencedokumentets appendiks VI.

Referencedokumentets samlede vurdering er:

Eksposering	Evidens
Arbejde med eleverede arme	++(+) Moderat til stærk evidens
Manuel håndtering/kraftfuldt arbejde	++ Moderat evidens
Repetitive bevægelser (uafhængig af kraftanvendelse)	+ Begrænset evidens
Mangel på støtte i arbejdsmiljøet	+ Begrænset evidens
Oplevede arbejdsmæssige krav	0 Utilstrækkelig evidens
Manglende kontrol over arbejdet	0 Utilstrækkelig evidens
Andre fysiske og psykosociale eksponeringer	0 Utilstrækkelig evidens

Kønsskellenes betydning

To studier undersøgte, om der var forskel på effekten af de erhvervsmæssige belastninger mellem mænd og kvinder. Trods sparsomme data ser det ud til, at mænd og kvinder påvirkes på nogenlunde samme måde af arbejdet med løftede arme, repetitivt arbejde og dårligt psykosocialt arbejdsmiljø.

Eksposeringens samlede udstrækning over tid

Der er utilstrækkelige data, hvorfor der ikke er basis for en velbegrunderet eksponeringsstandard eller for at identificere grænser for "sikker" eksponering".

Arbejdsskadestyrelsens og Erhvervssygdomsudvalgets vurdering

Det er vurderingen, efter gennemgang af dokumentet, at opgaven er løst, idet de stillede spørgsmål er besvaret, hvor det har været muligt. Både forfatterne, reviewerne og komiteen har løst opgaven på en professionel og videnskabelig måde.

Vurdering efter 2003-loven

I referencedokumentet er det konkluderet, at der er moderat til stærk evidens for, at arbejde med eleverede arme kan forårsage rotator cuff sygdom og bicepstendinit. Der er desuden moderat evidens for, at arbejde med manuel håndtering/kraftfuldt arbejde kan forårsage rotator cuff-sygdom og bicepstendinit. Der er derimod begrænset eller utilstrækkelig evidens for, at andre former for belastninger forårsager rotator cuff-sygdom og bicepstendinit.

Det er på denne baggrund Arbejdsskadestyrelsens vurdering af arbejdsskadelovens 6 krav til begrebet "medicinsk dokumentation" ikke ændrer ved de nugældende krav til påvirkningen efter erhvervssygdomsfortegnelsen efter 2003-loven punkt C.5.1. og C.5.2.

Det betyder, at kravene til anerkendelse af rotator cuff-sygdom/skuldertendinit og bicepstendinit efter 2003-fortegnelsen fortsat er:

- Repetitive (gentagne) og kraftfulde skulderbevægelser, i kombination med en vurdering af armens stilling, eller
- Statistiske løft af overarme til omkring 60 grader eller mere

Sygdommene i skulderleddet og bicepsenen opfylder kravene til medicinsk dokumentation efter 2003-loven på følgende måde.

1. En biologisk naturlig og logisk forklaring på sygdommen

- A. Repetitive (gentagne) og kraftfulde skulderbevægelser, i kombination med en vurdering af armens stilling ved belastningen, *eller*
- B. Statisk løft af overarmen til omkring 60 grader eller mere

medfører en stor belastning af rotator cuff og biceps-senen

Når muskler og sener belastes så meget, at trykket inde i dem overstiger trykket i blodkarrene, standser blodforsyningen, og en vævsnedbrydende (degenerativ) proces starter. Følgen er en betændelseslignende tilstand (tendinitis). Da der er snæver plads mellem ledhovedet på overarmsknoglen (caput humeri) og skulderbladfremspringet (acromion), kan hævelse på grund af irritation, arvæv og vævsbristninger medføre kollisionssyndrom/indeklemningssyndrom (impingement) med smerter svarende til den midterste del af bevægebuen. Dette kaldes "det

positive smertebuesyndrom = painful arch syndrome" og diagnosticeres ved bevægelse af skulderleddet imellem 60 og 120 grader.

Rotator cuff-tilhæftningen til skulderledskapslen er i forvejen svag, og nedbrydningen af vævet kan ende med en revne i rotator cuff. Dette kaldes en rotator cuff-læsion.

2. En påvirkning, der må have en karakter og et omfang, der gør sygdommen sandsynlig

Det er lægeligt set dokumenteret, at en påvirkning i form af

- A. Repetitive (gentagne) og kraftfulde skulderbevægelser, i kombination med en vurdering af armens stilling ved belastningen, *eller*
- B. Statisk løft af overarmen til omkring 60 grader eller mere

kan medføre forandringer i skulderleddets rotatorsener og/eller bicepssenen. Der skal dog også være god tidsmæssig sammenhæng mellem belastningen og symptomernes opståen.

3. En sammenhæng mellem påvirkning og sygdom, eksempelvis at øget påvirkning giver øget sværhedsgrad af sygdommen

Der synes at være en vis dosis-respons-sammenhæng, idet større påvirkninger medfører, at flere personer (i procent) udvikler svære symptomer på forandringer i skulderleddets rotatorsener og/eller bicepssenen.

4. Undersøgelser om udbredelser i befolkningen, der bekræfter en sammenhæng

Litteraturen, der omfatter mange undersøgelser i forskellige befolkningsgrupper, bekræfter en sammenhæng i befolkningen mellem personer, der udsættes for en påvirkning i form af

- A. Repetitive (gentagne) og kraftfulde skulderbevægelser, i kombination med en vurdering af armens stilling ved belastningen, *eller*
- B. Statisk løft af overarmen til omkring 60 grader eller mere,

og udviklingen af forandringer i skulderleddets rotatorsener og/eller bicepssenen.

5. Overbevisende rapportering af tilfælde, der er konstateret ved lægeundersøgelse

De fleste undersøgelser i de videnskabelige artikler, som drejer sig om repetitive (gentagne) og kraftfulde skulderbevægelser, i kombination med en vurdering af armens stilling ved belastningen, *eller* statisk løft af overarmen til omkring 60 grader eller mere, bygger på:

- Den tilskadekomnes subjektive klager (symptomer)
- En klinisk objektiv undersøgelse

6. En betydelig overhyppighed af sygdommen blandt personer, der er udsat for denne påvirkning, i forhold til befolkningen som helhed

Klager over smerter i skulderen i befolkningen som helhed er hyppige, uanset erhverv. Hos personer, der er beskæftiget med repetitive (gentagne) og kraftfulde skulderbevægelser, i kombination med en vurdering af armens stilling ved belastningen *eller* statisk løft af overarmen til omkring 60 grader eller mere, beskrives der de fleste steder i litteraturen en overhyppighed.

Samlet vurdering

En gennemgang af litteraturen viser, at kravene til medicinsk dokumentation er helt eller delvist opfyldt for

sygdommene:

1. Forandringer i skulderleddets rotatorsener og/eller biceps-senen *eller*
2. Skuldertendinit

som følge af

påvirkningerne:

- A. Repetitive (gentagne) og kraftfulde skulderbevægelser, i kombination med en vurdering af armens stilling ved belastningen, *eller*
- B. Statisk løft af overarmen til omkring 60 grader eller mere

Der skal tillige være god tidsmæssig sammenhæng mellem belastningen og symptomernes opståen.

Arbejdets særlige art

Der er i følge referencedokumentet begrænset eller utilstrækkelig evidens for, at andre belastninger end arbejde med eleverede arme eller manuel håndtering/kraftfuldt arbejde kan forårsage rotator cuff-sygdom og bicepstendinit.

Der skal derfor foretages en konkret vurdering af sager, der ikke kan anerkendes efter fortegnelsen, med henblik på, om det kan være overvejende sandsynligt, at der er årsagssammenhæng mellem arbejdet og sygdommen efter 2003-lovens § 7, stk. 1, nr. 2, 2.led.

Yderligere information:

[Udredningsrapport om sygdomme i skulder/overarm](#)

[Udredningsrapport om sammenhænge mellem pc-arbejde og sygdomme i arm, skulder og nakke](#)

Udredningsrapporterne findes på www.ask.dk. under Arbejdsskadestyrelsen, forskning og projekter.

23.11. Slidgigt i knæledet

Knæliggende/hugsiddende arbejde

Slidgigt i knæledet efter mange års knæliggende/hugsiddende arbejde er optaget på fortegnelsen, idet Arbejdsskadestyrelsen og Erhvervs sygdomsudvalget ved drøftelse af emnet i 2004 fandt, at sygdommen opfylder kravene til lægevidenskabelig/medicinsk dokumentation på følgende måde.

1. En biologisk naturlig og logisk forklaring på sygdommen

Det er ikke fuldt biologisk forklaret, hvordan arbejdsmæssige belastninger kan medføre slidgigt i knæledet. Det forekommer dog biologisk naturligt og logisk, at meget svære påvirkninger, som dagligt knæliggende og/eller hugsiddende arbejde igennem en lang årrække, kan medføre forandringer i slimhinden og brusken i knæledet.

Sygdommen slidgigt er en degenerativ ledsygdom, som angriber slimhinden (synovialis) i ”ægte” led og karakteriseres af 2 principielle forandringer:

- Progressivt tab af ledbrusk
- Sekundær proliferativ knogledannelse i subchondral knogle (subchondral sklerosering) og langs ledrandene (osteofytter)

Osteoartrose er således karakteriseret af:

- Brusknedbrydning
- Knogleremodulering
- Periodevis lettere grader af slimhindeinflammation (hævelse af slimhinde)

Osteoartrose klassificeres traditionelt i

- En primær (idiopatisk) form uden kendte ætiologiske faktorer
- En sekundær form med lokale eller systematiske ætiologiske (disponerende) faktorer

Grænsen mellem primær og sekundær osteoartrose (slidgigt) er ofte uklar, og slidgigt bør betragtes som en sygdom forårsaget af flere faktorer (for eksempel arv, køn, vægt, arbejde, alder og lignende), strækkende sig fra gigt i enkeltled, slidgigt induceret ved mekaniske påvirkninger til slidgigt i flere led forårsaget af biokemiske forhold med forskellige kliniske præsentationsformer.

2. En påvirkning, der må have en karakter og et omfang, der gør sygdommen sandsynlig

Det er lægeligt set sandsynligt, at en påvirkning, der kan karakteriseres som knæliggende og/eller hugsiddende arbejde i mange år (20–25 år), kan medføre slidgigt i knæled.

3. En sammenhæng mellem påvirkning og sygdom, eksempelvis at øget påvirkning giver øget sværhedsgrad af sygdommen

Der synes at være en vis dosis-respons-sammenhæng, idet større påvirkninger og længere tids beskæftigelse medfører, at flere personer (i procent) udvikler slidgigt i knæled.

4. Undersøgelser om udbredelser i befolkningen, der bekræfter en sammenhæng

Litteraturen, der omfatter mange undersøgelser i forskellige beskæftigelsesgrupper, viser flere steder en sammenhæng i befolkningen mellem personer, der udsættes for en påvirkning som knæliggende og/eller hugsiddende arbejde i mange år (20–25 år), og udvikling af slidgigt i knæled.

5. Overbevisende rapportering af tilfælde, der er konstateret ved lægeundersøgelse

En række undersøgelser i de videnskabelige artikler, som drejer sig om slidgigt i knæled, bygger på:

- Den tilskadekomnes subjektive klager (symptomer)
- En klinisk objektiv undersøgelse
- I mange tilfælde også supplerende røntgenbilleder af knæleddet (dog sjældent stående optagelser af knæleddet og sideoptagelser af knæskallen). Diagnosen kan eventuelt suppleres eller stilles ved kikkertundersøgelse, MR-skanning eller CT-skanning

6. En betydelig overhyppighed af sygdommen blandt personer, der er udsat for denne påvirkning, i forhold til befolkningen i almindelighed

Slidgigt i knæled er den hyppigste form for slidgigt i befolkningen.

Blandt kvinder i 45-65-årsalderen har cirka 3 % både kliniske og røntgenologiske tegn på slidgigt i knæled.

Prævalensen (hyppigheden af sygdommen på et bestemt tidspunkt; tallet opnås ved at dividere antallet af syge personer med det antal personer, som optællingen er foretaget iblandt, inklusive de syge) stiger med stigende alder, uanset erhverv.

Den er hyppigst over 45–50 år og hyppigere for kvinder end mænd.

Hyppigheden er positivt korreleret med overvægt og tidligere knætraumer.

I litteraturen beskrives der en overhyppighed hos personer, der er beskæftiget med knæliggende og/eller hugsiddende stilling i mange år (20–25 år), med hensyn til udvikling af slidgigt i knæled.

Der skal tillige være god tidsmæssig sammenhæng mellem påvirkningen og sygdommens opståen.

Samlet vurdering

En gennemgang af litteraturen viser, at kravene til medicinsk dokumentation er helt eller delvist opfyldt for

sygdommen: Slidgigt i knæled

som følge af

påvirkningen: Knæliggende og/eller hugsiddende arbejde i mange år (20–25 år)

Der skal tillige være god tidsmæssig sammenhæng mellem påvirkningen og sygdommens opståen.

Andre belastninger

Referencedokument om slidgigt i knæled i forbindelse med tungt løftarbejde, trappegang/stigegang og knæliggende/hugsiddende arbejde i kombination med tunge løft

Arbejdsskadestyrelsen og Erhvervssygdomsudvalget har på 2 møder i 2006 drøftet en ny udredningsrapport om slidgigt i knæled samt hoftelid. Udredningsrapporten gav ikke grundlag for at ændre de hidtidige krav til anerkendelse af slidgigt i knæled efter fortegnelsen for sygdomme anmeldt fra 1. januar 2005.

Opgavens indhold har været beskrevet af Arbejdsskadestyrelsen efter Erhvervssygdomsudvalgets ønske om yderligere udredning af mulige årsagssammenhænge på området.

Opgaven er blevet løst af overlæge, ph.d. Lilli Kirkeskov Jensen, Arbejdsmedicinsk afdeling, Viborg Sygehus, som har udarbejdet dokumentet: "Osteoarthritis in the hip and knee. Influence of work with heavy lifting, climbing stairs or ladders, or combining kneeling/squatting with heavy lifting".

Dokumentet er blevet uafhængigt bedømt af 2 særligt sagkyndige reviewere, professor David Coggon, Southampton MRC Environmental Epidemiology Unit, Southampton General Hospital, England, og overlæge, dr. med. Stig Sonne-Holm, ortopædkirurgisk afdeling, Hvidovre Hospital. Desuden har der været indhentet skriftlige bemærkninger fra komiteens medlemmer. Referencedokumentet er efterfølgende gennemgået og drøftet på et heldagsmøde med reviewerne, komiteen og forfatterne. Til sidst har forfatterne revideret referencedokumentet i forhold til de fremkomne bemærkninger. Komiteen kan tiltræde referencedokumentets konklusioner og de præmisser, der ligger til grund herfor.

Graden af evidens for en årsagsmæssig sammenhæng er rubriceret efter en standard, som DASAM's videnskabelige komite har udarbejdet på baggrund af internationale standarder. Den anvendte standard fremgår af referencedokumentets appendiks.

Referencedokumentets samlede vurdering

Den samlede vurdering af graden af evidens for en sammenhæng mellem slidgigt i knæled ved tungt løftarbejde, ved tungt løftarbejde kombineret med knæliggende/hugsiddende arbejde og ved stige/trappegang er således:

Belastning	Slidgigt i knæled
Tungt løftarbejde	++ (Moderat evidens)
Tunge løft og knæliggende/hugsiddende arbejde	++ (Moderat evidens)
Stige-/trappegang	+ (Begrænset evidens)

Tungt løftarbejde og slidgigt i knæled:

- Der er *moderat evidens* (++) for en årsagsmæssig sammenhæng mellem tungt løftarbejde og slidgigt i knæled
- Der er ikke en fast evidensbaseret definition af, hvad man skal forstå ved 'tungt løftarbejde' som risikofaktor for udvikling af slidgigt i knæled
- Der er ikke data til kombinationen af:
 - hyppigheden (antal gange pr. dag)
 - varigheden (antal år)
 - vægten af det enkelte løft (antal kg)
 til at karakterisere eksponerings-responsrelationen

Tunge løft og knæliggende/hugsiddende arbejde og slidgigt i knæled:

- Der er *moderat evidens* (++) for en årsagsmæssig sammenhæng mellem tungt løftarbejde og slidgigt i knæled
- Evidensen for, at tungt løftarbejde kombineret med knæliggende/hugsiddende arbejde udgør en risiko for udvikling af slidgigt i knæled, vurderes ikke anderledes end for tungt løftarbejde alene

Stige-/trappegang og slidgigt i knæled:

- Der er begrænset evidens (+) for en årsagsmæssig sammenhæng mellem arbejde med stige-/trappegang og slidgigt i knæled

Køn:

- Der er utilstrækkelig evidens til at vurdere, om slidgigt i knæled som følge af arbejde er anderledes for kvinder end for mænd, hvis de er udsat for en tilsvarende belastning

Arbejdsskadestyrelsens og Erhvervssygdomsudvalgets vurdering

Det er vurderingen, efter gennemgang af referencedokumentet, at opgaven er løst således, at dokumentet forholder sig til alle de stillede spørgsmål. Desuden konkluderer rapporten på de rejste problemstillinger, hvor det overhovedet har været muligt. Både forfatterne, reviewerne og komiteen har løst opgaven på en særdeles professionel og højest videnskabelig måde.

Vurdering efter 2003-loven

Fortegnelsen:

- Der er moderat evidens (++) for en årsagsmæssig sammenhæng mellem tungt løftarbejde og slidgigt i knæled samt for en årsagssammenhæng mellem tunge løft og knæliggende/hugsiddende arbejde
- Der er begrænset evidens (+) for en årsagssammenhæng mellem stige-/trappegang og slidgigt i knæled

Det er Arbejdsskadestyrelsens og Erhvervssygdomsudvalgets vurdering af arbejdsskadeforsikringslovens begreb ”medicinsk dokumentation” i 2003-lovens forstand i relation til slidgigt i knæled som følge af tungt løftarbejde, at dokumentationskravene til ”medicinsk dokumentation” **ikke er opfyldt** på en sådan måde, at sygdommen slidgigt i knæled som følge af de beskrevne belastninger kan optages på erhvervssygdomsfortegnelsen efter 2003-loven.

Specielt er der lagt vægt på følgende:

Selvom der er moderat evidens (++) for en årsagsmæssig sammenhæng mellem henholdsvis tungt løftarbejde og tunge løft og knæliggende/hugsiddende arbejde og slidgigt i knæled,

- har det ikke været muligt at finde en fast evidensbaseret definition af, hvad man skal forstå ved ”tungt løftarbejde” som risikofaktor for udvikling af slidgigt i knæled
- har det ikke været muligt at finde tilstrækkelige data til kombinationen af
 - hyppigheden (antal gange per dag)
 - varigheden (antal år)
 - vægten af det enkelte løft (antal kilo)til fuldt ud at karakterisere eksponerings-responsrelationen
- at evidensen for, at tungt løftarbejde kombineret med knæliggende/hugsiddende arbejde udgør en risiko for udvikling af slidgigt i knæled, ikke vurderes anderledes end for tungt løftarbejde alene

Arbejdets særlige art

Da der er moderat evidens (++) for en årsagsmæssig sammenhæng mellem tungt løftarbejde og tunge løft og knæliggende/hugsiddende arbejde og slidgigt i knæled, vil det konkret skulle vurderes, om det kan være overvejende sandsynligt, at der er en årsagsmæssig sammenhæng mellem tungt løftarbejde og slidgigt i knæled efter 2003-lovens § 7, stk. 1, nr. 2, 2. led, om arbejdets særlige art.

Da der er begrænset evidens (+) for en årsagsmæssig sammenhæng mellem arbejde med stige-/trappegang og slidgigt i knæled, vil det normalt ikke være overvejende sandsynligt, at der er en årsagsmæssig sammenhæng mellem arbejde med stige-/trappegang og slidgigt i knæled efter 2003-lovens § 7, stk. 1, nr. 2, 2. led, om arbejdets særlige art.

Yderligere information:

[Udredningsrapport om slidgigt i hofter og knæ og forskellige belastninger på arbejdet](#)

Udredningsrapporten findes på www.ask.dk. under Arbejdsskadestyrelsen, forskning og projekter.

23.12. Bursitis

Betændelseslignende forandringer i en slimsæk (bursitis) opfylder kravene til medicinsk dokumentation på følgende måde.

1. En biologisk naturlig og logisk forklaring på sygdommen

Det er fuldt biologisk forklaret, hvordan arbejdsmæssige belastninger i form af vedvarende, udefra kommende tryk mod en bursa i dagevis eller i en længere periode kan medføre betændelseslignende forandringer i en slimsæk.

Ved et vedvarende, udefra kommende tryk på en slimsæk reagerer denne med en betændelseslignende tilstand. Dette medfører i den akutte fase akut bursitis. På længere sigt kan der opstå kronisk bursitis, med fortykket kapsel omkring bursaen og med øget væske i denne.

2. En påvirkning, der må have en karakter og et omfang, der gør sygdommen sandsynlig

Det er lægeligt set sandsynligt, at en påvirkning, der kan karakteriseres som vedvarende, udefra kommende tryk mod en bursa i dagevis eller i en længere periode, kan medføre bursitis.

3. En sammenhæng mellem påvirkning og sygdom, eksempelvis at øget påvirkning giver øget sværhedsgrad af sygdommen

Der synes at være en vis dosis-responsammenhæng, idet større påvirkninger og længere tids beskæftigelse medfører, at flere personer (i procent) udvikler bursitis.

4. Undersøgelser om udbredelser i befolkningen, der bekræfter en sammenhæng

Litteraturen, der omfatter mange undersøgelser i forskellige beskæftigelsesgrupper, viser flere steder en sammenhæng i befolkningen mellem personer, der udsættes for vedvarende, udefra kommende tryk mod en bursa i dagevis eller i en længere periode, og udvikling af bursitis.

5. Overbevisende rapportering af tilfælde, der er konstateret ved lægeundersøgelse

En række undersøgelser i de videnskabelige artikler, som drejer sig om bursitis, bygger på:

- Den tilskadekomnes subjektive klager (symptomer)
- En klinisk objektiv undersøgelse
- I mange tilfælde supplerende blodprøver, samt eventuelt røntgen, MR-skanning eller CT-skanning

6. En betydelig overhyppighed af sygdommen blandt personer, der er udsat for denne påvirkning, i forhold til befolkningen i almindelighed

I litteraturen beskrives der en overhyppighed hos personer, der er beskæftiget med arbejde, hvor der er et vedvarende, udefra kommende tryk mod en bursa i dagevis eller i en længere periode, og udviklingen af bursitis.

Samlet vurdering

En gennemgang af litteraturen viser, at kravene til medicinsk dokumentation er helt eller delvist opfyldt for

sygdommen: Betændelseslignende forandringer i en slimsæk (bursitis)

som følge af

påvirkningen: Vedvarende, udefra kommende tryk i dagevis eller i en længere periode

Der skal tillige være god tidsmæssig sammenhæng mellem påvirkningen og sygdommens opståen.

23.13. Menisksygdom i knæleddet

Det er ikke fuldt biologisk forklaret, hvordan arbejdsmæssige belastninger, i form af arbejde udført i hugsiddende stilling, kan medføre sygdomme i menisker i knæleddet. Det forekommer dog biologisk naturligt og logisk, at arbejde udført i hugsiddende stilling under trange pladsforhold, med bøjede knæ og drejning i knæleddet i dagevis eller i længere tid, kan medføre en belastningsskade i meniskerne.

Det har ikke ud fra den medicinske litteratur på området været muligt at finde klare holdepunkter for, hvilket omfang og hvilken varighed af arbejde, udført i hugsiddende stilling, der kan medføre sygdomme i menisker i knæleddet, men den tekniske erfaring på området taler for, at der er sammenhæng mellem sygdommen og arbejdet, hvis der har været tale om arbejde

- I dagevis eller i længere tid
- Med bøjet knæ i den overvejende del af arbejdstiden
- Under trange arbejdsforhold, der ikke giver mulighed for at rette knæleddet ud
- Med drejning i knæleddet, samtidig med, at knæet har været bøjet

Samlet vurdering af den medicinske og tekniske dokumentation

Ved optagelsen af sygdomme i menisker i knæleddet på den ny fortegnelse af 1. januar 2005 tages der udgangspunkt i Erhvervssygdomsudvalgets tekniske erfaring, det vil sige udvalgets viden og praksis på området for vurdering og anerkendelse af sammenhænge mellem arbejde udført i hugsiddende stilling under trange pladsforhold i dagevis eller i en længere periode, og belastningsskader af meniskerne.

Der henvises endvidere til, at

- Menisksygdom er omfattet af den tidligere fortegnelse vedrørende sygdomme anmeldt før 1. januar 2005 under punkt E 9: Menisksygdomme opstået ved arbejde i hugsiddende stilling under trange arbejdsforhold. Sygdommen har været optaget på erhvervssygdomsfortegnelsen siden 1982.

- Menisksygdom er omfattet af EU-Kommissionens henstilling (jævnfør Kommissionens henstilling af 19. september 2003 om den europæiske liste over erhvervssygdomme) under punkt 506.30.

Det vurderes derfor samlet set, at lovens betingelser for optagelse på fortegnelsen er opfyldt for

sygdommen: Menisksygdom i knæleddet

som følge af

påvirkningen: Arbejde i hugsiddende stilling under trange pladsforhold i dagevis eller i en længere periode

Der skal tillige være god tidsmæssig sammenhæng mellem påvirkningen og sygdommens opståen.

23.14. Springerknæ (jumper's knee)

Gennemgang af referencedokument om sammenhæng mellem arbejdsrelaterede påvirkninger og udvikling af springerknæ (jumper's knee, tendinitis/tendinosis patellaris)

Arbejdsskadestyrelsen og Erhvervssygdomsudvalget har på et møde i november 2008 drøftet en ny udredningsrapport om springerknæ og belastninger på arbejdet. Rapporten førte til, at springerknæ optages på fortegnelsen over sygdomme anmeldt fra 1. januar 2005.

Opgavens indhold er beskrevet af Arbejdsskadestyrelsen efter Erhvervssygdomsudvalgets ønske om yderligere udredning af årsagssammenhængen på området, og opgaven blev opslået i Arbejdsmiljøforskningsfonden i 2007.

Opgaven er blevet løst af Dr. IJH Tiemessen, Dr. PPFM Kuijer, Dr. CTJ Hulshof og Prof. Dr. MHW Frigs-Dresen Academic Center, Coronel Institute of Occupational Health, Netherlands Center for Occupational Diseases, Amsterdam, med referencedokumentet: "Is jumpers's knee work-related? A systematic review to find evidence for a possible case definition". Dokumentet er uafhængigt bedømt af sagkyndige reviewere, Dr. LK Jensen MD, S Rytter MD og KP Martimo MD.

Det er Arbejdsskadestyrelsens og Erhvervssygdomsudvalgets vurdering, at opgaven er løst videnskabeligt tilfredsstillende i henhold til den givne opgaveramme, herunder at referencedokumentet besvarer de stillede spørgsmål tilfredsstillende i det omfang, dette er muligt i lyset af den eksisterende litteratur.

Referencedokumentets samlede vurdering

Om årsagssammenhænge (evidens)

Der var ingen litteratur, der generelt beskrev sammenhæng mellem arbejdsrelaterede belastninger og udvikling af springerknæ (jumper's knee, tendinitis/tendinosis patellaris). Der er således utilstrækkelige data og dermed utilstrækkelig evidens for en generel sammenhæng mellem springerknæ og påvirkninger på arbejdet.

Der var imidlertid 4 artikler, der, inden for elitesport vedrørende basketballspil og volleyballspil, beskrev en statistisk sikker sammenhæng, når belastningen var 12 spilletimer per uge og/eller i kombination med vægttræning på mindst 5 timer per uge og /eller spil udført på hårdt underlag. Der er således moderat evidens ved denne type belastning.

Om sygdommen

Diagnosen springerknæ (jumper's knee, tendinitis/tendinosis patellaris) stilles på sygehistorien og en klinisk undersøgelse samt eventuelt via ultralydsskanning eller MR-skanning. Andre diagnostiske metoder skal benyttes for at udelukke andre patologiske tilstande ved knæet.

Om påvirkningen

Volleyball og basketball er især karakteriseret ved spring/landing og løb. Det antages, at et højt tryk på knæskallen gennem de- og acceleration under bøjning og strækning af knæet forårsager springerknæ (jumper's knee).

Arbejdsskadestyrelsens og Erhvervssygdomsudvalgets vurdering efter 2003-loven

Vurdering efter fortegnelsen for sygdomme anmeldt fra 1. januar 2005

I referencedokumentet er det konkluderet, at der er moderat evidens for udvikling af springerknæ efter belastninger hos basket- og volleyballspillere på eliteplan med mindst 12 spilletimer per uge, eventuelt i kombination med vægttræning på mindst 5 timer per uge eller spil på hårdt underlag.

Sygdommen er antagelig forårsaget af et højt tryk på knæskallen under de- og accelerationer med samtidig bøjning og strækning af knæet.

Dette er et belastningsmønster, der også ses hos professionelle fodboldspillere, håndboldspillere, badmintonspillere og lignende sportsgrene med den beskrevne type belastning med spring/løb med hyppige igangsætninger og opbremsninger (acceleration/deceleration) under samtidig bøjning og strækning af knæet.

Af samme grund har Arbejdsskadestyrelsen igennem en årrække anerkendt en række tilfælde af springerknæ hos fodboldspillere, efter at sagerne har været forelagt for Erhvervssygdomsudvalget.

Det er på denne baggrund Arbejdsskadestyrelsens og Erhvervssygdomsudvalgets vurdering af arbejdsskadelovens krav til begrebet "medicinsk dokumentation" i 2003-lovens forstand i relation til springerknæ (jumper's knee, tendinitis/tendinosis patellaris), at der er moderat dokumentation for en sammenhæng mellem den beskrevne type belastninger og sygdommen, der betyder, at tilstanden kan optages på erhvervssygdomsfortegnelsen efter 2003-loven.

Det betyder, at kravene til anerkendelse af springerknæ efter 2003-fortegnelsen er:

- Springerknæ som følge af spring/løb med hyppige igangsætninger og opbremsninger (acceleration/deceleration) under bøjning og strækning af knæet
- Denne belastning skal som udgangspunkt have været i mindst 12 timer per uge

- Kravet til den ugentlige belastning kan dog nedsættes, hvis belastningen har fundet sted i kombination med mindst 5 timers vægttræning per uge og/eller spil på hårdt underlag. Kravet til den ugentlige belastning i form af spring/løb kan dog ikke nedsættes til under 8 timer.
- Belastningen skal desuden have været i månedsviis, afhængigt af belastningens styrke og karakter. Dette krav kan ikke nedsættes til under 1 måned.

Kravene til den medicinske dokumentations 6 punktkrav er opfyldt på følgende måde:

1) En biologisk naturlig og logisk forklaring på sygdommen

Knæskalssenen, der forbinder den nederste del af knæskallen med skinnebenet, belastes meget hårdt, når den skal overføre den kraft, der ved spring/løb med fortsatte igangsætninger og opbremsninger, under bøjning og strækning af knæet, udløses af den kraftige lårmuskulatur til underbenet. Denne ofte gentagne belastning kan med stor sandsynlighed medføre brist i senefæstet på den øverste eller nederste kant af knæskallen i form af mikroskopiske småbristninger ved knæskalsenefæstet på nedre eller øvre kant af knæskallen. De første symptomer er ømhed, der i starten svinder ved opvarmning. Da belastningen ofte fortsætter på trods af ømheden, opstår der efterhånden en forandring i senen (tendinitis). Ved sværere og mere kroniske forandringer kaldes tilstanden for tendinosis.

2) En påvirkning, der må have en karakter og et omfang, der gør sygdommen sandsynlig

Det er lægeligt sandsynligt, at belastninger med spring/løb med hyppige igangsætninger og opbremsninger under bøjning og strækning af knæet i mindst 12 timer om ugen og i månedsviis kan forårsage springerknæ i henhold til den beskrevne årsagsmekanisme under punkt 1.

3) En sammenhæng mellem påvirkningen og sygdom, eksempelvis øget påvirkning giver øget sværhedsgrad af sygdommen

Flere undersøgelser viser i henhold til udredningsrapporten om springerknæ en statistisk sammenhæng mellem belastninger ved volleyballspil eller basketballspil i mindst 12 timer om ugen og en øget risiko for at udvikle springerknæ. Risikoen stiger ved spring/løb i kombination med mindst 5 timers vægttræning om ugen eller aktivitet på hårdt underlag. Der er således en vis dosis-respons på området, der med stor sandsynlighed kan udbredes til andre former for fysisk aktivitet med samme type belastninger af knæet, herunder fodboldspil, håndboldspil, badmintonspil og tennisspil.

4) Undersøgelser om udbredelse i befolkningen, der er konstateret ved lægeundersøgelse

Flere undersøgelser viser i henhold til udredningsrapporten om springerknæ, at der er en lægeligt dokumenteret, øget forekomst af springerknæ hos personer med de beskrevne belastninger ved spring/løb med hyppige igangsætninger og opbremsninger under bøjning og strækning af knæet i mindst 12 timer om ugen og i månedsviis.

5) Overbevisende rapportering af tilfælde, der er konstateret ved en lægeundersøgelse

Flere undersøgelser som beskrevet i de videnskabelige artikler omfattet af udredningsrapporten om springerknæ bygger på overbevisende rapportering af konstaterede tilfælde ved lægeundersøgelser, hvor der er:

- Relevante subjektive klager og
- Kliniske objektive forandringer

- Eventuelt en ultralydsskanning eller MR-skanning

6) En betydelig overhyppighed af sygdommen blandt personer, der er udsat for en påvirkning, i forhold til personer, der ikke er udsat

I litteraturen beskrives en stor overhyppighed af springerknæ hos personer beskæftiget med volleyballspil eller basketballspil i mindst 12 timer om ugen i månedsvis, eventuelt i kombination med vægttræning i mindst 5 timer per uge og/eller spil på hårdt underlag.

Denne form for belastning kan med stor sandsynlighed udbredes til andre former for erhverv, hvor der er en tilsvarende belastning af knæet, som fodboldspillere, håndboldspillere, badmintonspillere og tennisspillere.

Der skal tillige være en god tidsmæssig sammenhæng mellem påvirkningen og sygdommens opståen.

Samlet vurdering

En gennemgang af litteraturen viser, at kravene til medicinsk dokumentation er helt eller delvist opfyldt for

sygdommen: Springerknæ (jumper's knee, tendinitis/tendinosis patellaris) *som følge af*

påvirkningen: Spring/løb med hyppige igangsætninger og opbremsninger (acceleration/deceleration) under bøjning og strækning af knæet.

Belastningen skal som udgangspunkt have været i mindst 12 timer per uge, men dette krav kan eventuelt nedsættes, hvis belastningen har fundet sted i kombination med mindst 5 timers vægttræning per uge og/eller spil på hårdt underlag. Kravet kan dog ikke nedsættes til under 8 timers belastning ved spring/løb om ugen.

Belastningen skal som udgangspunkt have fundet sted i længere tid (månedsvis), men kravet til den samlede varighed kan nedsættes, hvis belastningen har fundet sted i kombination med mindst 5 timers vægttræning per uge og/eller spil på hårdt underlag. Kravet kan dog ikke nedsættes til under 1 måned.

Der skal tillige være god tidsmæssig sammenhæng mellem påvirkningen og sygdommens opståen, således at symptomerne senest er opstået få dage efter, at en relevant påvirkning fandt sted.

Arbejdets særlige art:

Der er ifølge referencedokumentet utilstrækkelig evidens for, at andre belastninger end de ovenfor anførte kan forårsage springerknæ (jumper's knee).

Der skal derfor foretages en konkret vurdering af sager, der ikke kan anerkendes efter fortegnelsen, med henblik på, om det kan være overvejende sandsynligt, at der er årsagssammenhæng mellem belastningen og sygdommen efter 2003-lovens § 7, stk. 1, nr. 2, 2.led.

Mulige sager, som kan forelægges for udvalget, er springerknæ opstået efter:

- Mange timers hård vægtræning om ugen, hvor personen ikke eller kun i begrænset omfang har været udsat for belastninger ved spring/løb
- Ekstraordinært stor, ugentlig belastning med spring/løb med fortsatte igangsætninger og opbremsninger (acceleration/deceleration) under bøjning og strækning af knæet igennem under 1 måned (ugevis)

Yderligere information:

[Se udredningsrapport om springerknæ.](#)

Udredningsrapporten kan også findes på www.ask.dk under Arbejdsskadestyrelsen, forskning og projekter.

23.15. Muskel- og skeletbesvær

Arbejdsskadestyrelsen og Erhvervs sygdomsudvalget har siden de første gennemgange af den videnskabelige dokumentation for årsagssammenhænge mellem sygdomme i bevægeapparatet og arbejdsmæssige belastninger fulgt udviklingen nøje. Senest har en ekspertgennemgang (resumé og hovedkonklusioner) om risikofaktorer knyttet til fysisk tungt arbejde ved seniorforsker Ole Olsen m.fl., Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, været drøftet.

Resuméet og hovedkonklusionerne fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø omhandler konklusioner fra et ekspertpanel, der har gennemgået resultaterne fra videnskabelige undersøgelser af sammenhængen mellem fysisk tungt arbejde og muskel- og skeletbesvær.

Ekspertpanelet er enige om, at den videnskabelige litteratur dokumenterer, at der er en årsags-sammenhæng mellem alle fem risikofaktorer og udvikling af muskel- og skeletbesvær. Sammenfattende kan det konkluderes, at der siden 2000 er publiceret en del ny forskning, som i det væsentlige bestyrker den her i vejledningen opfattede af sammenhængene mellem fysisk tungt arbejde og risikoen for at udvikle forskellige former for muskel- og skeletbesvær.

Det er ikke muligt at fastsætte nedre grænser for, hvornår de enkelte risikofaktorer kan medføre muskel- og skeletbesvær. Det er ekspertgruppens opfattelse, at såvel den tidsmæssige udstrækning som graden af hårdt fysisk arbejde skal være af betydelig varighed og omfang for at være skadevoldende for muskel- og skeletbesvær.

Panelet har ud fra videnskabelig litteratur gennemgået fem faktorer, der øger risikoen for muskel- og skeletbesvær ved fysisk tungt arbejde:

- **Løft, træk eller skub af tunge byrder**
- **Arbejde med bøjet eller vredet ryg eller nakke**
- **Arbejde med løftede arme**
- **Ensidig og gentagne kraftbetonede bevægelser (eksempelvis rengøringsarbejde og slagteriarbejde)**
- **Helkropsvibrationer (eksempelvis kørsel i dårligt affjedrede maskiner i landbrug)**

1. Løft, træk eller skub af tunge byrder

A. Skulder:

Repetitive og kraftfulde skulderbevægelser, i kombination med en vurdering af armens stilling ved belastningen eller statiske løft af overarmen til omkring 60 grader eller mere, er omfattet af fortegnelsen punkt C.5.1. og C.5.2.

B. Albuer:

Kraftfulde og repetitive arbejdsbevægelser, kraftfulde arbejdsbevægelser i akavede stillinger eller kraftfuldt statisk arbejde, er omfattet af fortegnelsen punkt C.4.1 og C.4.2.

C. Underarm:

Kraftfulde og repetitive arbejdsbevægelser, i kombination med en vurdering af hånden arbejdsstilling ved belastning er omfattet af fortegnelsen punkt C.1.

Kombination af hurtig gentagne, kraftfulde og/eller akavede håndledsbelastninger i længere tid er omfattet af fortegnelsen punkt C.2.

D. Hofter:

Slidgigt i begge hofter med hoftebelastende løftarbejde med mange tunge enkeltløft og en samlet daglig løftebelastning på flere tons i en lang årrække er omfattet af fortegnelsens punkt B.3.

E. Kroniske lænderyg sygdomme:

Rygbelastende løftarbejde med løft/træk opad af tunge genstande og en samlet daglig løftebelastning på mange tons i en længere årrække. Rygbelastende løftarbejde med almindeligt forekommende, ekstremt tunge og akavede enkeltløft og en samlet løftebelastning på flere tons i en længere årrække. Rygbelastende plejearbejde med mange daglige håndteringer af voksne eller større handicappede børn i en længere årrække. De nævnte belastninger omfattes af fortegnelsen punkt B.1.

Eksperterne finder moderat til stærk evidens for årsagssammenhæng mellem tunge løft og ondt i ryggen. Der er modstridende fund vedrørende om der er en eksponerings-respons sammenhæng. Der er ikke tilstrækkelige data til at fastsætte en mindsteværdi for skadelige løft.

2. Arbejde med bøjet ryg eller vredet ryg eller nakke

A. Nakke:

Nakkebøjning og/eller statisk belastning af nakke-skulderåget i en længere årrække er omfattet af fortegnelsen punkt B.2.

Eksperterne finder moderat til stærk evidens for en årsagssammenhæng mellem arbejde med foroverbøjet nakke og ondt i nakken. Enkelte undersøgelser finder eksponerings-respons sammenhæng. Det er ikke oplyst, om der er studier, der ikke finder det. Der er ikke tilstrækkelig data til at fastsætte mindsteværdier for graden af foroverbøjning og den tidsmæssige udstrækning og en skadelig påvirkning.

B. Kroniske lænderyg sygdomme:

Rygbelastende løftarbejde med almindelig forekomne, ekstreme tunge og akavede enkeltløft og en samlet løftebelastning på flere tons i en længere årrække er omfattet af fortegnelsens punkt B.1.

Eksperterne finder, at der er moderat til stærk evidens for årsagssammenhæng mellem foroverbøjet ryg, vrid samt drej og ondt i ryggen. Der er fundet eksponerings-respons sammenhæng i flere undersøgelser. Det er ikke oplyst, om der er studier, der ikke finder denne sammenhæng. Der er ikke tilstrækkelig data til at fastsætte nedre grænser for en skadelig påvirkning. Det er vanskeligt at adskille de enkelte belastningskomponenters virkning.

3. Arbejde med løftede arme

A. Skulder:

Statiske løft af overarme til omkring 60 grader eller mere eller repetitive og kraftfulde skulderbevægelser med løft af overarmen er omfattet af fortegnelsen punkt C.5.1. og C.5.2.

4. Ensidede og gentagne kraftbetonede bevægelser (eksempelvis rengøringsarbejde og slagteriarbejde)

De nævnte fysiske belastninger er omfattet af følgende punkter på fortegnelsen:

C.1. Sygdomme i hånd og underarm

C.2. Karpaltunnelsyndrom

C.4. Tennis og golfalbue

C.5. Skuldersygdomme

5. Helkropsvibrationer (eksempelvis kørsel i dårligt affjerdrede maskiner i landbruget)

Der er moderat til stærk evidens for en årsagsmæssig sammenhæng mellem helkropsvibrationer og ondt i ryggen. Der er fundet eksponerings-respons sammenhæng i flere undersøgelser. Der er tilstrækkeligt datamateriale i disse studier til at fastlægge egentlig grænseværdi for helkropsvibrationer (EU-direktiv). Helkropsvibrationer er optaget på ny fortegnelse under punkt B.1.d.

Samlet vurdering

Resuméets konklusioner er i overensstemmelse med de sygdomme, der er optaget på fortegnelsen og de belastningskrav, der fremgår af vejledningen om erhvervssygdomme. Der er således generelt ikke grundlag for at ændre Arbejdsskadestyrelsens eller Erhvervssygdomsudvalgets praksis.

Der har været udredningsrapporter vedrørende kroniske nakke- skuldersmerter, skuldersygdomme og hoftearthrose, hvor vejledningens krav til belastninger er i overensstemmelse med Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø's konklusioner. Vejledningens krav til belastningen for kroniske nakke-skulder smerter, skuldersygdomme, slidgigt i begge hofter, sygdomme i hånd og underarm, karpaltunnelsyndrom, tennisalbue og golfalbue følger dermed konklusionen fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.

Vedrørende belastningen for ryg og nakke er der heller ikke grundlag for en ændret praksis. Der er behov for yderligere forskning, herunder et review af patofysiologiske virkningsmekanismer ved fysisk påvirkning.

Endelig er der også vedrørende helkropsvibrationer overensstemmelse med Arbejdsskadestyrelsens praksis, idet styrelsen er enig i evidensvurderingen. Kravene til medicinsk dokumentation er opfyldt. Der er ikke behov for yderligere udredning.

Vedrørende slidgigt i knæ har der ved de tidligere drøftelser i 2006 ikke foreligget medicinsk dokumentation for årsagssammenhæng mellem tungt fysisk arbejde og slidgigt i knæ. Denne medicinske dokumentation er med resuméets konklusioner fortsat ikke til stede.

Yderligere information:

[Arbejdsgruppens resumé og hovedkonklusioner](#) ”Hvidbog om risikofaktorer knyttet til fysisk tungt arbejde”

Udredningsrapporten kan findes på www.ask.dk under Arbejdsskadestyrelsen, forskning og projekter

23.16. Pleurale plaques

Sygdommen pleurale plaques uden lungeasbestose opfylder kravene til medicinsk dokumentation på følgende måde.

1. En biologisk naturlig og logisk forklaring på sygdommen

Tynde asbestfibre med en diameter på mindre end 3 mikrometer (my) kan nå alveolerne helt perifert i lungerne og penetrere til lungehinden. Organismens rengøringsceller (makrofagerne) forsøger at optage og fjerne disse fibre. Dette medfører frigivelse af enzymer og bindevævsdannende stoffer, der vurderes at være årsagen til dannelsen af pleurale plaques gennem en langsomt fremadskridende proces, som bliver synlige på røntgenbilleder efter 10-15 år og forkalker efter 20-25 år.

2. En påvirkning, der må have en karakter og et omfang, der gør sygdommen sandsynlig

Det er veldokumenteret, at pleurale plaques kan påvises på røntgenbillede af lungerne mange år efter en forholdsvis lille, men direkte udsættelse for asbest.

3. En sammenhæng mellem påvirkning og sygdom, eksempelvis at øget påvirkning giver øget sværhedsgrad af sygdommen

Der er en sikker videnskabelig dokumentation for såvel dosis-responssammenhæng (større asbestudsættelse medfører, at flere får pleurale plaques) som dosis-effektsammenhæng (større asbestudsættelse medfører større plaques).

Forekomsten af pleurale plaques er imidlertid ikke simpelt lineær i forhold til asbestudsættelsen, idet forekomsten er bedre korreleret til tidspunktet for første udsættelse end den samlede størrelse af udsættelsen. Det skyldes, at nogle personer mere end andre har tilbøjeligheden (som i øvrigt er ukendt) til at udvikle pleurale plaques, endda ved forholdsvis beskeden udsættelse. Udviklingen af pleurale plaques følger mønstret for malignt mesotheliom og ikke mønstret for asbestose, begge sygdomme, der er omfattet af erhvervssygdomsfortegnelsen efter udsættelse for asbest.

En nedre grænse for eksposition kan ikke angives med rimelig sikkerhed. Pleurale plaques anses at kunne opstå ved selv lav og kort tids udsættelse. Det er heller ikke sjældent, at personer med pleurale plaques synlige på lungerøntgen ikke har haft nogen umiddelbar, påviselig, erhvervsmæssig udsættelse for asbest.

4. Undersøgelser om udbredelser i befolkningen, der bekræfter en sammenhæng

Litteraturen, der omfatter mange undersøgelser i forskellige beskæftigelsesgrupper, bekræfter en sammenhæng i befolkningen mellem personer, der udsættes for asbest, og udvikling af pleurale plaques.

5. Overbevisende rapportering af tilfælde, der er konstateret ved lægeundersøgelse

En række undersøgelser i de videnskabelige artikler, som drejer sig om pleurale plaques, viser, at der ved røntgenundersøgelser er konstateret pleurale plaques hos arbejdstagere, der har været udsat for asbest.

Der er medicinsk konsensus om, at

- 80-90 % af radiologisk veldefinerede pleurale plaques tilskrives erhvervmæssig asbestudsættelse (Konsensusrapport 1997, Helsinki)
- efter erhvervmæssig asbestudsættelse udvikler 5-15 % pleurale plaques efter 20 år og 30-50 % udvikler sygdommen efter 30 år (Parkes 1994)

6. En betydelig overhyppighed af sygdommen blandt personer, der er udsat for denne påvirkning, i forhold til befolkningen i almindelighed

Gennem undersøgelser er det dokumenteret, at der er en væsentlig overhyppighed af pleurale plaques hos arbejdstagere, der har været udsat for asbest, i forhold til befolkningen i øvrigt.

Samlet vurdering

En gennemgang af litteraturen viser, at kravene til medicinsk dokumentation er helt eller delvist opfyldt for

sygdommen: Pleurale plaques uden lungeasbestose

som følge af

påvirkningen: Asbest

23.17. Kronisk bronkitis/KOL

Gennemgang af referencedokument fra Arbejdsmiljøforskningsfonden om sammenhængen mellem "Kronisk bronkitis/KOL og forskellige fysiske og kemiske påvirkninger på arbejdet"

Arbejdsskadestyrelsen og Erhvervssygdomsudvalget har på et møde i marts 2010 drøftet en ny udredningsrapport om kronisk bronkitis og belastninger på arbejdet. Rapporten viste, at der fortsat er medicinsk dokumentation for sammenhæng mellem udsættelse for dampe/gasser/støv og/eller røg og sygdommene kronisk bronkitis/KOL. Sygdommene er derfor fortsat optaget på fortegnelsen over sygdomme anmeldt fra 1. januar 2005.

Opgavens indhold har været beskrevet af Arbejdsskadestyrelsen efter Erhvervssygdomsudvalgets ønske om udredning af mulige årsagssammenhænge mellem udvikling af kronisk bronkitis/KOL og udsættelse for forskellige fysiske og kemiske påvirkninger på arbejdet.

Opgaven er blevet løst af en international arbejdsgruppe af arbejdsmedicinere, lungemedicinere og en lungefysiolog med deltagelse fra Danmark, Norge, Sverige, UK og USA.

Dokumentet har af arbejdsgruppen været tilsendt to eksterne eksperter (Professorerne Giovanni Viegi og William MacNee), hvis kommentarer er blevet indarbejdet.

Dokumentet gennemgår den internationale epidemiologiske forskningslitteratur om mulige sammenhænge mellem kronisk bronkitis/KOL og forskellige former for fysiske og kemiske påvirkninger på arbejdet.

Referencedokumentets samlede vurdering:

Den samlede vurdering af graden af evidens for en årsagssammenhæng mellem kronisk bronkitis/KOL og forskellige former for fysiske og kemiske påvirkninger på arbejdet er således:

Påvirkning	Evidensniveau
Dampe/gasser/støv (organisk/uorganisk) og/eller røg	Stærk evidens (+++)

Øvrige konklusioner:

- Der var ikke tilstrækkelige data til at foretage en detaljeret vurdering af mulig øget risiko i forhold til arten, intensiteten og varigheden af eksponeringerne.
- Der var utilstrækkelige data og evidens til at vurdere, om risikoen for at udvikle kronisk bronkitis/KOL er forskellig for mænd og kvinder, hvis de er udsat for samme belastning.

Arbejdsskadestyrelsens vurdering af referencedokumentet

Det er Arbejdsskadestyrelsens vurdering af dokumentet, at det forholder sig til alle de stillede spørgsmål. Desuden konkluderer rapporten på de relevante problemstillinger, i det omfang det har været muligt. Forfatterne og de øvrige medvirkende har løst opgaven professionelt og videnskabeligt tilfredsstillende.

Vurdering efter 2003-loven

Det er Arbejdsskadestyrelsens vurdering af arbejdsskadeforsikringslovens 6 krav til begrebet ”medicinsk dokumentation” i 2003-lovens forstand i relation til kronisk bronkitis/KOL som følge af udsættelse for henholdsvis dampe, gasser, støv (organisk/uorganisk) og/eller røg er opfyldte på en sådan måde, at påvirkningerne kan forblive optaget på erhvervssygdomsfortegnelsen efter 2003-loven under gruppe E, jf. lovbekendtgørelse nr. 94 af 4. februar 2009 om fortegnelse over erhvervssygdomme anmeldt fra 1. januar 2005, i medfør af § 7, stk. 1, nr. 1, i lov om arbejdsskadeforsikring.

1. En biologisk og naturlig forklaring på sygdommen:

Sygdomsmekanismen er ikke fuldt opklaret, men meget taler for, at dampe/gasser/støv og/eller røg medfører en betændelsesreaktion, særligt i de perifere små luftveje, som fører til en øget modstand for udåndingsluften og tab af lungefunktion. Dette giver symptomer som åndenød og nedsat arbejdsevne.

2. En påvirkning, der må have en karakter og et omfang, der gør sygdommen sandsynlig

Det er lægeligt sandsynligt, at udsættelse for synligt støv eller røg dagligt i en lang årrække kan medføre udvikling af kronisk bronkitis/KOL.

3. En sammenhæng mellem påvirkning og sygdom, eksempelvis at øget påvirkning giver øget forekomst eller øget sværhedsgrad af sygdommen

Der er fundet sikre dosis-respons sammenhænge i flere forløbsstudier, idet større påvirkninger og længere tids udsættelse medfører, at flere personer (i procent) udvikler kronisk bronkitis/KOL

4. Undersøgelser om udbredelser i befolkningen, der bekræfter en sammenhæng

Kronisk bronkitis/KOL rangerede ifølge WHO i 2008, som verdens fjerde hyppigste dødsårsag og en amerikansk undersøgelse fra 2003 fandt ved en litteraturgennemgang, at 15 procent af alle tilfælde af kronisk bronkitis/KOL kunne tilskrives erhvervsmæssig udsættelse.

5. Overbevisende rapportering af tilfælde, der er konstateret ved lægeundersøgelse

Der er publiceret talrige lægevidenskabelige undersøgelser, hvor det er påvist, at erhvervsmæssig udsættelse for dampe/gasser/støv og/eller røg er ledsaget af et større årligt tab af lungefunktionen i milliliter, målt ved objektiv måling af lungefunktionen, sammenlignet med personer, der ikke er udsat for disse påvirkninger.

6. En betydelig overhyppighed af sygdommen blandt personer, der er udsat for denne påvirkning, i forhold til personer, der ikke er udsat

Epidemiologiske undersøgelser viser, at dette punkt er fuldt opfyldt og udgør samlet et stærkt bevis for, at der er en kausal sammenhæng (direkte årsagssammenhæng) mellem påvirkning og sygdom. Der er således fundet konsistens (ensartede fund) mellem mange undersøgelser udført af flere forskere fra forskellige lande udført på forskellige populationer ved brug af forskellige undersøgelsesmetoder (tværsnitsundersøgelser eller forløbsstudier). Desuden er de fundne sammenhænge stærke.

Samlet vurdering

En gennemgang af litteraturen viser, at kravene til medicinsk dokumentation er helt eller delvist opfyldt for:

Sygdommen: Kronisk bronkitis/KOL

som følge af

Påvirkningen: Dampe/gasser/støv og/eller røg gennem mange år

Der skal endvidere være tidsmæssig årsagssammenhæng mellem påvirkningen og sygdommen.

Arbejdets særlige art:

Konkrete sager, der ikke kan anerkendes efter fortegnelsen, kan fortsat forelægges Erhvervs sygdomsudvalget med henblik på en vurdering af, om det kan være overvejende sandsynligt, at der er en årsagsmæssig sammenhæng mellem arbejdet og sygdommen efter 2003 lovens § 7, stk. 1, nr. 2, 2. led, om arbejdets særlige art.

Yderligere information:

[Se udredningsrapport om kronisk bronkitis/KOL.](#)

Udredningsrapporten kan også findes på www.ask.dk under Arbejdsskadestyrelsen, forskning og projekter.

23.18. Posttraumatisk belastningsreaktion

Posttraumatisk belastningsreaktion opfylder kravene til medicinsk dokumentation på følgende måde.

1. En biologisk naturlig og logisk forklaring på sygdommen

Det er biologisk naturligt og logisk, at når personer udsættes for en påvirkning i form af ekstraordinært svære belastninger af en exceptionelt truende eller katastrofeagtig karakter, så kan de også udvikle psykiske følger.

2. En påvirkning, der må have en karakter og et omfang, der gør sygdommen sandsynlig

Påvirkningens karakter er voldsom (exceptionelt truende eller katastrofeagtig karakter), og litteraturen viser, at sandsynligheden for, at posttraumatisk belastningsreaktion opstår, er relativt stor.

3. En sammenhæng mellem påvirkning og sygdom, eksempelvis at øget påvirkning giver øget sværhedsgrad af sygdommen

Sværhedsgraden af posttraumatisk belastningsreaktion afhænger til en vis grad af påvirkningens karakter og omfang, men der er ingen egentlige tærskelværdier.

Man kan antage, at alle personer har en individuel tærskelværdi, som skal overskrides (break point).

Begivenheder, der er traumatiske for én person, behøver ikke nødvendigvis at være det for en anden. Dette skyldes antageligt forskelle i personlighederne og den enkeltes psykiske ressourcer. Dog synes der at være en vis dosis-respons-sammenhæng, idet voldsomme påvirkninger medfører, at flere personer (i procent) udvikler posttraumatisk belastningsreaktion.

4. Undersøgelser om udbredelser i befolkningen, der bekræfter en sammenhæng

Litteraturen, der omfatter mange undersøgelser i forskelle befolkningsgrupper, bekræfter en sammenhæng mellem udsættelsen for en påvirkning af en ekstraordinært svær belastning, af en exceptionelt truende eller katastrofeagtig karakter, og udviklingen af posttraumatisk belastningsreaktion som en psykisk følge.

Undersøgelserne i litteraturen bygger på den klinisk diagnose, der er stillet på basis af et klinisk psykiatrisk interview.

5. Overbevisende rapportering af tilfælde, der er konstateret ved lægeundersøgelse

De fleste af de videnskabelige artikler bygger på den kliniske diagnose, som er stillet på basis af et klinisk psykiatrisk interview og eventuelt også en undersøgelse af den tilskadekomne.

Litteraturen indeholder en overbevisende rapportering af tilfælde, som er konstateret på basis af et klinisk psykiatrisk interview.

6. En betydelig overhyppighed af sygdommen blandt personer, der er udsat for denne påvirkning, i forhold til personer, der ikke er udsat

Med baggrund i ICD-10-kriterierne optræder sygdommen posttraumatisk belastningsreaktion principielt set kun hos personer, der har været udsat for den relevante påvirkning (traumatiske begivenheder af en exceptionelt truende eller katastrofeagtig karakter).

23.19. Kræftsygdomme

23.19.1. Bilag 1: Uddrag af fortegnelsen (kræftsygdomme)

Gruppe K: Kræftsygdomme

Blod- og lymfedannende organer:		
K.1.1.	Leukæmi	Stoffer: a. Benzen b. Etylenoxid c. 1,3-Butadien Processer: d. Gummiindustri e. Olieraffinering f. Støvle- og skofremstilling og – reparation
K.1.2.	Myeloid leukæmi	Ioniserende stråling (for eksempel røntgen- og gammastråling)
K.1.3.	Lymfe- og bloddannende organer	1,3-Butadien
K.1.4.	Non-Hodgkin lymfom	a. 2,3,7,8-Tetraklorodibenzo- <i>para</i> -dioxin (<i>dioxin</i>) b. Tetrakloretylen c. Triklloretylen
Fordøjelsesorganer:		
K.2.1.	Bughinde (<i>mesotheliom</i>)	a. Asbest b. Erionit c. Talkum med indhold af asbestlignende fibre
K.2.2.	Lever og galdeveje	a. Aflatoksiner b. Polyklorerede bifenylter c. Triklloretylen
K.2.3.	Lever	a. Hepatitis B-virus b. Hepatitis C-virus c. Vinylklorid
K.2.4.	Lever (<i>angiosarkom</i>)	Vinylklorid
K.2.5.	Mavesæk	Uorganiske blyforbindelser
K.2.6.	Næsesvælg	Formaldehyd
Hud:		
K.3.	Hud	Stoffer: a. Arsen og dets forbindelser b. Antracen c. Kreosotforbindelser d. Mineralsk olie, ubehandlet og let behandlet e. Råparaffin f. Skiferolie eller smøremidler udvundet af skifer g. Solstråling h. Sod i. Stenkulstjære og stenkulstjærebeholdere Processer: j. Koksproduktion k. Kulforgasning l. Olieraffinering
Luftveje:		
K.4.1.	Lunge	Stoffer: a. 2,3,7,8-Tetraklorodibenzo- <i>para</i> -dioxin (<i>dioxin</i>) b. Alfa-klorede toluener og benzoylklorid (kombineret) c. Arsen og dets forbindelser d. Asbest e. Beryllium og dets forbindelser f. 3,3'-Dichloro-4,4'-diphenylmethan (chloromethyl)ether og chloromethyl methyl ether (teknisk grad) (<i>oat cell</i>) g. Cadmium og dets forbindelser

K.4.2.	Lunghinde (<i>mesotheliom</i>)	a. Asbest b. Erionit c. Talkum med indhold af asbestlignende fibre
K.4.3.	Næsehule og bihuler	Stoffer: a. Formaldehyd b. Kromforbindelser c. Nikkelforbindelser, herunder kombinationer af nikkeloxider og -sulfider i nikkelraffineringsindustri d. Træstøv Processer: e. Fremstilling af isopropylalkohol ved stærk sur proces f. Møbel- og skabsproduktion g. Støvle- og skofremstilling og -reparation
K.4.4.	Slimhinder i bihuler og processus mastoideus (<i>epiteliale tumorer</i>)	Radium-226
K.4.5.	Strube	Stoffer: a. Asbest b. Sennepegas (svovlsennep) c. Stærke uorganiske syretåger indeholdende svovlsyre Processer: d. Isopropylalkohol, fremstilling ved stærk sur proces
Urinveje:		
K.5.1.	Nyre	Koksfremstilling
K.5.2.	Urinblære	Stoffer: a. 2-Naphylamin b. 4-Aminobifenyl c. 4-Klor- <i>ortho</i> -toluidin og dets stærke (hydroklorid)salte d. 4-4'-metylbiskloranilin (MOCA) e. Arsen og dets forbindelser f. Benzidin og benzidinbaserede farvestoffer g. Ortho-toluidin h. Stenkulstjære og stenkulstjærebeg i. Udstødningsgasser fra dieselmotorer Processer: j. Aluminiumsfremstilling k. Auraminfremstilling l. Frisørarbejde m. Kulforgasning n. Gummiindustri o. Maler (erhvervsmæssig udsættelse som) p. Magenta-fremstilling (fuchsin) q. Støvle- og skofremstilling og -reparation
Øvrige organer eller kræftformer:		
K.6.1.	Bindevæv	2,3,7,8-Tetraklorodibenzo- <i>para</i> -dioxin (<i>dioxin</i>)
K.6.2.	Bryst	Ioniserende stråling (for eksempel røntgen- og gammastråling)
K.6.3.	Knogle (<i>sarkom</i>)	Radium-226 og Radium-228
K.6.4.	Kræft uden specifikation (<i>alle kræftformer, som ikke er medtaget under andre punkter</i>)	2,3,7,8-Tetraklorodibenzo- <i>para</i> -dioxin (<i>dioxin</i>)
K.6.5.	Skjoldbruskkirtel	Ioniserende stråling (for eksempel røntgen- og gammastråling)

23.19.2. Bilag 2: Oversigt og gennemgang af IARC's evidensvurderinger på kræftområdet

Kilde: Environmental Health Perspectives, Volume 112, Number 15, November 2004

Stærk: Stærk sammenhæng
Sufficient: Tilstrækkelig sammenhæng
Suggestiv: Antydning sammenhæng
Inadækvat: Utilstrækkelig sammenhæng

Tabel 3. Stoffer og blandinger, der er evalueret af IARC som definte humane carcinogener (gruppe 1), og som udgør erhvervsmæssige udsættelser

Stof eller blanding	Erhverv eller branche hvor stoffet findes ^a	IARC Monograph bind (år) ^b	Human evidens ^c	Animalsk evidens	Placering(er)
Fysiske agenter					
Ioniserende stråling og dennes kilder, herunder især røntgen, y-stråler, neutroner og radongas	Radiologer, teknologer, atomarbejdere, radiummalere, minearbejdere i underjordiske miner, plutoniumarbejdere, oprydningarbejdere efter atomulykker, flybesætninger	Vol. 75 (2000a) Vol. 78 (2001a)	Sufficient	Sufficient	Knogle ^d Leukæmi Lunge Lever Skjoldbruskkirtel Andre
Solstråling	Udendørsarbejdere	Vol. 55 (1992b)	Sufficient	Sufficient	Melanom Hud
Respirable støvarter og fibre Asbest	Mine- og mølledrift, fremstilling af biprodukter, isolering, skibsværftsarbejdere, pladesmede, asbestindustrien	Suppl. 7 (1987)	Sufficient	Sufficient	Lunge Mesoteliom Larynx ^c Mavetarmkanal
Erionit	Affaldsbehandling, kloaksystemer, landbrugsaffald, kontrolsystemer til luftforurening, cementaggregater, byggematerialer	Suppl. 7 (1987)	Sufficient	Sufficient	Mesoteliom
Silika, krystalline	Granit- og stenindustri; keramik-, glas- og beslægtede industrier, støberier og metallurgisk industri, slibemidler, byggeri, landbrug	Vol. 68 (1997b)	Sufficient	Sufficient	Lunge
Talkum med asbestiformfibre	Fremstilling af stentøj, papir, maling og kosmetik	Suppl. 7 (1987)	Sufficient	Inadækvat	Lunge Mesoteliom
Træstøv	Skovbrugs- og savværksarbejdere, pulp- og papir- og kartonindustri, træbearbejdningsbrancher (f.eks. møbelindustrier, skabsfremstilling, tømrerarbejde og byggeri), anvendt som fyld i plastic- og linoleumsproduktion	Vol. 62 (1995b)	Sufficient	Inadækvat	Næsehuler og paranasale sinuser
Metaller og deres forbindelser					
Arsen og dets forbindelser	Ikke-jernholdig metalsmeltning; produktion, pakning og brug af arsenholdige pesticider; fremstilling af utøjsmidler til får, uldfiberproduktion,	Suppl. 7 (1987)	Sufficient	Begrænset	Hud Lunge Lever (angiosarkom)

	minedrift af årer indeholdende arsen				
Beryllium	Udvinning og forarbejdning af beryllium, luftfarts- og aerospace-industrien, elektronik- og atomindustrien; guldsmede	Vol. 58 (1993a)	Sufficient	Sufficient	Lunge
Cadmium og dets forbindelser	Cadmiumsmeltningssarbejdere, batteriproduktionsarbejdere, cadmium-kobberlegeringsarbejdere, farvestof- og pigmentproduktion, elektroplating-processer	Vol. 58 (1993a)	Sufficient	Sufficient	Lunge
Kromforbindelser, hexavalente	Kromatproduktionsanlæg, farvestoffer og pigmenter, plating og indgravning, kromjernlegeringsproduktion, svejsning i rustfrit stål, i træimpregneringsmidler; læderindfarvning, vandbehandling, blækfarver, fotografi, litografi, boremudder, kunstige parfumer, pyroteknik, rustbehandling	Vol. 49 (1990a)	Sufficient	Sufficient	Lunge Nasale sinuser
Udvalgte nikkelforbindelser, herunder kombinationer af nikkelloxider og sulfider i nikkelforbindelsesindustrien	Nikkelforbindelsesindustrien og smeltning, svejsning	Vol. 49 (1990a)	Sufficient	Sufficient	Lunge Næsehule og sinuser
Træ og fossilt brændsel og biprodukter heraf					
Benzen	Produktion, opløsningsmidler i skoproduktionsindustrien; kemisk, farmaceutisk og gummiindustri, trykkeribranchen (rotogravureanlæg, bogbinderafdelinger), benzintilsætningsstof	Suppl. 7 (1987)	Sufficient	Begrænset	Leukæmi
Stenkulstjærer og beg	Produktion af raffinerede kemikalier og stenkulstjæreprodukter (briketter), koksproduktion, kulforgasning, aluminiumsproduktion, støberier, vejbelægning og byggeri (taglæggere/skifertækkere)	Suppl. 7 (1987)	Sufficient	Sufficient	Hud Lunge Blære
Mineralske olier, ubehandlet og let behandlet	Produktion; anvendt som smøremiddel af metalarbejdere, maskinarbejdere, ingeniører; trykkeribranchen (trykfarver); anvendt i kosmetik,	Suppl. 7 (1987)	Sufficient	Inadækvat	Hud Blære Lunge Næsehuler

	lægemidler og farmaceutiske præparater				
Skiferolier eller smøremidler udvundet af skifer	Minedrift og bearbejdning, anvendt som brændsel eller til føddning af kemiske anlæg; smøremiddel i bomuldstekstilindustrien	Suppl. 7 (1987)	Sufficient	Sufficient	Hud
Sod	Skorstensfejere, servicepersonale ved varmeanlæg; murere og murerarbejdsmænd, bygningsnedrivningsfirmaer, isoleringsarbejdere, brandfolk, metallurgi-arbejdere, arbejde der indebærer afbrænding af organiske materialer	Vol. 35 (1985)	Sufficient	Inadækvat	Hud Lunge Esophagus
Monomer					
Vinylklorid	Produktion, produktion af polyvinylklorid og copolymer; refrigerant før 1974, udvindingsopløsningsmiddel; i aerosol-propellanter	Suppl. 7 (1987)	Sufficient	Sufficient	Lever (angiosarkom) Lever (hepatocellulær)
Mellemprodukter i fremstilling af plastic og gummi					
Bis(chloromethyl)ether og chloromethyl methylether (teknisk grad)	Produktion, kemisk mellemprodukt, alkylase-agent, laboratoriereagent, plasticfremstilling, ion-udveksling, harpikser og polymer	Suppl. 7 (1987)	Sufficient	Sufficient	Lunge (kornagtig celle)
Aromatiske aminfarvestoffer					
4-Aminobiphenyl	Produktion, fremstilling af farvestoffer og pigment	Suppl. 7 (1987)	Sufficient	Sufficient	Blære
Benzidin	Produktion, fremstilling af farvestoffer og pigment	Suppl. 7 (1987)	Sufficient	Sufficient	Blære
2-Naphthylamin	Produktion, fremstilling af farvestoffer og pigment	Suppl. 7 (1987)	Sufficient	Sufficient	Blære
Pesticider					
Ethylenoxid	Produktion, kemisk industri, steriliserende middel (hospitaller, fumigation af krydderier)	Vol. 60 (1994)	Begrænset	Sufficient	Leukæmi
2,3,7,8-Tetrachlorodibenzo- <i>para</i> -dioxin (TCDD)	Produktion, brug af chlorophenoler og chlorophenoxy-herbicer; affaldsforbrænding, PCB-produktion, blegning af pulp og papir	Vol. 69 (1997a)	Begrænset	Sufficient	Alle placeringer kombineret Lunge Non-Hodgkin lymfom Sarkom
Andre					
Aflatoxin	Foderproduktionsindustri	Vol. 82	Sufficient	Sufficient	Lever

	en; arbejdere der laster og lossere; bearbejdning af ris og majs	(2002b)			
Ufrivillig (passiv) rygning	Bar- og restaurationspersonale, kontoransatte	Vol. 83 (2004)	Sufficient	Sufficient	Lunge
Sennepegs gas	Produktion, anvendt i forskningslaboratorier, militært personel	Suppl. 7 (1987)	Sufficient	Begrænset	Larynx Lunge Pharynx
Stærke uorganiske syretåger indeholdende svovlsyre	Kemisk rensning ("pickling"), stålindustri, petrokemisk industri, fremstilling af fosfatsyre-gødning	Vol. 54 (1992a)	Sufficient	Ikke til rådighed	Larynx Lunge

a: Ikke nødvendigvis en udtømmende liste over erhverv/brancher, hvor dette middel findes; ikke alle arbejdere i disse erhverv/brancher er udsatte. Betegnelsen "produktion" anvendes for at indikere, at dette stof er kunstigt fremstillet, og at arbejdere kan blive udsat i produktionsprocessen.

b: Seneste IARC-evaluering; for dem, der refereres i supplement 7 (IARC 1987), er det muligt, at 1987-redegørelsen var ganske rutinemæssig, og at den essentielle dokumentation blev samlet på et tidligere tidspunkt.

c: Ifølge IARC's arbejdsgruppes vurdering; vi tilføjede noten "ikke til rådighed" for at indikere de stoffer, der ikke var dokumentation for overhovedet.

d: Vi vurderede, at dokumentationen for en association med denne placering var stærk.

e: Vi vurderede, at dokumentationen var suggestiv.

Kilde: Environmental Health Perspectives, Volume 112, Number 15, november 2004, 1450 (oversat af Arbejdsskadestyrelsen)

Tabel 4. Stoffer og blandinger, der er evalueret af IARC som sandsynlige humane carcinogener (gruppe 2A), og som udgør erhvervsmæssige udsættelser

Stof eller blanding	Erhverv eller branche hvor stoffet findes ^a	IARC Monograph bind (år) ^b	Human evidens ^c	Animalsk evidens	Placering(er)
Fysiske agenter					
Ultraviolet stråling (A, B og C) fra kunstige kilder	Buesvejsning, industrielle fotoprocesser, sterilisering og desinficering, fototerapi, operationsstuer, forskningslaboratorier, ultraviolet fluorescens i fødevareindustrien, insektfælder	Vol. 55 (1992b)	Inadækvat	Sufficient	Melanom ¹
Polyaromatiske kulbrinter					
Benz[a]anthracen	Arbejde der indebærer forbrænding af organisk materiale, støberier, stålværker, brandfolk, motormekanik	Vol. 32 (1983b)	Ikke til rådighed	Sufficient	Lunge Blære Hud
Benzo[a]pyren	Arbejde der indebærer forbrænding af organisk materiale, støberier, stålværker, brandfolk, motormekanik	Vol. 32 (1983b)	Ikke til rådighed	Sufficient	Lunge Blære Hud
Dibenz[a, h]anthracen	Arbejde der indebærer forbrænding af organisk materiale, støberier, stålværker, brandfolk, motormekanik	Vol. 32 (1983b)	Ikke til rådighed	Sufficient	Lunge Blære Hud

Træ og fossilt brændsel og biprodukter heraf					
Creosoter	Fremstilling af mursten, træimprægning	Vol. 35 (1985)	Begrænset	Sufficient	Hud
Udstødningsgas fra dieselmotorer	Jernbanearbejdere, erhvervschauffører, havnearbejdere, mekanikere	Vol. 46 (1989a)	Begrænset	Sufficient	Lunge Blære
Mellemprodukter i plastic- og gummifremstilling					
4,4'-Methylbis(2-chloroanilin)	Produktion, hærder til forsegling af tagbelægning og træ	Vol. 57 (1993b)	Inadækvat	Sufficient	Blære
Styren-7,8-oxid	Produktion, styren-glucolproduktion, parfumepræparater, reaktiv diluent i epoxyresin-formuleringer, som kemisk mellemprodukt for kosmetik, overfladebelægning og landbrugs- og biologiske kemikalier, anvendt til behandling af fibre og tekstiler, i bearbejdede gummiprodukter	Vol. 60 (1994)	Inadækvat	Sufficient	
Chlorerede kulbrinter					
Alfa-chlorerede toluener	Produktion, fremstilling af farvestof og pesticider	Vol. 71 (1999a)	Begrænset	Sufficient	Lunge
Polychlorerede biphenyler	Produktion, fremstilling af elektriske capacitorer	Suppl. 7 (1987)	Begrænset	Sufficient	Lever og galdegang
Tetrachloroethylen	Produktion, kemisk rensning, affedtning af metal	Vol. 63 (1995a)	Begrænset	Sufficient	Cervix Esophagus Non-Hodgkin lymfom
Trichloroethylen	Produktion, kemisk rensning, affedtning af metal	Vol. 63 (1995a)	Begrænset	Sufficient	Lever og galdegang Non-Hodgkin lymfom Renalcelle
Monomer					
Acrylamid	Kemisk industri, vand- og spildevandsbearbejdning; tekstil-, stål- og tømmerindustrien, olieraffinering, mineralbearbejdning, sukkerproduktion, hospitaler	Vol. 60 (1994)	Inadækvat	Sufficient	Pancreas
1,3-Butadiene	Kemisk og gummiindustri	Vol. 71 (1999a)	Begrænset	Sufficient	Lymfæ-hæmatopoietisk
Epichlorohydrin	Produktion og brug af harpikser, glycerin og propylenbaserede gummiarter, anvendt som opløsningsmiddel	Vol. 71 (1999a)	Inadækvat	Sufficient	Lunge Central-nervesystem
Vinylbromid	Produktion, produktion af vinylbromidpolymer og monoacrylfibre til tæppebagbelægning,	Vol. 71 (1999a)	Ikke til rådighed	Sufficient	

	gummi- og plasticproduktion				
Vinylfluorid	Produktion, polyvinylfluorid og fluoropolymerproduktion	Vol. 63 (1995a)	Ikke til rådighed	Sufficient	
Aromatiske aminfarvestoffer					
Benzidin-baserede farvestoffer	Produktion, anvendt i tekstil-, papir-, læder-, gummi-, plastic-, trykkeri- og lakindustrien	Suppl. 7 (1987)	Inadækvat	Sufficient	Blære
4-Chloro- <i>ortho</i> -toluidine	Fremstilling af farvestoffer og pigment, tekstilindustri	Vol. 77 (2000b)	Begrænset	Sufficient	Blære
<i>ortho</i> -Toluidine	Produktion, fremstilling af farvestoffer, pigment, optisk hvidt, farmaceutiske produkter og pesticider; gummivulkanisering, klinisk laboratoriereagent, rengøringspersonale og viceværter	Vol. 77 (2000b)	Begrænset	Sufficient	Blære
Mellemprodukter i fremstilling af farvestoffer					
Dimethylcarbomoylchlorid	Produktion, fremstilling af farmaceutiske produkter, pesticider og farvestoffer	Vol. 71 (1999a)	Inadækvat	Sufficient	
Pesticider					
Captafol	Produktion, fungicide	Vol. 53 (1991b)	Ikke til rådighed	Sufficient	
Ethylendibromid	Produktion, skadedyrsbekæmpelse, olieraffinering og vandtætning, blyholdig benzintilsætning, kemisk mellemprodukt og opløsningsmiddel i gummi, voks, harpiks, farvestoffer og farmaceutiske præparater	Vol. 71 (1999a)	Inadækvat	Sufficient	
Ikke-arsenholdige insektbekæmpelsesmidler	Produktion, arbejdere inden for skadedyrsbekæmpelse og landbrug, arbejdere i mel- og kornproduktion	Vol. 53 (1991b)	Begrænset	Ikke til rådighed	Hjerne Leukæmi Lunge Multiple myelom Non-Hodgkin lymfom
Andre					
Diethylsulfat	Ethanolproduktion	Vol. 71 (1999a)	Ikke til rådighed	Sufficient	
Formaldehyd	Produktion, patologer, medicinske laboratorieteknikere, plastic, tekstilindustri	Vol. 62 (1995b)	Begrænset	Sufficient	Leukæmi Nasale sinuser Nasopharynx
Tris(2,3-dibromopropyl)	Produktion, brugt i tekstilfosfatindustrien, i fenolisk harpiks (for elektronikindustrien), maling, papirbelægnings og gummi	Vol. 71 (1999a)	Inadækvat	Sufficient	

a: Ikke nødvendigvis en udtømmende liste over erhverv/brancher, hvor dette middel findes; ikke alle arbejdere i disse erhverv/brancher er udsatte. Betegnelsen "produktion" anvendes for at indikere, at dette stof er kunstigt fremstillet, og at arbejdere kan blive udsat i produktionsprocessen.

b: Seneste IARC-evaluering; for dem, der refereres i supplement 7 (IARC 1987), er det muligt, at 1987-redegørelsen var ganske rutinemæssig, og at den essentielle dokumentation blev samlet på et tidligere tidspunkt.

c: Ifølge IARC's arbejdsgruppes vurdering; vi tilføjede noten "ikke til rådighed" for at indikere de stoffer, der ikke var dokumentation for overhovedet.

d: Vi vurderede, at dokumentationen var suggestiv.

Kilde: Environmental Health Perspectives, Volume 112, Number 15, november 2004, 1452 (Oversat af Arbejdsskadestyrelsen)

Tabel 6. Erhverv eller brancher, der er evalueret af IARC som definte (gruppe 1), sandsynlige (gruppe 2A) eller mulige (gruppe 2B) erhverv eller brancher, der indebærer en overrisiko for cancer blandt arbejderne

Erhverv eller branche	Stof under mistanke	IARC Monograph bind (år) ^a	Gruppe	Placering(er)
Aluminiumsproduktion	Volatil beg, aromatiske aminer	Suppl. 7 (1987)	1	Lunge ^b , blære
Auraminfremstilling	2-Naphthylamin, auramin, andre kemikalier, pigmenter	Suppl. 7 (1987)	1	Blære
Støvle- og skofremstilling og -reparation	Læderstøv, benzen og andre opløsningsmidler	Suppl. 7 (1987)	1	Leukæmi, næse, paranasale sinuser, blære ^c
Tømmer- og snedkervirksomhed	Træstøv	Suppl. 7 (1987)	2B	
Kulforgasning	Stenkulstjære, stenkulstjæredampe, polycykliske aromatiske kulbrinter	Vol. 34 (1984)	1	Hud (herunder scrotum), blære, lunge
Koksproduktion	Stenkulstjæredampe	Suppl. 7 (1987)	1	Hud (scrotum), lunge, blære, nyre
Kemisk rensning	Opløsningsmidler og kemikalier brugt ved pletfjernelse	Vol. 63 (1995a)	2B	
Møbel- og skabsproduktion	Træstøv	Suppl. 7 (1987)	1	Næse og sinonasale hulrum
Frisører og barberer	Farvestoffer (aromatiske aminer, aminofenoler med hydrogenperoxid), opløsningsmidler, propellanter, aerosoler	Vol. 57 (1993b)	2A	Blære, lunge, Non-Hodgkin lymfom, ovarie
Hæmatit-minedrift (under jorden) med udsættelse for radon	Radondøtre, silika	Suppl. 7 (1987)	1	Lunge
Jern- og stålstøbning	Polycykliske aromatiske kulbrinter, silika, metaldampe, formaldehyd	Suppl. 7 (1987)	1	Lunge
Fremstilling af isopropylalkohol ved stærk sur proces	Diisopropylsulfat, isopropylolier, svovlsyre	Suppl. 7 (1987)	1	Paranasale sinuser, larynx, lunge
Fremstilling af magenta	Magenta, <i>ortho</i> -toluidine, 4,4'-metylenbis(2-methylanilin), <i>ortho</i> -nitrotoluene	Vol. 57 (1993b)	1	Blære
Malere		Vol. 47 (1989c)	1	Lunge, blære, mave
Olieraffinering	Polycykliske aromatiske	Vol. 45	2A	Blære, hjerne, leukæmi

	kulbrinter	(1989b)		
Trykkeriprocesser	Opløsningsmidler, blæk	Vol. 65 (1996)	2B	
Produktion af kunstglas, glasbeholdere og lertøj	Bly, arsen, antimonoxider, silika, asbest, andre metaloxider, polycykliske aromatiske kulbrinter	Vol. 58 (1993a)	2A	Lunge
Gummiindustri	Aromatiske aminer, opløsningsmidler	Suppl. 7 (1987)	1	Blære, mave, larynx, leukæmi, lunge
Tekstilm fremstillingsindustri	Tekstilstøv i fremstillingsprocessen, farver og opløsningsmidler i farve- og trykprocesser	Vol. 48 (1990b)	2B	

a: Seneste IARC-evaluering; for dem, der refereres i supplement 7 (IARC 1987), er det muligt, at 1987-redegørelsen var ganske rutinemæssig, og at den essentielle dokumentation blev samlet på et tidligere tidspunkt.

b: Vi vurderede, at dokumentationen for en association med denne placering var stærk.

c: Vi vurderede, at dokumentationen var suggestiv.

Kilde: Environmental Health Perspectives, Volume 112, Number 15, november 2004, 1457 (oversat af Arbejdsskadestyrelsen)

Tabel 7. Definitte eller sandsynlige erhvervsmæssige carcinogener og carcinogene omstændigheder, efter placering

Placering	Dokumentationens vægt ^a	Højrisikostof eller -omstændighed
Pharynx og nasopharynx	Suggestiv	Sennepsgas, formaldehyd
Næsehuler og paranasale sinuser	Stærk	Støve- og skofremstilling og -reparation, møbel- og skabsproduktion, fremstilling af isopropylalkohol ved stærk sur proces, udvalgte nikkelforbindelser, herunder kombinationer af nikkeloxider og sulfider i nikkelraffineringsindustrien, træstøv
	Suggestiv	Kromforbindelser, hexavalente, formaldehyd, mineralske olier, ubehandlet og let behandlet
Esophagus	Suggestiv	Sod, tetrachloroethylen
Mave	Suggestiv	Malere, gummiindustri
Mavetarmkanal	Suggestiv	Asbest
Lever og galdegang	Stærk	Aflatoxin, ioniserende stråling
	Suggestiv	Polychlorerede biphenyler, trichloroethylen
Lever (angiosarkom)	Stærk	Vinylchlorid
	Suggestiv	Arsen og arsenforbindelser
Lever (hepatocellulær)	Suggestiv	Vinylchlorid
Pancreas	Suggestiv	Acrylamid
Larynx	Stærk	Fremstilling af isopropylalkohol ved stærk sur proces, uorganiske syretåger indeholdende svovlsyre, sennepsgas
	Suggestiv	Asbest, gummiindustri
Lunge	Stærk	Aluminiumsproduktion, arsen og arsenforbindelser, asbest, beryllium, cadmium og cadmiumforbindelser, chromforbindelser, hexavalente, kulforgasning, koksproduktion, hæmatit-minedrift under jorden med udsættelse for radon, ufrivillig (passiv) rygning, ioniserende stråling, støbning af jern og stål, udvalgte nikkelforbindelser, herunder kombinationer af nikkeloxider og sulfider i nikkelraffineringsindustrien, malere, silika, krystalline, sod, talkum indeholdende asbestiformfibre
	Suggestiv	Benz[a]anthracen, benzo[a]pyren, alfa-chlorerede toluener, stenkulstjære og beg, dibenz [a, h] anthracen, udstødningsgas fra dieselmotorer, epichlorohydrin, frisører og barberer,

Lunge (kornagtig celle)	Stærk	uorganiske syretåger indeholdende svovlsyre, fremstilling af isopropylalkohol (stærk sur proces), mineralske olier (ubehandlet og let behandlet), ikke-arsenholdige insektbekæmpelsesmidler, sennepsgas, fremstilling af kunstglas, glasbeholdere og stentøj; gummiindustri, 2,3,7,8-tetrachlorodibenzo- <i>para</i> -dioxin
Knogle	Stærk	Bis(chloromethyl)ether og chloromethyl methylether (teknisk grad)
Melanom	Stærk	Ioniserende stråling
	Suggestiv	Solstråling
	Stærk	Ultraviolet stråling (A, B og C) fra kunstige kilder
		Arsen og arsenforbindelser, stenkulstjære og beg, kulforgasning, koksproduktion, dibenz [a, h] anthracen, mineralske olier, ubehandlet og let behandlet, skiferolier eller skiferafledte smøremidler, solstråling, sod
Mesoteliom	Suggestiv	Benz[a]anthracen, benzo[a]pyren, creosoter
Centralnervesystem	Stærk	Asbest, erionit, talkum indeholdende asbestformfibre
Sarkom	Suggestiv	Epichlorohydrin
Cervix	Suggestiv	2,3,7,8-tetrachlorodibenzo- <i>para</i> -dioxin
Ovarie	Suggestiv	Tetrachloroethylen
Nyre	Suggestiv	Frisører og barberer
Nyre (renalcelle)	Suggestiv	Koksproduktion
Blære	Stærk	Trichloroethylen
		Aluminiumsproduktion, 4-aminobiphenyl, auraminfremstilling, benzidin, kulforgasning, magentafremstilling, 2-naphthylamin, gummiindustri
	Suggestiv	Benz[a]anthracen, benzidinbaserede farver, benzo[a]pyren, støvle- og skofremstilling og -reparation, 4-chloro- <i>ortho</i> -toluidine, stenkulstjære og beg, koksproduktion, dibenz[a, h]anthracen, udstødningsgas fra dieselmotorer, frisører og barberer, 4,4'-methylbis(2-chloroanilin), mineralske olier, ubehandlet og let behandlet, <i>ortho</i> -toluidin, malere, olieraffinering
Hjerne	Suggestiv	Ikke-arsenholdige insektbekæmpelsesmidler, olieraffinering
Skjoldbruskkirtel	Stærk	Ioniserende stråling
Non-Hodgkin lymfom	Suggestiv	Frisører og barberer, ikke-arsenholdige insektbekæmpelsesmidler, 2,3,7,8-tetrachlorodibenzo- <i>para</i> -dioxin, tetrachloroethylen, trichloroethylen
Lymfe-hæmatopoietisk system	Suggestiv	1,3-Butadiene
Multiple myelom	Suggestiv	
Leukæmi	Stærk	Ikke-arsenholdige insektbekæmpelsesmidler
		Benzen, støvle- og skofremstilling og -reparation, ethylenoxid, ioniserende stråling
	Suggestiv	Formaldehyd, ikke-arsenholdige insektbekæmpelsesmidler, olieraffinering, gummiindustri
Andre placeringer	Suggestiv	Ioniserende stråling ^b
Alle placeringer kombineret	Stærk	2,3,7,8-tetrachlorodibenzo- <i>para</i> -dioxin ^c

a: Vores vurdering af dokumentationens vægt vedrørende hver enkelt placering.

b: Der er suggestiv dokumentation for en virkning af ioniserende stråling på adskillige placeringer ud over de her viste.

c: Dokumentationen for en association med 2,3,7,8-tetrachlorodibenzo-*para*-dioxin bliver først stærk, når data for alle cancerplaceringer kombineres.

Kilde: Environmental Health Perspectives, Volume 112, Number 15, november 2004, 1458 (oversat af Arbejdsskadestyrelsen)

Sygdomme uden for fortegnelsen

23.20. Chondromalacia patella (blød brusk på bagsiden af knæskallen)

Vurdering efter 2003-loven

Den samlede vurdering af arbejdsskadesikringslovens begreb ”medicinsk dokumentation” i relation til sygdommen blød brusk på bagsiden af knæskallen (chondromalacia patella) er, at sygdommen ikke opfylder dokumentationskravene på en sådan måde, at den kan optages på erhvervssygdomsfortegnelsen efter 2003-loven.

Gennemgang af litteratur

Ovenstående vurdering bygger på Arbejdsskadestyrelsens møder med de videnskabelige selskaber og gennemgangen af den litteratur, der er fremsendt til Erhvervssygdomsudvalget.

Arbejdets særlige art

Der er videnskabelige arbejder, der tyder på, at det i en række specielle tilfælde kan være overvejede sandsynligt, at der kan være årsagssammenhæng mellem en given påvirkning og sygdommen.

Disse særlige tilfælde vil Arbejdsskadestyrelsen forelægge Erhvervssygdomsudvalget efter lovens § 7, stk. 1, nr. 2, 2. led (arbejdets særlige art).

23.21. Andre slidgigtsygdomme

Vurdering efter 2003-loven

Den samlede vurdering af arbejdsskadesikringslovens begreb ”medicinsk dokumentation” i relation til følgende sygdomme:

- Slidgigt i hoftelid uden tungt løftearbejde (fortegnelse gruppe B, punkt 3)
- Slidgigt i tommelfingerens rodled
- Slidgigt i håndleddet
- Slidgigt i skulderled
- Slidgigt i skulderhøjdeled
- Slidgigt i halshvirvelsøjlen

er, at sygdommene ikke opfylder dokumentationskravene til ”medicinsk dokumentation” på en sådan måde, at sygdommene kan optages på erhvervssygdomsfortegnelsen efter 2003-loven.

Gennemgang af litteratur:

Ovenstående vurdering bygger på Arbejdsskadestyrelsens møder med de videnskabelige selskaber og gennemgangen af den litteratur, der er fremsendt til Erhvervssygdomsudvalget.

Arbejdets særlige art

Der er videnskabelige arbejder, der tyder på, at det i en række specielle tilfælde kan være overvejede sandsynligt, at der er årsagssammenhæng mellem en given påvirkning og en af de anførte sygdomme. Disse særlige tilfælde vil Arbejdsskadestyrelsen forelægge Erhvervssygdomsudvalget efter 2003-lovens § 7, stk. 1, nr. 2, 2. led (arbejdets særlige art).

23.22. Indeklimarelaterede symptomer (indeklimasymptomer)

Vurdering efter 2003-loven

Den samlede vurdering af arbejdsskadeforsikringslovens begreb ”medicinsk dokumentation” i relation til symptomkomplekset indeklimasymptomer (indeklimarelaterede symptomer; ”sick building syndrome”) er, at syndromet ikke opfylder dokumentationskravene til ”medicinsk dokumentation” på en sådan måde, at syndromet kan optages på erhvervssygdomsfortegnelsen efter 2003-loven.

Gennemgang af litteratur:

Ovenstående vurdering bygger på Arbejdsskadestyrelsens møder med de videnskabelige selskaber og gennemgangen af den litteratur, der er fremsendt til Erhvervssygdomsudvalget.

Arbejdets særlige art

Der er videnskabelige arbejder, der tyder på, at det i en række særlige tilfælde kan være overvejende sandsynligt, at der kan være årsagssammenhæng mellem en given påvirkning fra indeklimaet og en konkret sygdom i slimhinder, bihuler eller luftveje.

Disse særlige tilfælde vil Arbejdsskadestyrelsen forelægge Erhvervssygdomsudvalget efter 2003-lovens § 7, stk. 1, nr. 2, 2. led (arbejdets særlige art), hvis sygdommen ikke er omfattet af fortegnelsens øvrige punkter.

23.23. Mangansygdomme

Toksisk encephalopati

Toksisk encephalopati (”demenssyndromet”) (ICD 10 G92.9) er en hjernesygdom, som består af en diffus dysfunktion af storhjernen, karakteriseret ved en generel svækkelse af mentale funktioner (hukommelse, koncentration, initiativ, dynamik samt ændret personlighed).

Sygdommen er i dag omfattet af erhvervssygdomsfortegnelsen efter relevant udsættelse for kulilte (Gruppe I.3.1), kviksølv (Gruppe I.6 og L.2.1), bly (Gruppe I.12 og L.2.2) og organiske opløsningsmidler (Gruppe I.18).

Der er også mistanke om, men ikke medicinsk dokumentation for, sammenhæng til andre påvirkninger i arbejdsmiljøet. Det gælder moderat til kraftig udsættelse for mangan, aluminium, arsen, akrylamid og organiske tinforbindelser. Derfor kan (bør) disse tilfælde forelægges Erhvervssygdomsudvalget.

Vurdering efter 2003-loven (mangan)

Den samlede vurdering af arbejdsskadeforsikringslovens begreb ”medicinsk dokumentation” i relation til toksisk encephalopati som følge af manganudsættelse er, at dokumentationskravene til

”medicinsk dokumentation” ikke er opfyldt på en sådan måde, at sygdommen som følge af udsættelse for mangan kan optages på erhvervssygdomsfortegnelsen efter 2003-loven.

Gennemgang af litteratur

Ovenstående vurdering bygger på Arbejdsskadestyrelsens møder med de videnskabelige selskaber, og gennemgangen af den litteratur, der er fremsendt til Erhvervssygdomsudvalget, herunder særligt rapporten: Manganudsættelse ved metalstøbning og -forarbejdning i Danmark (En udredning om eksisterende viden med fokus på eksponering og helbredseffekter).

Arbejdets særlige art

Erhvervssygdomsudvalget har siden 1997 behandlet en række tilfælde om manganforgiftning (toksisk encephalopati), som er blevet anerkendt efter lovens bestemmelser om arbejdets særlige art. Anerkendelse skyldes dog i nogle af tilfældene ikke blot manganudsættelsen, men at arbejdet desuden har medført udsættelse for andre skadelige stoffer, såsom organiske opløsningsmidler og bly.

Disse særlige tilfælde vil Arbejdsskadestyrelsen fortsat forelægge Erhvervssygdomsudvalget efter 2003-lovens § 7, stk. 1, nr. 2, 2. led (arbejdets særlige art).

Manganisme (manganinduceret parkinsonisme)

Kronisk svær manganforgiftning kan medføre en parkinson-lignende sygdomstilstand, men er (formentlig) ikke det samme som Parkinsons sygdom. Manganforgiftningen benævnes manganisme (manganinduceret parkinsonisme) (ICD 10 T57.2). Den adskiller sig fra Parkinsons sygdom ved mindre tendens til rysten og ved mere udtalte taleforstyrrelser og balanceproblemer tidligt i forløbet.

Manganisme er optaget på fortegnelsen under betegnelsen rystelammelse (paralysis agitans) efter svær manganeksposition (Gruppe I, punkt 7).

Fra et lægeligt synspunkt er betegnelsen manganisme (eller manganinduceret parkinsonisme) dog mere dækkende for sygdommen og dens karakteristika.

Sygdommen er meget sjældent forekommende i Danmark, da manganeksponeringen her typisk er på et ret lavt niveau. Sygdommen er imidlertid optaget i EU-Kommisionens henstilling af 19. september 2003 om den europæiske liste over erhvervssygdomme (2003/670/EF).

Sygdommen anbefales derfor overført til den nye fortegnelse over erhvervssygdomme (gruppen af sygdomme efter kemiske stoffer) under betegnelsen manganisme (manganinduceret parkinsonisme) som følge af påvirkningen mangan eller visse af dets forbindelser efter svær udsættelse.

Parkinsons sygdom

Parkinsons sygdom (paralysis agitans) (ICD 10 G20.9) er en sygdom i nogle bestemte nerveceller (substantia nigra), som ligger centralt nedadtil i hjernen. Sygdommen medfører en bestemt type rysten samt stivhed og nedsat bevægelighed af musklerne. Sygdommen kan kompliceres af en fremadskridende demens.

Der er efter en samlet vurdering ikke tilstrækkelig medicinsk dokumentation for en sammenhæng mellem sygdommen og bestemte stofpåvirkninger på arbejdet, til at sygdommen kan optages på erhvervssygdomsfortegnelsen.

Manganisme og Parkinsons sygdom (arbejdets særlige art)

Både manganisme (manganinduceret parkinsonisme) og Parkinsons sygdom er fortsat i spil ved lavere manganudsættelse, samt efter udsættelse for kulilte (Gruppe I.7) og pesticider, idet der er mistanke om sammenhæng til disse påvirkninger, men ikke tilstrækkelig medicinsk dokumentation for en årsagssammenhæng, til at sygdommene/påvirkningerne kan optages på fortegnelsen.

Derfor bør disse særlige tilfælde forelægges Erhvervssygdomsudvalget med henblik på anerkendelse efter arbejdets særlige art, hvis tilfældene ikke kan anerkendes som ulykkestilfælde.

23.24. Stress og hjertesygdomme

Referencedokument om sammenhængen mellem arbejdsbetinget stress og iskæmisk hjertesygdom

Erhvervssygdomsudvalget og Arbejdsskadestyrelsen har på et møde i januar 2008 drøftet en ny udredningsrapport om sammenhængen mellem arbejdsbetinget stress og risikoen for forsnævring af hjertets kransårer og blodprop i hjertet (iskæmisk hjertesygdom IHS).

Opgavens indhold har været beskrevet af Arbejdsskadestyrelsen efter Erhvervssygdomsudvalgets ønske om udredning af mulige årsagsfaktorer på området. Opgaven har været opslået og finansieret gennem Arbejdsmiljøforskningsfonden.

Opgaven er blevet løst af overlæge Nanna Hurwitz Eller og ledende overlæge dr.med. Bo Netterstrøm. Dokumentets titel er: "Work related stressors and the development of ischemic heart disease".

Opgaven har været uafhængigt bedømt af professor Tøgers Theorell, Sverige, og professor Andrew Steptoe, England. Arbejdet med opgaven har været fulgt af professor dr.med. Tage Søndergaard Kristensen, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, overlæge dr.med. Finn Nielsen, kardiologisk afdeling Frederiksberg Hospital, og professor dr.med. Finn Gyntelberg, Arbejds- og miljømedicinsk klinik, HR Bispebjerg Hospital. Det sidste udkast til rapporten blev drøftet ved et møde den 15. august 2007, og efterfølgende har forfatterne tilrettet dokumentet på baggrund af følgegruppemedlemmernes kommentarer, og det endelige dokumentets indhold er tiltrådt af følgegruppen.

Referencedokumentets samlede vurdering

Den samlede vurdering af graden af evidens for en årsagssammenhæng mellem stress i det psykiske arbejdsmiljø og IHS er således:

Belastning/påvirkning	Evidensniveau
Høje krav i arbejdet og især høje krav ledsaget af manglende støtte (iso-strain) er en uafhængig risikofaktor for IHS (hos mænd)	<i>Tilstrækkelig (sufficient) evidens</i>
Lav grad af kontrol, jobstrain, mangel på social støtte og usikkerhed i ansættelsen er uafhængige risikofaktorer for IHS (for mænd)	<i>Begrænset (limited) evidens</i>

Sammenhæng mellem mangel på social støtte og IHS (hos kvinder)	<i>Begrænset (limited) evidens</i>
Sammenhæng mellem andre psykosociale faktorer og risiko for IHS	<i>Begrænset (limited) evidens</i>

Øvrige konklusioner

- En eksponering over 5-10 år er nødvendig for at medføre IHS
- IHS ses ti år senere hos kvinder end hos mænd. Symptomer på IHS er noget forskellige hos mænd og kvinder
- På grund af genetiske og andre risikofaktorer hos det enkelte individ er det særdeles vanskeligt at fastslå konkrete årsagssammenhænge mellem stresset psykisk arbejdsmiljø og IHS med henblik på anerkendelse af erhvervssygdom

Arbejdsskadestyrelsens og Erhvervssygdomsudvalgets vurdering af referencedokumentet

Det er vurderingen, at referencedokumentet forholder sig til alle de stillede spørgsmål. Desuden konkluderer rapporten på de relevante problemstillinger i det omfang, det har været muligt. Forfatterne og de øvrige medvirkende har løst opgaven professionelt og videnskabeligt tilfredsstillende.

Det er dog samtidig vurderingen, at dokumentets konklusion om, at der er tilstrækkelig evidens for IHS ved høje krav i arbejdet, især ved manglende støtte, ikke fuldt ud understøttes af de bagvedliggende undersøgelser og udredningens delresultater.

Vurdering efter 2003-loven

Fortegnelsen

I udredningsrapporten er det konkluderet, at der er tilstrækkelig (sufficient) evidens for, at høje krav i arbejdet, især i kombination med manglende støtte (iso-strain), kan forårsage iskæmiske hjertesygdomme.

Efter gennemgang af udredningsrapporten er det Arbejdsskadestyrelsens og Erhvervssygdomsudvalget vurdering, at arbejdsskadeforsikringslovens begreb ”medicinsk dokumentation” i 2003-lovens forstand **ikke** er opfyldt på en sådan måde, at iskæmisk hjertesygdom som følge af stress i arbejdet kan sættes på fortegnelsen, der gælder for sygdomme anmeldt fra 1. januar 2005.

Årsagen er, at der samlet set kun er nogen evidens, svarende til et niveau mellem begrænset og tilstrækkelig, for en sammenhæng mellem iskæmisk hjertesygdom og stress i form af høje krav i arbejdet, især ledsaget af manglende støtte. Dette evidensniveau opfylder ikke kravene til medicinsk dokumentation efter 2003-loven, jf. § 7, stk. 1, nr. 2, 1. led.

Der er desuden lagt vægt på, at der er en manglende konsistens i den medicinske litteratur inkluderet i udredningen, som også påpeget af forfatteren. Dertil kommer, at sygdommen har en multifaktoriel karakter, og at der er mange andre kendte risikofaktorer end stress på arbejdet, som kan spille ind.

For øvrige stressfaktorer i arbejdet (lav grad af kontrol, jobstrain, manglende social støtte og usikkerhed i ansættelsen samt andre psykosociale faktorer) er dokumentationen begrænset, hvilket ligeledes ikke opfylder lovens krav til optagelse på fortegnelsen for sygdomme anmeldt før 1. januar 2005.

Arbejdets særlige art

Da der er nogen, men begrænset til tilstrækkelig, evidens for en sammenhæng mellem stress på arbejdet og risiko for iskæmisk hjertesygdom, vil det konkret skulle vurderes for sager, der ikke kan anerkendes efter fortegnelsen, om det kan være overvejende sandsynligt, at der er en årsagsmæssig sammenhæng mellem arbejdet og sygdommen efter 2003-loven § 7, stk.1, nr. 2, 2. led, om arbejdets særlige art.

Særligt fokus bør her rettes mod sager, hvor en person har fået IHS i form af blodprop i hjertet eller brystmerter fra hjertet (angina pectoris) med dokumenteret manglende blodforsyning til hjertemuskulaturen (myocardial ischemia) efter at have været udsat for betydelige psykiske krav i sit arbejde med ringe støtte i en årrække (5-10 år eller mere).

Kun sager, hvor den pågældende ikke har haft mere end et beskedent tobaksforbrug, ikke har sukkersyge, ikke har forhøjet koncentration af fedt i blodet (visse kolesterolfraktioner og triglycerid), forudbestående forhøjet blodtryk eller klar arvelig disposition til IHS, skal som udgangspunkt forelægges for Erhvervssygdomsudvalget til vurdering efter arbejdets særlige art.

Det er tillige vurderingen, at undersøgelsesmaterialet ikke kan understøtte, at der sondres mellem mænd og kvinder i praksis, hvis vilkårene for anerkendelse som beskrevet ovenfor i øvrigt er opfyldt. Årsagen er, at den manglende evidens for kvinder mere skyldes et mangelfuldt forskningsgrundlag, og at forskningen tillige indikerer, at der ikke, hvad angår risiko, er grund til at antage væsentlige biologiske forskelle i det samlede risikomønster mellem kønnene.

Yderligere information:

[Udredningsrapport om stress og iskæmiske hjertesygdomme](#)

Udredningsrapporten kan findes på www.ask.dk under Arbejdsskadestyrelsen, forskning og projekter.

23.25. Stress og psykiske sygdomme

Gennemgang af referencedokument om sammenhæng mellem arbejdsbetinget stress og risikoen for udvikling af andre psykiske sygdomme end posttraumatisk belastningsreaktion

Arbejdsskadestyrelsen og Erhvervssygdomsudvalget har på et møde i februar 2008 drøftet en ny udredningsrapport om sammenhængen mellem stresspåvirkninger på arbejdet og udvikling af psykiske sygdomme (ikke posttraumatisk belastningsreaktion).

Opgavens indhold har været beskrevet af Arbejdsskadestyrelsen efter Erhvervssygdomsudvalgets ønske om udredning af mulige årsagsfaktorer på området. Opgaven har været opslået og finansieret gennem Arbejdsmiljøforskningsfonden.

Opgaven er blevet løst af ledende overlæge, dr. med. Bo Netterstrøm og reservelæge, dr. med. Nicole Conrad, Arbejdsmedicinsk Klinik, Hillerød Sygehus. Dokumentets titel er: "The relationship between work-related stressors and the development of mental disorders other than post-traumatic stress disorder".

Opgaven har været uafhængigt bedømt af professor Stephen Stansfeld, England, og forskningsleder Per Fink, Århus. Arbejdet med opgaven har været fulgt af professor Per Bech, Psykiatrisk forskningsenhed, Hillerød Sygehus, og seniorforsker Reiner Rugulies, Det Nationale Center for Arbejdsmiljøforskning. Rapporten er færdiggjort i august 2007.

Referencedokumentets samlede vurdering

Den samlede vurdering af graden af årsagssammenhænge mellem **stress i det psykiske arbejdsmiljø og depression** kan ud fra dokumentet opgøres således²:

Belastning/påvirkning	Associationsniveau
Psykologiske krav i arbejdssituationen er en uafhængig risikofaktor for udvikling af depression	Klar association (relativ risiko 2,0)
Lav grad af social støtte på arbejdet	Klar association
Effort-reward ubalance, uretfærdighed, trusler, vold og mobning	Association
Jobusikkerhed	Association
Indflydelse, jobstrain og lang arbejdstid	Svag association (inkonsistente resultater)

Øvrige konklusioner om sammenhængen mellem arbejdsbetinget stress og psykiske sygdomme ud over posttraumatisk belastningsreaktion:

- Det har alene været muligt at drage konklusioner vedrørende depression, idet undersøgelser af andre diagnostiske enheder er for få eller for forskellige, med hensyn til design, til at sammenfattende konklusioner kan drages
- Der er i studiet fundet mindre tegn på kønsforskelle, uden at dette dog kan tillægges en indikation om generelle forskelle i reaktionsmønstret mellem arbejdsbetinget stress og depression hos de to køn
- Selvom litteraturstudiet har identificeret arbejdsrelaterede stresspåvirkninger, der er associeret med udvikling af depression, er der behov for yderligere studier, der mere detaljeret måler varigheden og intensiteten af belastninger associeret til depression
- For andre psykiske sygdommes vedkommende er studier, der anvender diagnosebaserede effektmål, nødvendige

Arbejdsskadestyrelsens og Erhvervssygdomsudvalgets vurdering

² I referencedokumentet anvendes primært begrebet "association" til at beskrive sammenhængene mellem depression og belastningsfaktorer på arbejdet. Begrebet association er ikke det samme som evidens (bevis/dokumentation), men et videnskabeligt set svagere begreb.

Det er vurderingen af dokumentet, at det forholder sig til alle de stillede spørgsmål. Desuden konkluderer rapporten på de relevante problemstillinger, i det omfang det har været muligt. Forfatterne og de øvrige medvirkende har løst opgaven professionelt og videnskabeligt tilfredsstillende.

Da begrebet association videnskabeligt set må betragtes som et svagere begreb til at beskrive dokumenterede årsagssammenhænge end begrebet evidens, er det samlet set vurderingen, at der er tale om evidens på et niveau mellem begrænset og tilstrækkelig for en sammenhæng mellem depression og psykiske krav og/eller lav social støtte.

For de øvrige belastningsfaktorer vurderes evidensen til at være utilstrækkelig eller begrænset.

Vurdering efter 2003-loven

Fortegnelsen

I referencedokumentet er det konkluderet, at der er en klar association til, at høje psykologiske krav i arbejdssituationen ligesom lav grad af social støtte er associeret til udvikling af depression. Der er foretaget en nærmere graduering i udredningen for så vidt angår de psykologiske krav, hvor den relative risiko er 2.0, hvilket kan oversættes til klar association. En tilsvarende graduering er ikke foretaget omkring lav grad af social støtte, hvor associationen imidlertid beskrives som klar.

Efter en nøje gennemgang af udredningsrapporten er det Arbejdsskadestyrelsens og Erhvervs sygdomsudvalgets vurdering, at kravene til arbejdsskadesikringslovens begreb ”medicinsk dokumentation” i 2003-lovens forstand ikke er opfyldt på en sådan måde, at depression som følge af stress i arbejdet kan sættes på fortegnelsen over erhvervs sygdomme, der gælder for sygdomme anmeldt fra 1. januar 2005 (jf. 2003-lovens § 7, stk. 1, nr. 1, jf. senest lov nr. 848 af 7. september 2009).

Årsagen er, at der samlet set kun er nogen evidens, svarende til et niveau mellem begrænset og tilstrækkelig, for en årsagssammenhæng mellem henholdsvis psykologiske krav og lav grad af social støtte i arbejdssituationen og udvikling af depression. Dette evidensniveau opfylder ikke kravene til lægevidenskabelig dokumentation i henhold til 2003-loven.

Der er desuden lagt vægt på, at der fortsat er mangler og inkonsistens i den medicinske litteratur omfattet af udredningen, som også påpeget af forfatterne. Der henvises især til diskussionen side 19-20, hvor der blandt andet gøres rede for, at der er anvendt divergerende, og i nogle tilfælde uklare, metoder til at måle krav og social støtte, ligesom det ikke er muligt at drage konklusioner om den relevante varighed og styrke af belastningerne, for at risikoen for depression øges.

Det er derfor også vurderingen, at de 6 punktkrav til medicinsk dokumentation kun er delvist og samlet set utilstrækkeligt opfyldt for depression som følge af store psykologiske krav og/eller lav grad af social støtte.

For øvrige stressfaktorer i arbejdet (effort-reward ubalance, uretfærdighed, trusler, vold, mobning og jobusikkerhed) er dokumentationen begrænset, hvilket ligeledes ikke opfylder lovens krav til optagelse på fortegnelsen for sygdomme anmeldt fra 1. januar 2005. For indflydelse, jobstrain og lang arbejdstid er dokumentationen utilstrækkelig.

Der er heller ikke beskrevet relevant evidens, der giver grundlag for at optage andre, nye sygdomme på fortegnelsen efter udsættelse for stress.

Arbejdets særlige art

Da der er nogen, men begrænset til tilstrækkelig, evidens for en sammenhæng mellem stress på arbejdet og risiko for depression, vil det konkret skulle vurderes for sager, der ikke kan anerkendes efter fortegnelsen, om det kan være overvejende sandsynligt, at der er en årsagsmæssig sammenhæng mellem arbejdet og sygdommen efter 2003-lovens § 7, stk.1, nr. 2, 2. led, om arbejdets særlige art.

Forelæggelsespraksis

Fokus skal rettes mod sager om depression efter længerevarende stresspåvirkning på arbejdet som følge af store psykologiske krav (psykologisk pres) og/eller lav grad af social støtte fra kolleger/ ledelse.

Store psykologiske krav kan blandt andet være hyppige og meget vanskelige deadlines på arbejdet og/eller vedvarende stort psykologisk pres fra for eksempel vanskelige eller på anden måde psykisk meget krævende klienter, indsatte, kolleger, ledelse og lignende.

Der er ikke hermed taget stilling til eventuel fremtidig praksis for anerkendelse.

Sager med relevante og klare konkurrerende forhold vil ikke blive forelagt for udvalget.

Forskningens svagere resultater hos kvinder end hos mænd for en mulig sammenhæng mellem depression og høje psykiske krav samt lav social støtte kan efter Arbejdsskadestyrelsens og Erhvervs sygdomsudvalgets vurdering ikke begrunde forskellig praksis for forelæggelse og eventuel anerkendelse hos de to køn.

Årsagen er, at den manglende viden vedrørende sammenhænge hos kvinder mere skyldes et mangelfuldt forskningsgrundlag, og at forskningen tillige indikerer, at der ikke, hvad angår risiko, er grund til at antage væsentlige biologiske forskelle i det samlede risikomønster mellem kønnene. For sager om **andre psykiske sygdomme end depression** som følge af stresspåvirkninger på arbejdet er det vurderingen, at disse som udgangspunkt kan afvises uden forelæggelse for udvalget, medmindre der er tale om en helt ekstraordinær påvirkning på arbejdet.

Yderligere information:

[Udredningsrapport om stress og psykiske sygdomme](#)

Udredningsrapporten kan findes på www.ask.dk under Arbejdsskadestyrelsen, forskning og projekter.

23.26. Natarbejde og brystkræft

Referencedokument om sammenhæng mellem natarbejde og risikoen for brystkræft og andre kræftsygdomme. En kritisk gennemgang af den epidemiologiske dokumentation.

Arbejdsskadestyrelsen og Erhvervssygdomsudvalget har på et møde i november 2007 drøftet en ny udredningsrapport om sammenhængen mellem natarbejde/døgnrytmeforstyrrelser og brystkræft.

Rapporten gav ikke grundlag for at optage brystkræft som følge af natarbejde/døgnrytmeforstyrrelser på fortegnelsen efter 2003-loven, men sager om langvarigt natarbejde og brystkræft skal forelægges for Erhvervssygdomsudvalget med henblik på en vurdering efter arbejdets særlige art..

Opgavens indhold har været beskrevet af Arbejdsskadestyrelsen efter Erhvervssygdomsudvalgets ønske om yderligere udredning af mulige årsagssammenhænge på området. Opgaven har været opslået og finansieret gennem Arbejdsmiljøforskningsfonden.

Opgaven er blevet løst af overlæge, Ph.d. Henrik Kolstad, Arbejdsmedicinsk Klinik Århus Universitetshospital, ”Nightshift work and risk of breast cancer and other cancers. A critical review of the epidemiological evidence”.

Fra VK-DASAM har forskningschef Jørgen H. Olsen, Institut for Epidemiologisk Kræftforskning, Kræftens Bekæmpelse, været projektleder for at sikre, at dokumentet er udfærdiget i overensstemmelse med VK-DASAM’s standard for referencedokumenter. Opgaven har været uafhængigt bedømt af to særligt sagkyndige reviewere, professor Anders Ahlbom, Institut för Miljömedicin, Karolinska Institutet, Stockholm, og programleder Johnni Hansen, Institut for Epidemiologisk Kræftforskning, Kræftens Bekæmpelse. Professor Ph.d. Staffan Skerfving, Yrkes- och Miljömedicinska Kliniken, Lund, overlæge Ph.d. Johan Hviid Andersen, Arbejdsmedicinsk Klinik, Herning, og afdelingslæge Ph.d. Susanne W. Svendsen, Arbejdsmedicinsk Klinik, Århus Universitetshospital, har fungeret som kvalitetssikringsforum. Referencedokumentet er efterfølgende gennemgået og drøftet på et heldagsmøde i VK-DASAM med deltagelse af forfatteren, de eksterne reviewere og kvalitetssikringsforum, og sluttelig har forfatteren revideret referencedokumentet i forhold til de fremkomne bemærkninger.

Graden af evidens for en årsagsmæssig sammenhæng er rubriceret efter en standard, som DASAM’s videnskabelige komite har udarbejdet på baggrund af internationale standarder. Den anvendte standard er vist i referencedokumentets Appendiks 1.

Referencedokumentets samlede vurdering

Den samlede vurdering af graden af evidens for en årsagssammenhæng mellem natarbejde og kræft opgøres således:

Belastning/påvirkning og kræftform	Evidens
A) Natarbejde og brystkræft	+ (Begrænset evidens)
B) Natarbejde og prostatakræft	0 (Utilstrækkelig evidens)
C) Natarbejde og tyktarmskræft	0 (Utilstrækkelig evidens)
D) Natarbejde og alle kræftformer set under ét	0 (Utilstrækkelig evidens)

Referencedokumentets øvrige konklusioner er blandt andet:

Det konkluderes, at 5 ud af 8 undersøgelser viser forøget forekomst af brystkræft.

3 undersøgelser har vist statistisk signifikant, forøget forekomst af brystkræft efter 20-30 års natarbejde. Dette kan tyde på, at mange års natarbejde forøger risikoen for brystkræft. Resultaterne for korterevarende natarbejde er derimod ikke konsistente.

Der er flere grunde til, at man skal være varsom i fortolkningen af den foreslåede langtidseffekt af natarbejde:

- Antallet af undersøgelser er lille
- Alle positive undersøgelser er gennemført blandt sygeplejersker på natarbejde
- Risikoforøgelsen er beskednen

Dette gør resultaterne sårbare med hensyn til bias, tilfældighed og confounding, selvom man ikke har været i stand til at udpege specifikke fejlkilder.

Kønssforskellenes betydning fremgår ikke direkte af referencedokumentet, men det er medicinsk set velkendt, at nogle af kræftformerne har en i forvejen kendt overhyppighed hos det ene af kønnene, blandt andet betinget af biologiske/hormonelle forskelle på de to køn..

Arbejdsskadestyrelsens og Erhvervssygdomsudvalgets vurdering

Det er vurderingen, efter gennemgang af referencedokumentet, at opgaven er løst således, at dokumentet forholder sig til alle de stillede spørgsmål. Desuden konkluderer rapporten på de rejste problemstillinger, hvor det overhovedet har været muligt. Både forfatterne, reviewerne og komiteen har løst opgaven på en særdeles professionel og højt videnskabelig måde.

Vurdering efter 2003-loven

Fortegnelsen

- Der er begrænset evidens (+) for en årsagsmæssig sammenhæng mellem natarbejde og brystkræft
- Der er utilstrækkelig evidens (0) for en årsagsmæssig sammenhæng mellem natarbejde og prostatakræft og tyktarmskræft
- Der er utilstrækkelig evidens (0) for en årsagsmæssig sammenhæng mellem natarbejde og alle kræftformer set under et

Det er Arbejdsskadestyrelsens og Erhvervssygdomsudvalgets vurdering, at de 6 krav til begrebet ”medicinsk dokumentation” i 2003-lovens forstand i relation til kræft som følge af natarbejde ikke er opfyldt på en sådan måde, at sygdommen kræft som følge af natarbejde kan optages under gruppe K i fortegnelsen over erhvervssygdomme, der gælder for sygdomme anmeldt fra 1. januar 2005 (jf. § 7, stk. 1, nr. 1, i lov nr. 848 af 7. september 2009).

Ved medicinsk dokumentation forstås, at der er tale om:

1. En biologisk naturlig og logisk forklaring på sygdommen
2. En påvirkning, der må have en karakter og et omfang, der gør sygdommen sandsynlig
3. En sammenhæng mellem påvirkning og sygdom, eksempelvis at øget påvirkning giver øget sværhedsgrad af sygdommen

4. Undersøgelser om udbredelser i befolkningen, der bekræfter en sammenhæng
5. Overbevisende rapportering af tilfælde, der er konstateret ved lægeundersøgelse
6. En betydelig overhyppighed af sygdommen blandt personer, der er udsat for denne påvirkning, i forhold til personer, der ikke er udsat

Som udgangspunkt skal alle ovenstående betingelser være opfyldt. Ved den konkrete vurdering af, om en sygdom kan optages på fortegnelsen over erhvervssygdomme, kan de enkelte betingelser dog tillægges forskellig vægt.

Arbejdets særlige art

Da der er begrænset evidens (+) eller utilstrækkelig evidens (0) for en årsagsmæssig sammenhæng mellem natarbejde og kræft, vil det konkret skulle vurderes for sager, der ikke kan anerkendes efter fortegnelsen, om det kan være overvejende sandsynligt, at der er en årsagsmæssig sammenhæng mellem arbejdet og sygdommen efter 2003-lovens § 7, stk. 1, nr. 2, 2. led, om arbejdets særlige art.

Særligt fokus bør rettes mod sager, hvor der er påvist forekomst af brystkræft efter 20-30 års natarbejde med natarbejde mindst 1 gang om ugen. Disse sager skal som udgangspunkt forelægges Erhvervssygdomsudvalget til vurdering efter arbejdets særlige art.

Yderligere information:

[Udredningsrapport om natarbejde og kræft](#)

Udredningsrapporten kan findes på www.ask.dk under Arbejdsskadestyrelsen, forskning og projekter.

23.27. Metallisk kviksølv og neurologiske og neuropsykologiske sygdomme/gener

Referencedokument om udsættelse for metallisk kviksølv og udvikling af neurologiske og neuropsykologiske sygdomme/gener

Arbejdsskadestyrelsen og Erhvervssygdomsudvalget har på et møde i december 2007 drøftet en ny udredningsrapport om sammenhængen mellem udsættelse for metallisk kviksølv, især i tandplejen, og udvikling af forskellige sygdomme. Rapporten gav ikke grundlag for at ændre ved den hidtidige praksis eller for at optage sygdomme som følge af udsættelse for mindre doser kviksølv på fortegnelsen.

Opgavens indhold har været beskrevet af Arbejdsskadestyrelsen efter Erhvervssygdomsudvalgets ønske om yderligere udredning af mulige årsagssammenhænge på området. Opgaven har været opslået og finansieret gennem Arbejdsmiljøforskningsfonden.

Opgaven er blevet løst af overlæge, dr. med., Jesper Bælum og klinisk assistent Heidi Pöckel, Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital, med rapporten "Reference document on exposure to metallic mercury and the development of symptoms with emphasis on neurological and neuropsychological diseases or complaints"

Opgaven har været uafhængigt bedømt af to særligt sagkyndige reviewere:

- Professor Lars Barregard, Department of Occupational and Environmental Medicine, Sahlgrenska University Hospital and Academy, Gothenburg, Sweden
- Dr. Andreas Seeber, former affiliated at the Institute for Occupational Physiology at the University of Dortmund, Germany

Som et kvalitetssikringsforum har deltaget:

- Professor Svend Sabroe, Institute of Public Health, University of Aarhus, Denmark
- Professor Staffan Skerfving, Department of Occupational and Environmental Medicine, Lund University Hospital, Sweden

Referencedokumentet er efterfølgende gennemgået og drøftet på et møde med deltagelse af forfatteren, de eksterne reviewere og kvalitetssikringsforum, og sluttelig har forfatteren revideret referencedokumentet i forhold til de fremkomne bemærkninger.

Arbejdsskadestyrelsens og Erhvervssygdomsudvalgets vurdering

Det er vurderingen, efter gennemgang af referencedokumentet, at opgaven er løst således, at dokumentet forholder sig til de stillede spørgsmål. Desuden konkluderer rapporten på de rejste problemstillinger, hvor det overhovedet har været muligt. Både forfatterne, reviewerne og kvalitetssikringsforummet har løst opgaven på en professionel og højt videnskabelig måde.

Referencedokumentets samlede vurdering af graden af mellem sygdom og påvirkning kan sammenfattes således:

Om årsagssammenhængen mellem sygdom og påvirkning	Evidensvurderingen
Eksposering for metallisk kviksølv med urinkviksølv på 600 nmol/l målt i gruppeundersøgelser giver forringelse af præstationer i neuropsykologiske test.	Stærk evidens
Den neuropsykologiske virkning af eksposering for metallisk kviksølv enten svinder eller er uændret efter ophør af udsættelsen.	Moderat evidens
Eksposering for metallisk kviksølv i tandplejen svarende til urinkviksølv på 150 nmol/l i gruppeundersøgelser betyder let forringelse af præstationen i neuropsykologiske test.	Begrænset evidens
Fremkomst af specifikke neurologiske eller neuropsykologiske sygdomme eller symptomer flere år efter ophør af eksposering for kviksølv.	Utilstrækkelig evidens
Der kan afgrænses grupper med forøget risiko for påvirkning af metallisk kviksølv på basis af køn eller genetisk disposition.	Utilstrækkelig evidens
Negativ påvirkning af forplantningsevnen hos ansatte i tandplejen målt ved fertilitet, ufrivillige aborter, nedsat fødselsvægt, dødfødsler eller medfødte misdannelser hos børnene.	Utilstrækkelig evidens

Andre af referencedokumentets øvrige konklusioner er:

- Eksponeringen for metallisk kviksølv i tandplejen frem til 1970 har svaret til en biologisk dosis på gennemsnitligt 125-200 nmol/l med individuelle målinger op til ca. 500 nmol/l. Herefter er de gennemsnitlige urinverdier gradvist faldet til omkring 25 nmol/l med individuelle værdier, som sjældent overstiger 100 nmol/l
- Specifikke procedurer har givet anledning til høje koncentrationer af kviksølvdampe i luften, mens urinudskillelse af kviksølv kun har været relateret til antallet af udførte fyldninger og enkelte forhold vedrørende klinikernes indretning
- Der er utilstrækkelig evidens for en forskel i urinkviksølv for tandlæger og for klinikassistenter
- Der kan ikke findes noget klart mønster for en kviksølvrelateret neurologisk sygdom hos tandplejepersonale
- Det kan ikke udelukkes, at der på gruppebasis er sket en mindre forringelse af især motorisk koordination på grund af kviksølvseksponering. Dette kan ikke ses hos den enkelte person, men understreger vigtigheden af at holde eksponeringen for kviksølv på et absolut minimum

Vurdering efter 2003-loven

Fortegnelsen

Bekendtgørelse om fortegnelse over erhvervssygdomme anmeldt efter 1. januar 2005 omfatter under punkt I.6.1. og I.6.2. toksisk hjerneskade/demens og nyreskade (nephrotisk syndrom) efter påvirkningen fra kviksølv og visse af dens forbindelser samt punkt L (fosterskader).2.1 (methylkviksølv) microcephali, mental retardering.

Med baggrund i referencedokumentet er det Arbejdsskadestyrelsens vurdering, at de 6 krav til begrebet ”medicinsk dokumentation” i 2003-lovens forstand i relation sygdomme forårsaget af metallisk kviksølv ikke er ændret på en sådan måde, at der er grundlag for ændring af punkt I.6.1 og I.6.2. eller L.2.1. i fortegnelsen over erhvervssygdomme, der gælder for sygdomme anmeldt fra 1. januar 2005 (jf. 2003-lovens § 7, stk. 1, nr. 1, jf. senest lov nr. 848 af 7. september 2009).

Ved medicinsk dokumentation forstås, at der er tale om:

1. En biologisk naturlig og logisk forklaring på sygdommen
2. En påvirkning, der må have en karakter og et omfang, der gør sygdommen sandsynlig
3. En sammenhæng mellem påvirkning og sygdom, eksempelvis at øget påvirkning giver øget sværhedsgrad af sygdommen
4. Undersøgelser om udbredelser i befolkningen, der bekræfter en sammenhæng
5. Overbevisende rapportering af tilfælde, der er konstateret ved lægeundersøgelse
6. En betydelig overhyppighed af sygdommen blandt personer, der er udsat for denne påvirkning, i forhold til personer, der ikke er udsat

Som udgangspunkt skal alle ovenstående betingelser være opfyldt. Ved den konkrete vurdering af, om en sygdom kan optages på fortegnelsen over erhvervssygdomme, kan de enkelte betingelser dog tillægges forskellig vægt.

Arbejdets særlige art

Konkrete sager, der ikke kan anerkendes efter fortegnelsen, kan fortsat forelægges Erhvervssygdomsudvalget med henblik på en vurdering af, om det kan være overvejende sandsynligt, at der er en årsagsmæssig sammenhæng mellem arbejdet og sygdommen efter 2003-lovens § 7, stk. 1, nr. 2, 2. led, jf. senest lov nr. 848 af 7. september 2009, om arbejdets særlige art.

Yderligere information:

[Udredningsrapport om metallisk kviksølv og neurologiske/neuropsykologiske sygdomme/gener \(hovedrapport\)](#)

[Udredningsrapport om metallisk kviksølv og neurologiske/neuropsykologiske sygdomme/gener \(bilagsrapport\)](#)

Udredningsrapporten kan findes på www.ask.dk under Arbejdsskadestyrelsen, forskning og projekter.

23.28. Frisører og kræft

I december 2008 har Arbejdsskadestyrelsen og Erhvervssygdomsudvalget drøftet en udredningsrapport om mulige sammenhænge mellem udsættelse for forskellige kemiske påvirkninger (farvestoffer, opløsningsmidler, aerosoler med videre) ved arbejdet som frisør og udvikling af forskellige kræftsygdomme.

Opgavens indhold har været beskrevet af Arbejdsskadestyrelsen efter Erhvervssygdomsudvalgets ønske om udredning af mulige årsagssammenhænge på området og har været opslået og finansieret gennem Arbejdsmiljøforskningsfonden.

Opgaven er blevet løst af cand. scient. san. publ. Anne Petersen, cand.scient. san. Trille Kjær, stud. scient. san. publ. Line Kenborg, stud. med. Michaela Tinggaard, og cand. pharm., ph.d. Johnni Hansen. Dokumentets titel er: Frisørarbejde og risiko for kræft – vurdering af epidemiologiske undersøgelser samt metaanalyse.

Rapporten har været uafhængigt bedømt af to sagkyndige, overlæge ph.d. Henrik A. Kolstad, Århus Universitetshospital, og af forskningsleder, cand. pharm., ph. D. Heidi Søsted, Videncenter for Frisører, Dermatologisk afdeling, Gentofte Hospital.

Rapportens indhold og konklusioner har endvidere været diskuteret på et heldagsmøde, hvor der ud over de to sagkyndige deltog Anne Petersen, Trille Kjær, Line Kenborg og Johnni Hansen.

Referencedokumentets samlede vurdering er:

Den samlede vurdering af graden af evidens for en årsagssammenhæng mellem frisørarbejde og udvikling af kræftsygdomme er således:

Kræftlokalisering	Evidensniveau
<i>Kræft i urinblæren</i>	<i>Moderat evidens (++)</i>
<i>Brystkræft</i>	<i>Begrænset evidens (+)</i>
<i>Kræft i æggestokke</i>	<i>Utilstrækkelig evidens (0)</i>
<i>Non-Hodgkin's lymfom</i>	<i>Utilstrækkelig evidens (0)</i>
<i>Andre kræftformer i blod, knoglemarv og lymfesystem</i>	<i>Utilstrækkelig evidens (0)</i>
<i>Andre kræftformer</i>	<i>Utilstrækkelig evidens (0)</i>

Øvrige konklusioner:

- Organiske opløsningsmidler er udbredte i frisørsaloner, herunder brugen af ethanol, der (ved oral indtagelse) er dokumenteret som årsag til brystkræft
- Der er publiceret velunderbyggede hypoteser om, at erhvervsmæssig indånding af organiske opløsningsmidler, herunder ethanol, kan være årsag til brystkræft

Arbejdsskadestyrelsens og Erhvervssygdomsudvalgets vurdering af referencedokumentet

Det er Arbejdsskadestyrelsens vurdering af dokumentet, at det forholder sig til alle de stillede spørgsmål. Desuden konkluderer rapporten på de relevante problemstillinger i det omfang, det har været muligt.

Forfatterne og de øvrige medvirkende har løst opgaven professionelt og videnskabeligt tilfredsstillende.

Det er dog Arbejdsskadestyrelsens vurdering, at dokumentets konklusioner vedrørende indånding af organiske opløsningsmidlers (herunder ethanols) mulige årsagssammenhæng til udvikling af brystkræft kun i meget begrænset omfang understøttes af de bagvedliggende undersøgelser.

Vurdering efter 2003-loven

Frisørarbejde og kræft i urinblæren

Det er Arbejdsskadestyrelsens vurdering, at arbejdsskadeforsikringslovens 6 krav til begrebet ”medicinsk dokumentation” i 2003-lovens forstand, i relation til kræft i urinblæren som følge af arbejde i frisørfaget, er opfyldt på en sådan måde, at den kan forblive optaget på erhvervssygdomsfortegnelsen efter 2003-loven under gruppe K, jf. lovbekendtgørelse nr. 848 af 7. september 2009 om fortegnelse over erhvervssygdomme anmeldt fra 1. januar 2005, i medfør af § 7, stk. 1, nr. 1, i lov om arbejdsskadeforsikring, jf.?

Referencedokumentet har fundet moderat evidens (++) for en årsagsmæssig sammenhæng mellem frisørarbejde og udvikling af kræft i urinblæren.

Mere konkret vurderes det, at de 6 krav til medicinsk dokumentation samlet set er tilstrækkelig opfyldt på følgende måde:

1. En biologisk naturlig og logisk forklaring på sygdommen (opfyldt, idet farvestoffer opkoncentreret i urinblæren er kræftfremkaldende)
2. En påvirkning, der må have en karakter og et omfang, der gør sygdommen sandsynlig (opfyldt)
3. En sammenhæng mellem påvirkning og sygdom, eksempelvis at øget påvirkning giver øget sværhedsgrad af sygdommen (ikke opfyldt)
4. Undersøgelser om udbredelser i befolkningen, der bekræfter en sammenhæng (opfyldt)
5. Overbevisende rapportering af tilfælde, der er konstateret ved lægeundersøgelse (opfyldt)
6. En betydelig overhyppighed af sygdommen blandt personer, der er udsat for denne påvirkning, i forhold til personer, der ikke er udsat (opfyldt)

Som udgangspunkt skal alle ovenstående betingelser være opfyldt.

Ved den konkrete vurdering af, om en sygdom kan optages på fortegnelsen over erhvervssygdomme, kan de enkelte betingelser dog tillægges forskellig vægt.

Det er derimod Arbejdsskadestyrelsens vurdering, at disse betingelser ikke er opfyldt, hvad angår brystkræft som følge af arbejde i frisørfaget.

Frisørarbejde og brystkræft

Referencedokumentet har fundet begrænset evidens (+) for en årsagsmæssig sammenhæng mellem frisørarbejde og udvikling af brystkræft.

Mere konkret vurderes det, at de 6 krav til medicinsk dokumentation samlet set ikke er tilstrækkelig opfyldt på følgende måde:

1. En biologisk naturlig og logisk forklaring på sygdommen (ikke opfyldt)
2. En påvirkning, der må have en karakter og et omfang, der gør sygdommen sandsynlig (ikke opfyldt)
3. En sammenhæng mellem påvirkning og sygdom, eksempelvis at øget påvirkning giver øget sværhedsgrad af sygdommen (ikke opfyldt)
4. Undersøgelser om udbredelser i befolkningen, der bekræfter en sammenhæng (ikke opfyldt)
5. Overbevisende rapportering af tilfælde, der er konstateret ved lægeundersøgelse (ikke opfyldt)
6. En betydelig overhyppighed af sygdommen blandt personer, der er udsat for denne påvirkning, i forhold til personer, der ikke er udsat (ikke opfyldt)

Der er desuden lagt vægt på, at risikoforøgelsen for brystkræft hos kvinder i frisørfaget ikke er et gennemgående træk for de vigtigste af undersøgelserne i faget. Hvor den forekommer, er risikoforøgelsen meget begrænset.

Desuden er ingen af de stoffer, som er almindeligt anvendte i frisørfaget, sat i forbindelse med brystkræft.

Frisørarbejde og øvrige kræftformer

Det er ligeledes Arbejdsskadestyrelsens vurdering, at disse betingelser heller ikke er opfyldt, hvad angår sammenhænge mellem non-Hodgkin's lymfom andre kræftformer i blod, knoglemarv og lymfesystem, kræft i æggestokke, samt andre kræftformer som følge af arbejde i frisørfaget, idet referencedokumentet har vurderet disse årsagsmæssige sammenhænge som utilstrækkelig evidens (0).

Mere konkret vurderes det, at de 6 krav til medicinsk dokumentation samlet set ikke er tilstrækkelig opfyldt på følgende måde:

1. En biologisk naturlig og logisk forklaring på sygdommen (ikke opfyldt)
2. En påvirkning, der må have en karakter og et omfang, der gør sygdommen sandsynlig (ikke opfyldt)
3. En sammenhæng mellem påvirkning og sygdom, eksempelvis at øget påvirkning giver øget sværhedsgrad af sygdommen (ikke opfyldt)
4. Undersøgelser om udbredelser i befolkningen, der bekræfter en sammenhæng (ikke opfyldt)
5. Overbevisende rapportering af tilfælde, der er konstateret ved lægeundersøgelse (ikke opfyldt)
6. En betydelig overhyppighed af sygdommen blandt personer, der er udsat for denne påvirkning, i forhold til personer, der ikke er udsat (ikke opfyldt)

Arbejdets særlige art:

Da dokumentationsniveauet i referencedokumentet (bortset fra sammenhængen til kræft i urinblæren) ikke opfylder lovens krav til optagelse på fortegnelsen for sygdomme anmeldt efter 1. januar 2005, vil det konkret skulle vurderes for sager, der ikke kan anerkendes efter fortegnelsen, om det kan være overvejende sandsynligt, at der er en årsagsmæssig sammenhæng mellem arbejdet og sygdommen efter lovens § 7, stk.1, nr. 2, 2. led, om arbejdets særlige art.

Der kan for sådanne sager ikke anføres særlige forhold, som vil gøre sagerne egnede til forelæggelse. Det skyldes blandt andet, at det ikke er dokumenteret, at eksempelvis en længere ansættelse i faget er forbundet med en øget risiko for udvikling af non-Hodgkin's lymfom, andre kræftformer i blod, knoglemarv og lymfesystem, kræft i æggestokke eller andre kræftformer, og at der ikke kan peges på mulige påvirkninger i frisørfaget, som kunne være forbundet med øget risiko for mulig udvikling af kræftsygdomme.

[Udredningsrapporten om frisørarbejde og risiko for kræft](#)

Udredningsrapporten kan findes på www.ask.dk under Arbejdsskadestyrelsen, Forskning og projekter.

23.29. Natarbejde/skifteholdsarbejde og hjertesygdomme

Erhvervssygdomsudvalget og Arbejdsskadestyrelsen har på møde i januar 2009 drøftet en udredningsrapport om sammenhængen mellem nat- eller skifteholdsarbejde og risikoen for forsnævring af hjertets kransårer og blodprop i hjertet (iskæmiske hjertesygdomme – IHS).

Opgavens indhold har været beskrevet af Arbejdsskadestyrelsen efter Erhvervssygdomsudvalgets ønske om udredning af mulige årsagsfaktorer på området. Opgaven har været opslået og finansieret gennem Arbejdsmiljøforskningsfonden i 2007.

Opgaven er blevet løst af overlæge Poul Frost, overlæge Ph.D. Henrik Albert Kolstad og professor overlæge dr. med. Jens Peter Bonde. Dokumentets titel er: **Review of the epidemiologic evidence concerning a causal relation between night shift work and ischemic heart disease.**

Opgaven har været uafhængigt bedømt af professor Anders Ahlbom Sverige, embedslæge Ph.D. Henrik Bøggild og professor George Davey Smith, England. Bedømmerne har kommenteret dokumentet, og forfatterne har fulgt de givne kommentarer, hvorefter bedømmerne har tiltrådt dokumentets indhold og anbefalet det til videre behandling. Graden af evidens for en årsagsmæssig sammenhæng er rubriceret på baggrund af internationale standarder.

Referencedokumentets samlede vurdering er:

Den samlede vurdering af graden af evidens for en årsagssammenhæng mellem natarbejde/skifteholdsarbejde og IHS er således:

Der er begrænset evidens for, at nat- eller skifteholdsarbejde er en uafhængig risikofaktor for IHS hos mænd. Der er ikke tilstrækkelig viden om en årsagssammenhæng mellem nat- eller skifteholdsarbejde og IHS hos kvinder.

Øvrige konklusioner:

Syv studier, hvor en gruppe mænd er fulgt over tid (incidensstudier), har vist en svag positiv sammenhæng mellem nat- eller skifteholdsarbejde og fatal eller ikke fatal IHS. Heraf har to vist statistisk signifikant sammenhæng. Det er vanskeligt at drage konklusioner af disse studier, idet der er en del metodemæssige problemer i form af begrænset kontrol for andre væsentlige faktorer (confounderkontrol), selektionsskævhed og problemer med at klassificere, hvem der har været eksponeret.

Vedrørende varighed og typen af nat- eller skifteholdsarbejdes sammenhæng med IHS er den aktuelle viden for begrænset til, at man kan drage konklusioner.

Arbejdsskadestyrelsens og Erhvervssygdomsudvalgets vurdering af referencedokumentet

Det er Arbejdsskadestyrelsens vurdering af dokumentet, at det forholder sig til alle de stillede spørgsmål. Desuden konkluderer rapporten på de relevante problemstillinger, i det omfang det har været muligt.

Forfatterne og de øvrige medvirkende har løst opgaven professionelt og videnskabeligt tilfredsstillende.

Vurdering efter 2003-loven

Fortegnelsen:

Der er begrænset evidens (+) for en årsagsmæssig sammenhæng mellem nat- eller skifteholdsarbejde og risiko for IHS hos mænd og en utilstrækkelig evidens (0) hos kvinder, fordi der ikke er tilstrækkelig forskning på området.

Det er Arbejdsskadestyrelsens vurdering, at de 6 krav til begrebet ”medicinsk dokumentation” i 2003-lovens forstand i relation til IHS som følge af nat- eller skifteholdsarbejde ikke er opfyldt på en sådan måde, at sygdommen IHS som følge af nat- eller skifteholdsarbejde kan optages under gruppe F i fortegnelsen over erhvervssygdomme, der gælder for sygdomme anmeldt fra 1. januar 2005 (jf. § 7, stk. 1, nr. i lov nr. 848 af 7. september 2009)

Dokumentets konklusion om, at der er **begrænset evidens (+)** for en årsagsmæssig sammenhæng mellem nat- eller skifteholdsarbejde, giver anledning til nedenstående konkrete vurdering, at de 6 krav til medicinsk dokumentation **ikke er opfyldt** på følgende måde:

1. En biologisk naturlig og logisk forklaring på sygdommen (**ikke opfyldt**)
2. En påvirkning, der må have en karakter og et omfang, der gør sygdommen sandsynlig (**ikke opfyldt**)
3. En sammenhæng mellem påvirkning og sygdom, eksempelvis at øget påvirkning giver øget sværhedsgrad af sygdommen (**ikke opfyldt**)
4. Undersøgelser om udbredelser i befolkningen, der bekræfter en sammenhæng (**ikke opfyldt**)
5. Overbevisende rapportering af tilfælde, der er konstateret ved lægeundersøgelse (**ikke opfyldt**)
6. En betydelig overhyppighed af sygdommen blandt personer, der er udsat for denne påvirkning, i forhold til personer, der ikke er udsat (**ikke opfyldt, men en beskeden overhyppighed er set**)

Arbejdets særlige art:

Da der er begrænset evidens (+) eller utilstrækkelig evidens (0) for en årsagsmæssig sammenhæng mellem nat- eller skifteholdsarbejde og IHS, vil det konkret skulle vurderes, om det kan være overvejende sandsynligt, at der er en årsagsmæssig sammenhæng mellem arbejdet og sygdommen efter 2003-lovens § 7, stk. 1, nr. 2, 2. led, om arbejdets særlige art.

Særligt fokus bør rettes mod sager, hvor en person har fået IHS i form af pludselig død af blodprop i hjertet, blodprop i hjertet eller angina pectoris (brystsmerter fra hjertet). Forud herfor skal den pågældende have været udsat for mange år med nat- eller skifteholdsarbejde. Kun sager, hvor den pågældende ikke har haft mere end et beskedent tobaksforbrug, ikke har sukkersyge, ikke har forhøjet koncentration af fedt i blodet (visse kolesterolfraktioner og triglycerid) eller klar arvelig disposition til IHS, skal som udgangspunkt forelægges for Erhvervssygdomsudvalget til vurdering efter arbejdets særlige art.

Yderligere information

[Udredningsrapporten om natarbejde/skifteholdsarbejde og hjertesygdomme](#)

Udredningsrapporten kan findes på www.ask.dk under Arbejdsskadestyrelsen, Forskning og projekter.

23.30. Degenerative forandringer i halshvirvelsøjlen

Erhvervssygdomsudvalget og Arbejdsskadestyrelsen har i februar 2009 diskuteret en udredningsrapport om sammenhængen mellem degenerative forandringer i halshvirvelsøjlen og belastninger i arbejdsmiljøet.

Opgaverammen har været at skrive et referencedokument, på baggrund af en gennemgang af primært epidemiologisk baserede studier omfattende danske og internationale forskningsresultater på området, med henblik på nærmere at belyse, sammenfatte og vurdere viden om eventuelle årsagssammenhænge mellem udvikling af degenerative sygdomme i halshvirvelsøjlen, herunder gigtiske forandringer og diskusprolaps, og fysiske påvirkninger på arbejdet.

Der har specielt været ønsket en evidensbaseret beskrivelse af, hvilke påvirkninger der kunne være risikofaktorer, og de sandsynligste årsagsmekanismer, samt en nærmere estimering af den eventuelt øgede risiko i forhold til påvirkningens karakter, styrke, omfang og varighed. Opgaven har været opslået og finansieret gennem Arbejdsmiljøforskningsfonden.

Opgaven er blevet løst af Sven Lings, Jonas Winkel Holm og Charlotte Leboeuf-Yde. Dokumentets titel er: *What are the causes of cervical spinal degeneration? – A systematic critical literature review.*

Opgaven har været bedømt uafhængigt af professor Mats Hagberg, formand for Sahlgrenska akademien ved Göteborgs Universitet, afdelingen for samfundsmedicin og folkesundhed, Göteborg, Sverige, og professor, dr.med. Claus Manniche, Rygcentret i Ringe, Syddansk Universitet, Odense, Danmark.

Referencedokumentets overordnede vurdering er:

- Der er utilstrækkelig evidens (0) for en årsagsmæssig sammenhæng mellem degenerative forandringer i halshvirvelsøjlen og eksposition for ekstreme hovedstillinger, gentagne bevægelser, vibrationseksponering, dykning, sport og alle undersøgte erhverv eventuelt, bortset fra eksposition i form af bæring af tunge byrder på hovedet i en betydelig del af arbejdstiden
- Der er utilstrækkelig evidens (0) for dosis-responssammenhænge
- Der er begrænset evidens (+) for årsagssammenhæng mellem degenerative forandringer af halshvirvelsøjlen og kraftpåvirkning af halshvirvelsøjlen udefra, herunder bæring af tunge byrder på hovedet

Erhvervssygdomsudvalgets og Arbejdsskadestyrelsens vurdering af referencedokumentet

Den samlede konklusion af referencedokumentet er således, at der på nuværende tidspunkt ikke er evidens for sammenhænge mellem påvirkninger på arbejdet og degenerative sygdomme i halshvirvelsøjlen, herunder gigtiske forandringer og diskusprolaps.

Forfatterne har løst opgaven tilfredsstillende. Forfatterne har anvendt en egen gradering af evidens, der kan være lidt vanskelig at vurdere ud fra tabellerne i redegørelsen. Der er foretaget en gennemgang af vigtigste danske og udenlandske forskningsresultater, hvilket også er i overensstemmelse med ønskerne i det udbudte tema.

Af titlen kunne man få indtryk af, at redegørelsen også omhandlede de patofysiologiske mekanismer, det vil sige de egentlige årsager til cervikal spinal degeneration. Det er imidlertid epidemiologiske risikofaktorer, der er taget under behandling – simpelthen af den grund, at der ikke findes valide undersøgelser til bedømmelse af de patofysiologiske mekanismer kvalitativt og kvantitativt. Herved adskiller degenerative sygdomme i halshvirvelsøjlen sig ikke væsentligt fra degenerative sygdomme andetsteds i hvirvelsøjlen; dog er der endnu færre metodologiske undersøgelser af patofysiologiske mekanismer ved slidgigt i halshvirvelsøjlen end slidgigt i lændehvirvelsøjlen.

Med degenerative forandringer i halshvirvelsøjlen betegner og afgrænser rapporten tilstande, der populært betegnes *slidgigt*.

Det drejer sig om:

- afsmalning af båndskiven (diskus mellem hvirvellegemerne) samt irritative knogledannelser, som udgår fra hvirvellegemernes endeplader, og som kan danne bro til den næste hvirvel (osteofytter og spondylose)
- forkalkning af hvirvlernes endeplade (sklerosering), defekter i båndskiven, som kan medføre en frembulning af båndskiven (diskusprotrusion), eller ligefrem en udposning af det bløde materiale fra diskus indre (diskusprolaps)
- slidgigtforandringer i de små led, der dannes mellem hvirvelbuerne (facetleddene), som betegnes facetleddsartrose, unkovertbral artrose eller spondylartrose

Det slås fast, at de degenerative forandringer i hvirvelsøjlen er produkter af livslange vævsprocesser, der allerede begynder i barndommen og tiltager med alderen, men der er store variationer mellem individer.

Der er heller ikke tvivl om, at den forbedrede billeddiagnostik med anvendelse af MR-skanning påviser mange flere forandringer, som tidligere ikke ville være konstateret med konventionel røntgenundersøgelse. Dette vil altså sige, at hyppigheden af radiologisk påviste forandringer er tiltaget voldsomt igennem de senere år. Dette betyder ikke, at der nødvendigvis er tiltagende incidens af symptomgivende slidgigt, idet der er begrænset sammenhæng mellem symptomer (smerter) og slidgigtforandringer i halshvirvelsøjlen.

Forfatterne har identificeret godt 12.000 muligvis relevante publikationer, men efter nærmere vurdering fandtes kun 62 artikler egnet til at indgå i den kritiske litteraturgennemgang. Desværre var studierne lav kvalitet, og kun 4 kunne betegnes som perfekte, mens 14 yderligere var af god eller acceptabel standard.

Rapporten har vurderet en række risikofaktorer, hvor forfatterne har set på, hvorvidt en række risikofaktorer, der menes at kunne bidrage til degenerativ lænderygsygdom, omfattende alder, rygning, køn, højde, vægt, body mass index samt løftarbejde og helkropsvibration, også gælder for degenerative forandringer i halshvirvelsøjlen. Nyere tvillingestudier har dog tydet på, at arvelige

faktorer kan forklare $\frac{3}{4}$ af variationerne i lumbal diskusdegeneration hos voksne, og at løftarbejde kun i begrænset omfang påvirker risikoen for degenerative sygdomme i lænderyggen.

Forfatterne har gennemgået de udvalgte studier og vurderet den videnskabelige tyngde og opført resultatet af artiklerne i evidensstabeller. Den videnskabelige kvalitet af studiet blev vurderet på en skala fra 0-10, hvor indsamling af data, valg af effektparametre, valg af prædiktive faktorer, informationsbias og analyse af data. Bedømt ud fra disse kriterier fandtes mange studier desværre at være af ringe kvalitet.

FAKTOR/BELASTNING	ANTAL STUDIER	STUDIERNES KVALITET	EVIDENS FOR SAMMENHÆNG
Intrinsiske faktorer	62	Meget varierende	Evidens for øgning af forandringer med alder, men ingen lineær sammenhæng
Alder			Ingen evidens for lineær sammenhæng
Køn			Ingen evidens
Arvelighed			Stærk evidens for arvelighed
Eksterne faktorer	19	5 gode eller acceptable	Ofte modstridende fund
Erhverv som pilot	7	Varierende	Evidens for manglende sammenhæng
Tunge byrder båret på hovedet	6	Ringes	Øget hyppighed, men evidensen ringes
Sport	7	Mindre gode eller dårlige	Rugby, boksning, fodbold, dykning viste øget hyppighed, men evidensen ringes pga. studierne kvalitet
Akavede bevægelser	3	1 om torticollis god kvalitet, resten ringes	3 ud af 378 patienter havde dystonier el. dyskinesier, og osteoartrose udvikles hyppigt ved torticollis på den side, til hvilken hovedet drejes
Rygning	2	1 god, 1 dårlig	Modstridende fund: ingen association i et godt studie; temmelig stærk association i et dårligt studie

Sammenhæng mellem degenerative forandringer og symptomer fra nakken

8 studier omhandlende sammenhæng mellem degenerative forandringer i halshvirvelsøjlen og nakkesymptomer viste helt modsatte resultater:

- 1 studie fandt, at kvinder med stærke smerter havde mindst degenerative forandringer

- 1 studie af tandlæger viste, at hovedparten havde degenerative forandringer, men kun relativt få af disse havde symptomer
- Andre studier har postuleret sammenhæng mellem diskusprotrusion og smerter, men sammenhængen var ikke statistisk signifikant
- 2 studier viste signifikant sammenhæng mellem degenerative forandringer og nakkesmerter, heraf 1 studie blandt kulier i Bangladesh og 1 studie fra London, hvor det fandtes, at personer med diskusdegeneration havde flere perioder af smerter og større arbejdsfravær, og at dette var hyppigere hos mænd med udtalte forandringer end hos mænd med få forandringer

Erhvervssygdomsudvalget og Arbejdsskadestyrelsen er enige i forfatterens konklusioner:

- Der er utilstrækkelig evidens for årsagssammenhæng mellem degenerative forandringer i halshvirvelsøjlen og ekstreme hovedstillinger, gentagne bevægelser, vibrationseksponering, dykning, sport og alle undersøgte erhverv (bortset fra bæring af tunge byrder på hovedet)
- Der er utilstrækkelig evidens for dosis-responsammenhænge
- Der er begrænset evidens for en årsagsmæssig sammenhæng mellem degenerative forandringer af halshvirvelsøjlen og kraftpåvirkninger i halshvirvelsøjlen udefra, herunder bæring af tunge byrder på hovedet
- Der er utilstrækkelig evidens for en årsagssammenhæng mellem degenerative sygdomme i halshvirvelsøjlen og langvarig kraftig hoveddrejning eller rotation, repetitive bevægelser, vibration, dykning, sport, tungt arbejde og alle de beskæftigelser, som er gennemgået i litteraturen, fraset bæring af tunge byrder på hovedet
- Der er begrænset evidens for en sammenhæng mellem repetitive bevægelser af halshvirvelsøjlen med ekstern impulspåvirkning.
- Sygdommene har multifaktoriel årsag, hvor kun sammenhæng med arvelige faktorer er påvist med stor sandsynlighed

Omfanget og kvaliteten af litteratur, der belyser sammenhæng i mellem ekspositioner, degenerative forandringer og smerter, er meget beskedent, og den giver ikke et klart billede af relationen mellem erhvervsmæssige fysiske faktorer og degenerative forandringer i halshvirvelsøjlen.

Vurdering efter 2003-loven

Fortegnelsen:

De 6 krav til medicinsk dokumentation til en årsagssammenhæng mellem ydre påvirkninger af halshvirvelsøjlen og degenerative sygdomme i halshvirvelsøjlen er efter Arbejdsskadestyrelsens vurdering ikke eller kun delvist opfyldt. En vurdering af de enkelte krav til medicinsk dokumentation og deres opfyldelsesgrad vurderes på følgende måde:

- En biologisk naturlig og logisk forklaring på sygdommen (delvist opfyldt)
- En påvirkning, der må have en karakter og et omfang, der gør sygdommen sandsynlig (ikke opfyldt)
- En sammenhæng mellem påvirkning og sygdom, eksempelvis at øget påvirkning giver øget sværhedsgrad af sygdommen (ikke opfyldt)
- Undersøgelser om udbredelser i befolkningen, der bekræfter en sammenhæng (delvist opfyldt)
- Overbevisende rapportering af tilfælde, der er konstateret ved lægeundersøgelse (delvist opfyldt)

- En betydelig overhyppighed af sygdommen blandt personer, der er udsat for denne påvirkning, i forhold til personer, der ikke er udsat (ikke opfyldt)

Der er derfor ikke efter Erhvervssygdomsudvalgets vurdering medicinsk dokumentation for årsagssammenhæng mellem ydre påvirkninger og degenerative sygdomme i halshvirvelsøjlen i en grad, der medfører, at disse sygdomme bør optages på listen over erhvervssygdomme, jf. § 7, stk. 1, nr. 2, 1. led.

Arbejdets særlige art:

Da der er nogen, men begrænset, evidens for sammenhæng mellem bæring af tunge byrder på hovedet eller gentagne bevægelser af nakken med samtidig kraftig påvirkning af denne og degenerative forandringer i halshvirvelsøjlen, vil det konkret skulle vurderes, om det er overvejende sandsynligt, at der er en årsagsmæssig sammenhæng mellem arbejdet og sygdommen efter 2003-lovens § 7, stk. 1, nr. 2, 2. led, om arbejdets særlige art.

Derudover fastholdes Erhvervssygdomsudvalgets mangeårige praksis om anerkendelse af degenerative forandringer i halshvirvelsøjlen efter mange års arbejde indeholdende bæring af tunge byrder direkte på nakke-skulderåget. Det foreliggende referencedokument bekræfter ikke denne praksis, men modbeviser den heller ikke. Sådanne sager vil derfor fortsat skulle forelægges for Erhvervssygdomsudvalget.

Yderligere information

[Udredningsrapporten om degenerative forandringer i halshvirvelsøjlen](#)

Udredningsrapporten kan findes på www.ask.dk under Arbejdsskadestyrelsen, Forskning og projekter.

23.31. Lyskebrok

Referencedokumentets indhold

I december 2011 modtog Arbejdsskadestyrelsen referencedokument fra Arbejds miljøforskningsfonden om ”Sammenhænge mellem lyskebrok og fysiske påvirkninger i arbejdet” (Risk and prognosis of inguinal hernia in relation to occupational mechanical exposures – a systematic review of the epidemiologic evidence).

Referencedokumentet imødekommer Arbejdsskadestyrelsens og Erhvervssygdomsudvalgets ønske om en udredning af mulige sammenhænge mellem lyskebrok og fysiske påvirkninger i arbejdet. Opgaven har været opslået og finansieret gennem Arbejds miljøforskningsfonden.

Opgaven er blevet løst af Susanne Wulff Svendsen, Poul Frost, Marie Vestergaard Vad, Johan Hviid Andersen, Danish Ramazzini Centre, Department of Occupational Medicine, Regional Hospital West Jutland, Danish Ramazzini Centre, Department of Occupational Medicine, Aarhus University.

Dokumentet gennemgår den internationale epidemiologiske forskningslitteratur om mulige sammenhænge mellem lyskebrok og fysiske påvirkninger i arbejdet:

Det overordnede formål var at belyse, sammenfatte og vurdere holdepunkterne for årsagssammenhænge mellem udvikling af medialt og lateralt lyskebrok og udsættelse for forskellige mekaniske påvirkninger i arbejdet. Endvidere var det formålet at undersøge mekaniske påvirkningers betydning for prognosen (forløbet) efter operation for lyskebrok med hensyn til gendannelse af brokket og langvarige smerter. Endelig skulle udredningen omfatte en vurdering af kønnets eventuelle betydning.

Ved et lyskebrok trænger bughinden og evt. en del af tarmen sig gennem bugvæggen lige over lyskebåndet. Lyskebrok deles op i det laterale eller indirekte (gennem lyskekanalen) og det mediale eller direkte (gennem bugvæggen).

Et medfødt lyskebrok hos drenge er altid et lateralt lyskebrok. Det laterale lyskebrok udgør cirka 66 procent af alle lyskebrok hos voksne. Det mediale lyskebrok presses direkte gennem et svagt sted i lyskekanalens bagvæg og altså ikke gennem lyskekanalens indre åbning.

Medialt lyskebrok ses hos personer med svækket bugvæg, og med alderen stiger andelen af mediale lyskebrok i forhold til andelen af laterale. I nogle tilfældene findes medialt og lateralt lyskebrok samtidigt, hvilket kaldes et sadelbrok. Lyskebrokket kan hos begge køn vise sig som en udbuling i lysken eller øverst på låret, hos mænd desuden i pungen. Nogle lyskebrok giver så godt som ingen gener. I mange tilfælde vil der dog være ubehag og smerter, fx ved fysisk arbejde. Der udføres årligt ca. 10.000 operationer for lyskebrok i Danmark.

Lyskebrok optræder hyppigst hos mænd med en aldersjusteret hyppighed på 7-8 gange i forhold til kvinder.

Tunge løft og stående arbejde i længere perioder har været mistænkt som risikofaktorer for lyskebrok, og enkeltstående fysiske anstrengelser har været mistænkt for at kunne føre til en pludselig udvikling af et lyskebrok. Sygefravær og råd om tilbagevenden til arbejdet har sædvanligvis været begrundet med type af operation og forventede fysiske anstrengelser i arbejdet.

Referencedokumentets samlede vurdering

Der blev gennemført en omfattende litteratursøgning med det formål at udvælge undersøgelser, som belyste, om personer med bestemte erhvervsmæssige mekaniske påvirkninger har en øget risiko for lyskebrok. På baggrund af i alt 1771 artikler blev 23 udvalgt som egnede og relevante for dette dokument.

Litteraturgennemgangen bygger på studier udført i almenbefolkningen og inden for forskellige typer af erhverv. I langt de fleste tilfælde har der været tale om tværsnitsstudier eller case-kontrol studier, hvilket indebærer problemer med at fastslå den tidsmæssige karakter af eventuelle sammenhænge mellem de mekaniske eksponeringer og udviklingen af lyskebrok, og risiko for at studierne kan være behæftet med såvel informations- som selektionsbias. De fleste studier har ikke taget højde for muligheden for sammenblanding af effekter (confounding). Til vurdering af erhvervsmæssige mekaniske eksponeringer er der ofte anvendt selvrapporterede, grove skøn eller fagbetegnelser, og der eksisterer ikke undersøgelser, som har omfattet kvantitative opgørelser af samlede daglige løftemængder, frekvens af tunge løft eller daglig varighed af stående/gående arbejde.

Samlet er den epidemiologiske viden om erhvervsmæssige mekaniske påvirkninger og lyskebrok begrænset. Hvis man inddrager viden fra andre biomedicinske områder, er der forskning, som peger på mekanismer, der kan kæde mekaniske påvirkninger sammen med udvikling af lyskebrok. Det drejer sig bl.a. om målinger af trykket i bughulen, som antages at være en risikofaktor for lyskebrok. Trykket i bughulen er i eksperimentelle undersøgelser målt højere ved tunge løft, specielt ved løft, som udføres hurtigt.

- Den første konklusion er, at der er utilstrækkelig evidens [0] for en årsagssammenhæng mellem mekaniske påvirkninger i arbejdet og udviklingen af lyskebrok.
- Den anden konklusion er, at der er utilstrækkelig evidens [0] for en årsagssammenhæng mellem enkeltstående påvirkninger i arbejdet og udviklingen af lyskebrok.
- Den tredje konklusion er, at der er utilstrækkelig evidens [0] for en årsagssammenhæng mellem mekaniske belastninger i arbejdet og prognosen for af lyskebrok.

Vurdering efter 2003-loven

I referencedokumentet er det konkluderet, at der er utilstrækkelig evidens (0) for en årsagssammenhæng mellem mekaniske påvirkninger i arbejdet og udviklingen af lyskebrok.

Der er ligeledes utilstrækkelig evidens (0) for en årsagsmæssig sammenhæng mellem enkeltstående påvirkninger i arbejdet og udviklingen af lyskebrok.

Endelig er der utilstrækkelig evidens (0) for, at der er en sammenhæng mellem mekaniske belastninger i arbejdet og prognosen for lyskebrok.

Mere konkret vurderes det, at de 6 krav til medicinsk dokumentation ikke er fuldt opfyldt:

En biologisk naturlig og logisk forklaring på sygdommen (ikke opfyldt):

En påvirkning, der må have en karakter og et omfang, der gør sygdommen sandsynlig (ikke opfyldt):

En sammenhæng mellem påvirkning og sygdom, eksempelvis at øget påvirkning giver øget forekomst eller øget sværhedsgrad af sygdommen (ikke opfyldt):

Undersøgelser om udbredelser i befolkningen, der bekræfter en sammenhæng (ikke opfyldt):

Overbevisende rapportering af tilfælde, der er konstateret ved lægeundersøgelse (ikke opfyldt):

En betydelig overhyppighed af sygdommen blandt personer, der er udsat for denne påvirkning, i forhold til personer, der ikke er udsat (ikke opfyldt):

Som udgangspunkt skal alle ovenstående betingelser være opfyldt.

Det er Arbejdsskadestyrelsens vurdering i forhold til arbejdsskadeforsikringslovens 6 krav til begrebet ”medicinsk dokumentation” i 2003-lovens forstand, at disse ikke er opfyldte for sygdommen lyskebrok på en sådan måde, at sygdommen kan optages på erhvervs sygdomsfortegnelsen efter 2003-loven.

Arbejdets særlige art

Konkrete sager, der ikke kan anerkendes efter fortegnelsen, kan forelægges Erhvervssygdomsudvalget med henblik på en vurdering af, om det kan være overvejende sandsynligt, at der er en årsagsmæssig sammenhæng mellem arbejdet og sygdommen efter 2003-lovens § 7, stk. 1, nr. 2, 2. led, om arbejdets særlige art.

Det er Arbejdsskadestyrelsens vurdering, at referencedokumentet ikke generelt kan danne grundlag for at forelægge sager om lyskebrok for Erhvervssygdomsudvalget med henblik på anerkendelse som følge af arbejdets særlige art. Eventuelle enkeltstående sager med en helt særlig påvirkning vil kunne forelægges på sædvanlig vis.

Yderligere information:

Referencedokumentet om sammenhænge mellem lyskebrok og fysiske påvirkninger i arbejdet ([Risk and prognosis of inguinal hernia in relation to occupational mechanical exposures – a systematic review of the epidemiologic evidence](#))

Udredningsrapporten kan findes på www.ask.dk under Arbejdsskadestyrelsen, forskning og projekter

23.32. Sygdomme i hånd og underarm efter PC-arbejde

Arbejdsskadestyrelsen og Erhvervssygdomsudvalget drøftede i december 2011 to artikler om årsagssammenhænge mellem sygdomme i hånd og arme efter arbejde med computermus, men fandt ikke, at der med artiklerne var grundlag for generel udvidelse af praksis i form af ændringer på erhvervssygdomsfortegnelsen eller udvidelse af forelæggelsespraksis. Materialet gav heller ikke grundlag for en ændret vurdering af helt særlige påvirkninger svarende til de få sager, der siden 2006 er anerkendt efter forelæggelse for Erhvervssygdomsudvalget. Den eksisterende og meget restriktive anerkendelsespraksis fortsætter.

Konklusioner fra artiklen ”Does computer use affect the incidence of distal arm pain?”:

- Computerarbejde er ikke relateret til forlængede eller kroniske smerter i albue, underarm, hånd/håndled
- Omfanget af tid med brug af computermus er associeret med akutte smerter på underarmen, men hyppigheden er temmelig lille

Konklusioner fra artiklen ”Risk factors for Neck and Upper Extremity Disorders among Computer users and the Effect of Interventions: An Overview of Systematic Reviews”:

- Brug af computermus er forbundet med klager over smerter, men det er stadig uklart, om denne sammenhæng er kausal
- Der er begrænset evidens for specifikke diagnoser eller sygdomme
- Det er ikke muligt at give anbefalinger baseret på stærk evidens til ændringer i belastninger eller arbejdsfunktioner

Arbejdsskadestyrelsens rammer for sager om arbejde med computermus, der bør forelægges Erhvervssygdomsudvalget:

- Intensivt, præcisionskrævende arbejde med computermus gennem mange år

- Daglig anvendelse af computermusen i 7-9 timer
- Relevant tidsmæssig sammenhæng mellem arbejdet med computermus og debut af sygdommen

Yderligere information:

Artiklen ”Does Computer use affect the incidence of distal arm pain” kan ses [her](#), mens artiklen ”Risk factors for Neck and Upper Extremity Disorders among Computer users and the Effect of Interventions: An Overview of Systematic Reviews” kan ses [her](#). Begge artikler er på engelsk uden dansk resumé.

Udredningsrapporten kan findes på www.ask.dk under Arbejdsskadestyrelsen, forskning og projekter

23.33. Dybe blodpropper

Arbejdsskadestyrelsen kan anerkende blodpropper i benene som en arbejdsulykke, hvis man som led i sit arbejde har fløjet i 6 timer eller mere, og hvor muligheden for at bevæge sig har været begrænset. Arbejdsskadestyrelsen kan også anerkende blodpropper i benene som en arbejdsulykke, hvis man i forbindelse med sit arbejde har været fastlåst i en stillesiddende arbejdsstilling i tog, bus eller bil i mere end 10 timer. Det blev Arbejdsskadestyrelsen og Erhvervs sygdomsudvalget enige om på et principielt møde den 22. marts 2011.

Her præsenterede overlæge, PhD Ole Steen Mortensen fra Arbejdsmedicinsk Klinik på Bispebjerg Hospital en udredningsrapport af den internationale forskningslitteratur om dybe blodpropper i benene, som han har lavet i samarbejde med seniorforsker Poul Suadicani og professor, overlæge, dr.med Jens Peter Bonde.

Udredningsarbejdet om dybe blodpropper viste også, at der ikke er dokumentation for, at man ved mange timers stillesiddende arbejde, for eksempel kontorarbejde, kan udvikle blodpropper i benene. Desuden viste udredningsarbejdet, at symptomerne på blodproppen kan vise sig i op til 4 uger efter udsættelsestidspunktet.

Det fremgår af udredningsrapporten, at det ikke er en betingelse, at der har været tale om flere på hinanden følgende rejser over længere tid. Udredningen om blodpropper i benene giver derfor ikke anledning til ændringer på fortegnelserne over erhvervs sygdomme. Selv om blodpropper må regnes for en sygdom, så er selve påvirkningen så kortvarig, at det opfylder kravet for en arbejdsulykke. Derfor vil Arbejdsskadestyrelsen behandle sager om blodpropper i benene som en arbejdsulykke og ikke som en erhvervs sygdom. Dette er også i overensstemmelse med Ankestyrelsens tidligere udmeldte Principafgørelse 175-09 om blodpropper i benene.

Rapportens hovedkonklusioner sammenfattet:

- Der er stærk evidens (+++) for årsagssammenhæng mellem udviklingen af dybe blodpropper i benene og stillesiddende immobilitet i mindst 6 timer under flyrejse.
- Der er begrænset evidens (+) for årsagssammenhæng mellem udviklingen af dybe blodpropper i benene og stillesiddende immobilitet i mindst 10 timer under anden transport.
- Der er utilstrækkelig evidens (0) for årsagssammenhæng mellem udviklingen af dybe blodpropper i benene og andet stillesiddende arbejde (for eksempel kontorarbejde).

Yderligere information:

[Udredningsrapporten “Association of Work with Deep Venous Thrombosis in the legs A literature review of the evidence”](#)

Udredningsrapporten kan findes på www.ask.dk under Arbejdsskadestyrelsen, forskning og projekter

24. Medicinsk orddliste (bilag 2)

24.1. Støjbetinget hørenedsættelse

Cochlea	Sneglen – det indre øre
Decibel (dB)	Måleenhed – angiver lydens styrke
dB LA _{æq}	Måleenhed – angiver det energiækvivalente, A-vægtede lydtryksniveau i dB, hvilket kan bestemmes for et vilkårligt tidsrum.
D eller DL (skelnetab)	Forståelsesprocent (D) – angiver, hvor mange procent tilskadekomne forstår. ”Discrimination loss” (DL) – skelnetab – siger noget om, hvor mange procent tilskadekomne misforstår. DL = 25 procent betyder, at man ikke kan gengive 25 ord korrekt ud af 100 ord, man har hørt. D + DL = 100.
DLA (Degeneratio Labyrinthi Acustici)	Nedgang i funktionsdygtigheden i sneglen i det indre øre.
DLA professionalis	Hørenedsættelse som følge af udsættelse for støj gennem flere år. Fremstår som et dip omkring 4.000 Hz i et audiogram.
DLA hereditaria	Hørenedsættelse betinget af arv
DLA senilis eller presbycusis	Aldersbetinget høretab
DLA (typus) incertus	Hørenedsættelse af ukendt oprindelse, men med sikkerhed ikke forårsaget af udsættelse for støj.
Morbus Ménière	Ménières sygdom. Symptomkompleks bestående af anfaldsvis svimmelhed, øresusen og nedsættelse af hørelsen. Skyldes sygdom i labyrinten, ikke støj.
Hertz (Hz)	Måleenhed – angiver antallet af lydbølger per sekund
Otosclerose	Hørenedsættelse som følge af sygdom i knoglerne i øret
Sequelae otitis media	Hørenedsættelse som følge af mellemørebetændelse
MCL	Mest behagelige lyttestyrke – er den lydstyrke målt i dB, hvor tilskadekomne angiver, at denne hører bedst.
Tinnitus	Øresusen eller hyletone i øret.
SRT	Taletærsklen – er den lydstyrke, hvor tilskadekomne kan forstå 50 procent af en talrække.
SPL	”Sound pressure level” – angiver lydstyrke i absolut mål i forhold til standarden.
Dip	Et dip er et V-formet knæk nedad på kurven (modsat et ”peak”, som er et knæk opad). Udsættelse for impulsstøj medfører et dip mest udtalt ved 6.000 Hz, mens udsættelse for kraftig vedvarende støj typisk medfører et dip mest udtalt ved 4.000 Hz.
Reflektærskler	Måles ved 500, 1.000, 2.000 og 4.000 Hz. Det er en udløsning af mellemørets reflekser og er en normal reaktion i øret over for pludselige, kraftige lyde.

	Højtliggende tærskler (det vil sige stort antal decibel påkrævet/ pilene ligger længere nede på audiogrammet) ses typisk ved hørenedsættelse, der ikke er forårsaget af støj eller aldersforandringer, men det er også i nogen grad tilfældet for yngre personer. Der er individuelle forskelle.
HE	Høreevne
KE	Kommunikationsevne
Benledning	Bruges til at fastslå, om hørenedsættelsen er i det indre øre, eller om den ligger i mellemøret eller det ydre øre. Hvis benledning og luftledning er lig hinanden, er skaden i det indre øre. Hvis det er afvigende, er der en anden årsag (konkurrerende). Forskellen er udtryk for, at lyden ikke kan komme ind i øret. Markeres som [] eller < > i audiogrammet.
Recruitment	Angiver, at man har en kraftig lydforfølelse, selv om man ikke går ret meget over høretærsklen. Medfører, at en person vil opfatte selv en lille stigning i lydtrykket som en kraftig lydforfølelse.
Frit felt	Når en måling er optaget i frit felt er høreprøven foretaget i et lyddæmpet rum, men ikke i en lydtæt boks.
TTS	Temporary Threshold Shift. Lettere hørenedsættelse, der aftager hurtigt i minutterne/timerne efter en kraftig støjbelastning.
Taleaudiometri	Høreprøve, hvor man skal lytte til en mængde forskellige ord både i ro og i almindelig baggrundsstøj.

Tidligere har betegnelserne ”hørehandicap” og ”kommunikationshandicap” været anvendt ved scoringerne ved speciallægeerklæringernes konklusionsfelt. Disse ses i dag erstattet af udtrykkene ”høreevne” og ”kommunikationsevne”.

24.2. Kronisk lænderygsygdom

Latin/medicinsk	Dansk oversættelse
Arcus	Hvirvelbue
Columna recti	Lige ryg
Discus	Båndskive
Diskusdegeneration	Sygdom i discus med højdereduktion af discus
Dolores dorsi	Rygsmarter
Facetledssyndrom	Smerter svarende til et af de ægte led mellem 2 lændehvirvler
Hekseskud	Akut opståede lændesmerter
Irradierende smerter	Udstrålende smerter i en nerves forsyningsområde
Iskias	”Sygdom i hoften” = smerteudstråling på bagsiden af underekstremiteten.
Kyphosis	Rundrygget/svajrygget
Lumbago	Smerter i lænderegionen ”lænderyglammelse”
Lændehold	Smerter, eventuelt med nedsat bevægelighed i lænderegionen
Myosis lumbalis	Smerter, ømhed og muskelinfiltrationer i lænderygmuskulaturen
Prolapsus disci intervertebralis	Fremfald af hvirvelbåndskivens (discus) indre kerne gennem den ydre ring, medførende tryk på nerve.
Radikulære smerter	Udstrålende smerter i en nerverods forsyningsområde
Scoliosis	Sidekrumning af ryggen

Spondylarthrosis, spondylosis, osteochondrosis vertebralis	(Slid-)gigt i rygsøjlen
Vertebra lumbalis	Lændehvirvel

24.3. Kroniske nakke-skuldersmerter

Latin/medicinsk	Dansk oversættelse
Arthrosis cervicalis	Slidgigt i halshvirvelsøjlen
Brachium	Arm (i anatomien især benyttet for overarm)
Cervix	Hals
Cervikobrakialt/cervicobra-chialt	Nakke-skulderåg
Degeneration (degenerative forandringer)	Degeneration kommer fra det latinske ord "degeneratio", som betyder "udarte". Det oversættes med "nedgang i funktionsdygtighed". Ordet efterfølges normalt med en specifikation af, hvad der er nedsat, og/eller hvorfor. For eksempel som degeneratio disci cervicalis (degenerative forandringer i halshvirvelsøjlen), der kan være årsag til diskusprolaps. Der findes mange årsager til en degeneration af væv, herunder hormonelle årsager, aldersbetingede forandringer, nedsat blodforsyning og følger efter traumer, samt systemiske sygdomme som ægte gigt og leddegigt.
Extension/ekstension	Strækning
Fibromyalgi	Muskelgigt
Flexion/fleksion	Bøjning
Impingement syndrome	Indeklemningsfænomen (syndrom, hvor en struktur, for eksempel en sene, kommer i klemme i skulderleddet).
Musculus infraspinatus	Muskel, der udspringer fra den nederste bagflade af skulderbladet og hæfter på overarmsknoglens store knoglefremspring (tuberculum majus). Musklen har fået sit navn, fordi den udspringer nedenfor (på latin "infra") knoglekammen på skulderbladets bagflade (spina scapulae).
Musculus levator scapulae	Muskel, der udspringer fra tværtappene på de 4 øverste halshvirvler, og hæfter på skulderbladet. Musklen har fået sit navn, fordi den løfter skulderbladet.
Musculus pectoralis major	Muskel, der udspringer vifteformet fra kravebenet, brystbenet og ribben og hæfter på overarmsknoglens store knoglefremspring (tuberculum majus). Musklen har fået navnet "den store brystmuskel" (pectus = bryst og major = stor) på grund af sin størrelse og udbredelse på forsiden af brystkassen.
Musculus supraspinatus	Muskel, der udspringer fra den øverste bagflade af skulderbladet, og hæfter på overarmsknoglens store knoglefremspring (tuberculum majus). Musklen har fået sit navn, fordi den udspringer ovenfor (= på latin "supra") knoglekammen på skulderbladets bagflade (spina scapulae).
Musculus trapezius	Muskel, der udspringer fra nakke- og brysthvirvler, og hæfter på nøgleben, skulderhøjden og skulderbladet. Musklen har fået sit navn,

	fordi den højre og venstre muskel tilsammen set bagfra danner en trapezformet muskelplade
Myosis (myoser)	Myoser kommer fra det græsk ord "mys", som betyder muskel. Det oversættes med muskelinfiltration. Der er tale om en betændelsesagtig muskelsygdom, som viser sig ved ømhed, smerter, følelige diffuse fortykkelser i muskulaturen og eventuelt smertebetinget nedsat bevægelighed. Forekommer i forskellige sværhedsgrader.
Palpation	Latin: palpatio = blid berøring. Bruges medicinsk som udtryk for undersøgelse ved hjælp af berøring eller gennemføling af et område.
Regio nuchae	Nakken. På dansk er denne region dårligt defineret. I daglig tale bruges betegnelsen "nakke" både om den nederste del af kraniet og bagfladen af halsen. Anatomisk er regio nuchae en trapezformet region, der ligger på halsens bagside. Regio nuchae afgrænses anatomisk: Opadtil med en buet linje på kraniet (linea nuchae superior). Til siderne ved den udvendige (laterale) kant af musculus trapezius. Nedadtil med en tværgående, vandret linje fra tornappen på den 7. halshvirvel (processus spinosus på vertebra prominens og ud til skulderhøjden (acromion).
Smertebue	Smerter i skulderleddet ved bevægelse af armen fra en løftet stilling til en højere løftet stilling (typisk opstår smerterne mellem 60 grader og 120 grader).

24.4. Slidgigt i begge hofter

Latin	Dansk oversættelse
Acetabular	Hofteskål
Afsmalnet ledspalte	Formindsket afstand mellem de "synlige knogledele" i et led. Dette tages som et udtryk for en nedsat bruskhøjde i leddet.
Arthritis	Betændelsesagtig affektion af et eller flere led.
Arthritis rheumatoides	"Leddegigt" eller "ægte gigt". Kronisk fremadskridende ledsygdom.
Arthron (græsk)	Led
Arthrosis, artrose, osteo-artrose	"Slidgigt": Slidgigt er en mindre god betegnelse for denne type gigt, idet det kan indikere, at årsagen til gigten skyldes overbrug af leddet ("slid"), men den eller de tilgrundliggende årsager er ikke kendt i detaljer. Sygdommen er en kronisk ledsygdom med degeneration og svind af ledbrusken
Bilateralis	Dobbeltsidig
BMD	Bone Mineral Density (kalkholdighed). Sygdomsmæssigt for eksempel hormonelt nedsat kalkholdighed (BMD) i lårbenshovedet.

BMI	Body Mass Index. BMI over 30 = svær overvægt. Body Mass Index beregnes som $\text{kilo}/(\text{meter})^2$
Bursa	Slimsæk
Bursitis	Betændelsesagtig affektion af en slimsæk
Calvé-Legg-Perthe's sygdom	De tre navne refererer til de tre forskere, som beskrev sygdommen. Sygdommen kaldes også osteochondritis deformans juvenilis. Det er en aseptisk knoglenecrose (aseptisk = infektionslignende tilstand uden bakterier, necrose = vævsdød) i caput femoris' epifyse (caput = hoved, femur = lårbensknogle, epifysiolysis = skred af vækstzone). Det er en sygdom, der især rammer større drenge, specielt overvægtige i aldersgruppen 5-15 år. I lårbenets ledhoved er der en vækstzone. Der sker et skred i denne zone, således at der sker en forskydning af de to knogledele, der grænser op til zonen. Derved opstår en sekundær deformation af ledhovedet.
Caput	Ledhoved. For eksempel caput femoris (lårbenets ledhoved)
Coxa, Coxae	Coxa = hofte, coxae = hofter
Coxalgia	Smerter i hofteleddet (coxa = hofte, algos = smerte)
CT-skanning	CT står for Computer Tomografi. Tomografi betyder, at røntgenrøret, som udsender strålerne, drejer rundt om det, der skal skannes (fotograferes). Ved CT-skanning sendes en røntgenstråle gennem vævet. Undersøgelsen ved CT-skanning består af en række billeder, der dannes og lejres i en computer. Derved kan der skabes "snit" af væv, med en langt større detaljerighed end ved almindelig røntgenfotografering. Da det er digitaliserede billeder, kan der skabes forskellige "vinduer", hvor man specielt kan se for eksempel knogler eller bløddele. Desuden er det muligt at "skære tynde snit" på få centimeter – på tværs af det område, som der tages billede af. Det er også muligt at orientere sig i anatomi og sygelige forandringer i flere planer og på udvalgte områder, både på langs og på tværs af patienten. Billederne kan gemmes og senere omformes, således at andre ønsker til optagelserne kan efterkommes, herunder tredimensionelle billeder. Hvad kan man se: Bedst ses "hårdt væv" med lille gennemtrængelighed (som for eksempel knogler, som derfor er lyse) og dårligst væv med stor gennemtrængelighed (som for eksempel bløddele), men mange muskler og andre bløddele/organer, diskusprolaps, nogle svulster, nogle forandringer i hjernen samt blodkar og blødninger kan ses. Kranieknogler og hvirvellegemer ses bedre på CT-skanning end på MR-skanning. Hvad kan man ikke se: Mindre bløddele og mindre organer. Finere forandringer i væv. Meniskskader kan heller ikke ses.

	<p>Hvornår anvendes CT-skanning: For eksempel ved forandringer i knogler, for eksempel brud, ledskred, gigt i led, skader på hjernens struktur, diskusprolaps, blødninger og nogle svulster. Denne type paraklinisk undersøgelse (CT-skanning) kan Arbejdsskadestyrelsen ikke selv direkte anmode om.</p> <p>Hvad kræver CT-skanning? CT-skanning kræver henvisning fra speciallæge eller et sygehus.</p>
Dysplasia coxae congenita	Dys = dårlig, plaxia = vækst, coxae = hofteled, congenita = medfødt. En medfødt forandring i hofteleddet med flad ledskål og fremadretning af lårbenshalsen.
Femoro-acetabular impingement	Impingement = indeklemning, femur = lårben, acetabular = hofteskål
Femur	Lårben
Gravis	Svær/alvorlig (stadium)
Idiopatisk slidgigt	Slidgigt uden kendt årsag
Labrum	Ledlæben
Lateral	Udvendig
Medial	Indvendig
MR-skanning	<p>MR står for Magnetisk Resonans. Ved MR-skanning bruges en ”kæmpe magnet”, så der anvendes ikke røntgenstråler. Da der anvendes magnetisme, kan undersøgelsen ikke eller meget dårligt anvendes i områder, hvor der er indsat metal (for eksempel indsatte ledproteser af metal). Det afgøres i hvert tilfælde af røntgenafdelingen, som betjener MR-skanneren. Ved MR-skanning bringes væv og vævsvæsker i svingninger med magnetisme, og cellerne orienterer sig (de polariseres). Ved undersøgelsen skal patienten i mange tilfælde ligge stille i en lukket smal cylinder (”torpedorør”) i mindst de 20–30 minutter, skanningen tager. Resultatet af en MR-skanning består af en række billeder, der dannes og lejes i en computer. Derved kan der skabes ”snit” af væv, med en langt større detaljerighed end ved almindelig røntgenfotoografering og CT-skanning.</p> <p>Hvad kan man se: Da det er digitaliserede billeder, kan der skabes forskellige ”vinduer”, hvor der kan ses mange anatomiske detaljer/sygelige forandringer i både knogler, væv, vævsvæsker, blodkar, muskler, sener, ledbånd, organer, bløddele, diskusprolaps og hjernen samt svulster og blødninger. Desuden er det muligt at ”skære tynde snit” med få millimeters mellemrum – på tværs, på langs og på skrå af et aktuelt område. Det er derfor også muligt for lægen at orientere sig i anatomi og sygelige forandringer i flere planer og på udvalgte områder, både på langs og på tværs af patienten.</p>

	<p>Billederne er digitaliserede og kan gemmes således, at de senere omformes og andre ønsker til optagelserne kan efterkommes.</p> <p>Hvornår anvendes MR-skanning: MR-skanning anvendes ofte som supplement til kliniske/parakliniske undersøgelser. Inden for neurodiagnostikken kan den dog være en primær undersøgelse. Kranieknogler og hvirvellegemer ses dårligere på MR-skanning end på CT-skanning. Denne type paraklinisk undersøgelse (MR-skanning) kan Arbejdsskadestyrelsen ikke selv anmode om at få foretaget.</p> <p>Hvad kræver MR-skanning?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Speciel henvisning fra et sygehus • At patienten er forundersøgt af en speciallæge • At indikationen er præcis og velbegrunder • At patienten er forhåndsorienteret om undersøgelsen • At patienten ikke er urolig, angst eller bange • At patienten ikke lider af klaustrofobi • At patienten ikke er for bred over skuldrene • At patienten ikke er meget overvægtig • At patienten ikke er et barn (de bedøves ofte) • At patienten ikke har ”metal” (for eksempel pacemaker eller skinne og skruer i knogle) i området, der skal skannes <p>Hvis det i en speciallægeerklæring foreslås, at der foretages en MR-skanning, må styrelsen tage stilling til følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det absolut nødvendigt med en MR-skanning, for at ASK kan vurdere og afgøre sagen? • Hvem skal henvise til MR-skanningen? Det kunne være den, som skrev speciallægeerklæringen, men det er ikke alle speciallæger, der er hospitalsansat, og ikke alle speciallæger, der har mulighed for at bestille den • Hvem skal tage sig af det videre forløb, hvis der findes forandringer på MR-skanningen, som kræver behandling?
Necrose	Knogledød
Osteoporose	Knogleskørhed, os = knogle, porosis = skørhed. En tilstand, hvor nedsat kalkindhold i knoglen medfører, at der lettere opstår brud i knoglevævet.
Pistol-grip-deformitet	Medfødt deformitet i hoften, som får lårbenshalsen og omdrejningsknoerne til at ligne skaftet på en revolver
Primaria	Første/begyndende stadie
Randudtrængning/randudbygning/randosteofyt	Uregelmæssig aflejring under knoglehinden af nydannet knoglevæv, som ses ved kroniske betændelsestilstande og gigtiske forandringer omkring et led. Randosteofytter er almindelige, men er ikke i sig selv et sikkert tegn på, at der foreligger artrose (gigt), idet de kan være sekundære til andre ledsygdomme – eksempelvis kan de være opstået efter

	<p>traumer (posttraumatiske). I sygdommens senere stadie er der ofte destruktion af knoglen svarende til ledfladen (knogletab). Ofte bliver de reaktive knogleforandringer, specielt i form af sklerosering og randosteofytter, mere udtalte i denne periode.</p>
Røntgen	<p>Ved røntgenundersøgelse sendes en røntgenstråle gennem vævet, ned på en fotoplade. Væv med forskellig gennemtrængelighed af røntgenstråler sværter fotopladen forskelligt. Der anvendes et negativbillede. Undersøgelsen består af ét billede, hvor en tredimensionel struktur afbildes fladt på filmen. Derfor er der ikke dybde i billedet, og overliggende forandringer samles oven på hinanden.</p> <p>Hvad kan man se: Bedst ses ”hårdt væv” med lille gennemtrængelighed (som for eksempel knogler, som derfor er lyse) og dårligst væv med stor gennemtrængelighed (som for eksempel bløddele, der derfor er mørke eller slet ikke ses).</p> <p>Hvad kan man ikke se: De fleste bløddele, organer, ledbånd, brusk, muskler og lignende.</p> <p>Hvornår anvendes røntgen: For eksempel ved forandringer i knogler: brud, ledscred, gigt i led, kontrol af indsatte ledproteser eller metal (skinner og skruer, marvsøm). Denne type paraklinisk undersøgelse (røntgen) kan Arbejdsskadestyrelsen direkte anmode om.</p>
Subchondral cyste	<p>Sub = nedenunder, chondros = brusk, cyste = hulrum Et hulrum i knoglen neden under brusken i et led.</p>

24.5. Hånd og underarm

Latin	Dansk oversættelse
Endelsen -itis	Betændelse forårsaget af mikroorganismer eller betændelseslignende forandringer uden mikroorganismer. Ved arbejdsbetingede sygdomme er der altid tale om betændelsesforandringer uden mikroorganismer.
Infektion	Betændelsesforandring forårsaget af mikroorganismer
Inflammation	Betændelsesforandring med eller uden mikroorganismer
Peritendinitis	Betændelseslignende forandringer i vævet umiddelbart omkring en sene
Tendinitis	Betændelseslignende forandringer i en sene
Tendo	Sene
Tendovaginitis	Betændelseslignende forandringer i en seneskede

24.6. Karpaltunnelsyndrom

Latin/medicinsk	Dansk oversættelse
Carpus (latin)	Håndroden, som findes mellem underarm og mellemhånd, og som består af 8 små mellemhåndsknogler.
ENG EMG	<p>Elektro-neuro-grafi og elektro-myelo-grafi er neurofysiologiske undersøgelser af nerver og muskler, der kan vise:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ændringer i nervens aktionspotentiale og/eller ledningshastighed • Ændringer i nerver og/eller deres ledningshastighed, og om der er et tryk på nerven <p>Selvom patienten har kliniske symptomer, der ligner dem, der ses ved karpaltunnelsyndrom, har patienten ikke sygdommen, hvis den neurofysiologiske undersøgelse er normal.</p>
Karpaltunnelen	Tunnel, der findes på håndleddets bøjeseide. Gennem denne tunnel løber nervus medianus og 9 sener. Bunden i denne tunnel er en fordybning i håndroden. Loftet i denne tunnel danner et kraftigt, tværgående, senet bånd (ligamentum carpi transversum).
Karpaltunnelsyndrom	Ved sammenpresning af nervus medianus i karpaltunnelen kan et karpaltunnelsyndrom opstå. Påvirkning af nervetrådene til musklerne kan give svind (atrofi) af disse i ”storemus” (thenar). Påvirkning af nervetrådene til føleenerver kan give føleforstyrrelser og/eller smertefulde dødhedsfølelser (paræstesier).
Karpos (græsk)	Håndled
Ligamentum carpi transversum	Kraftigt tværgående senet bånd, der på håndleddets bøjeseide ligger over karpaltunnelen og danner loftet i denne
Nervus medianus	<p>Midtnerve, der blandt andet løber gennem karpaltunnelen på bøjeseiden af håndleddet. Nervus medianus er både motor- og følenerve.</p> <p>Nerven er motornerve for 4 forskellige muskler:</p> <ol style="list-style-type: none"> A. Musculus abductor pollicis brevis (kort muskel, der udadfører tommelfingeren) B. Musculus opponens pollicis (muskel, der modstiller tommelfingeren til de andre fingre) C. Musculus flexor pollicis brevis (kort muskel, der bøjer tommelfingerens grundled) D. Musculi lumbricalis I + II (små ormeformede mellemhåndsmuskler) <p>Nerven er følenerve på:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bøjeseiden af tommelfinger, bøjeseiden af 2. finger, bøjeseiden af 3. finger og bøjeseiden af den halvdel af 4. finger, som vender mod 3. finger, samt den til disse fingre tilhørende dele af håndfladen 2. Den del af tommelfingeren, der vender mod 2. finger, på strækkesiden af yderstykkerne på 2. og 3. finger, samt den halvdel på 4. fingers yderstykke, der vender mod 3. finger
Phalens test	Undersøgelse, hvor personen presser håndryggene mod hinanden

(positiv hyperfleksions-test)	med 90 graders nedadbøjning i håndleddene. Hvis testen er positiv, opstår der tegn på karpaltunnelsyndrom, eller eksisterede symptomer forværres. Testen er ikke særlig pålidelig som basis for diagnosen
Prayer sign test (positiv hyperekstensionstest)	Undersøgelse, hvor personen presser håndfladerne mod hinanden med 90 graders opadbøjning i håndleddene (som når man beder). Hvis testen er positiv, opstår der tegn på karpaltunnelsyndrom, eller eksisterede symptomer forværres. Testen er ikke særlig pålidelig som basis for diagnosen
Syndrom	Sygdomskompleks. En gruppe af sammenhørende symptomer.
Tinels tegn eller Hoffmann-Tinels tegn	Et symptom på reaktion fra ”overfølsomme” nervetråde, der viser sig ved snurrende fornemmelser eller udstrålende smerter, når der bankes over nerven.

24.7. Tennisalbue og golfalbue

Latin/medicinsk	Dansk oversættelse
Condyl	Omdrejningskno
Endelsen -itis	Betændelse forårsaget af mikroorganismer eller betændelseslignende forandringer uden mikroorganismer. Ved arbejdsbetingede sygdomme er der altid tale om betændelsesforandringer uden mikroorganismer.
Epi	Over
Infektion	Betændelsesforandring forårsaget af mikroorganismer
Inflammation	Betændelsesforandring med eller uden mikroorganismer
Lateral	Udvendig
Peritendinitis	Betændelseslignende forandringer i vævet umiddelbart omkring en sene
Tendinitis	Betændelseslignende forandringer i en sene

24.8. Skuldersygdomme

Latin/medicinsk	Dansk oversættelse
Acromion	Skulderbladsfremspringet
Acromion	Skulderbladsfremspringet
Articulatio acromio clavicularis	Skulderhøjdeledet (led mellem kraveben og skulderhøjden) (acromion), der er et bredt, fladt fremspring på det udvendige hjørne af kammen på skulderbladets bagside).
Articulatio humero scapularis	Skulderledet
Bevægelser i skulderledet	Fleksion: fremad-opad Ekstension: bagud-opad Abduktion: udad-opad Rotation: drejning
Biceps-muskel	Den to-hovede bøjemuskel på overarmen
Bursa	Slimsæk
Bursa subacromialis	Slimsæk mellem ”loftet” over skulderledet og ledkapslen til hovedet på overarmsknoglen
Bursitis	Betændelse i en bursa (slimsæk) – giver ofte symptom i form af impingement (indeklemningsyndrom)

Degeneration	Nedgang i funktionsdygtighed som følge af nedbrydning af vævet
Endelsen – itis	Betændelse forårsaget af mikroorganismer eller betændelseslignende forandringer uden mikroorganismer. Ved arbejdsbetingede sygdomme er der altid tale om betændelsesforandringer uden mikroorganismer.
Frossen skulder	Et klinisk syndrom, som er karakteriseret ved smertefuld indskrænkning af den aktive og passive bevægelighed i skulderleddet, uden at der kan påvises nogen specifik årsag.
Humerus	Overarmsknogle
Impingement syndrome	Indeklemningsfænomen
Infektion	Betændelsesforandring forårsaget af mikroorganismer
Painful arch syndrome	Smertebue
Peritendinitis	Betændelseslignende forandringer i vævet umiddelbart omkring en sene
Rotator cuff-læsion	Revne eller anden beskadigelse af rotator cuff
Rotator cuff	Den fælles senemanchet, der dannes omkring forsiden af skulderleddet af supraspinatussenen, infraspinatussenen, subscapularissenen og senen fra teres minor. De koordinerer og stabiliserer leddet og bevægelserne sammen med andre muskler omkring skulderleddet
Smertebue	Smerter i skulderleddet ved bevægelse af armen fra en løftet stilling til en højere løftet stilling (typisk opstår smerterne mellem 60 og 120 grader).
Tendinitis	Betændelseslignende forandringer i en sene

24.9. Slidgigt i knæleddet

Latin	Dansk oversættelse
Arthritis	Betændelsesagtig affektion af et eller flere led
Arthritis rheumatoides	”Leddegigt” eller ”ægte gigt” Kronisk fremadskridende ledsygdom.
Arthron (græsk)	Led
Arthrosis, artrose, osteoartrose	”Slidgigt” Slidgigt er en mindre god betegnelse for denne type gigt, idet det kan indikere, at årsagen til gigten skyldes overbrug af leddet (”slid”), men den eller de tilgrundliggende årsager er ikke kendt i detaljer. Sygdommen er en kronisk ledsygdom med degeneration og svind af ledbrusken.
Articulatio genus	Knæled Knæleddet er et sammensat led, dannet mellem 3 knogler, nemlig lårbenet (femur), skinnebenet (tibia) og knæskallen (patella). Det anlægges med 3 adskilte ledhuler, der allerede tidligt i fosterlivet smelter sammen; rester af de oprindelige skillevægge bevares dog (og kan danne en slimhindefold = en plica). Efter leddets anlæg med 3 ledhuler kan man opdele det i 3 dele: <ul style="list-style-type: none"> • Pars femuropatellaris (leddet mellem lårben og bagsiden af knæskallen)

	<ul style="list-style-type: none"> • Pars femurotibialis lateralis (leddet mellem udvendige lårbenskno og den udvendige skinnebenskonsol) • Pars femurotibialis medialis (leddet mellem indvendige lårbenskno og den indvendige skinnebenskonsol)
Bursa	Slimsæk
Bursa præpatellaris	Slimsæk på forsiden af knæleddet, som ligger foran knæskallen, mellem huden og et senestrøg (fascia lata) over knæskallen.
Bursitis	Betændelsesagtig affektion af en slimsæk
Chondromalacia patella	Blød brusk på bagsiden af knæskallen
Chondros (græsk)	Brusk
CT-skanning	Se medicinsk ordliste for slidgigt i begge hofter
Femur	Lårbensknogle
Genu (latin)	Knæ
Lateral	Udvendig
Malacia	Blød
Medial	Indvendig
Meniscus lateralis	Udvendig menisk Halvmåne- eller seglformet båndskive mellem lårben og skinneben
Meniscus medialis	Indvendig menisk Halvmåne- eller seglformet båndskive mellem lårben og skinneben
MR-skanning	Se medicinsk ordliste for slidgigt i begge hofter
Patella	Knæskal
Røntgen	Se medicinsk ordliste for slidgigt i begge hofter
Syndrom	Sygdomskompleks. En gruppe af sammenhørende symptomer
Tibia	Skinnebenskogle

24.10. Bursitis

Latin/medicinsk	Dansk oversættelse
Arthron (græsk)	Led
Bursa	Slimsæk
Bursa præpatellaris	Slimsæk på forsiden af knæleddet, som ligger foran knæskallen, mellem huden og et senestrøg (fascia lata) over knæskallen.
Bursitis	Betændelsesagtig affektion af en slimsæk
Bursitis acuta	Akut betændelsesagtig affektion af en slimsæk
Bursitis chronica	Kronisk betændelsesagtig affektion af en slimsæk
Femur	Lårbensknogle
Genu (latin)	Knæ
Patella	Knæskal
Tibia	Skinnebenskogle

24.11. Menisksygdom i knæleddet

Latin	Dansk oversættelse
Arthritis	Betændelsesagtig affektion af et eller flere led
Arthritis rheumatoides	"Leddegigt" eller "ægte gigt" Kronisk fremadskridende ledsygdom

Arthron (græsk)	Led
Arthrosis, artrose, osteoartrose	”Slidgigt” Slidgigt er en mindre god betegnelse for denne type gigt, idet det kan indikere, at årsagen til gigten skyldes overbrug af leddet (”slid”), men den eller de tilgrundliggende årsager er ikke kendt i detaljer. Sygdommen er en kronisk ledsygdom med degeneration og svind af ledbrusken .
Articulatio genus	= Knæled Knæleddet er et sammensat led, dannet mellem 3 knogler, nemlig lårbenet (femur), skinnebenet (tibia) og knæskallen (patella). Det anlægges med 3 adskilte ledhuler, der allerede tidligt i fosterlivet smelter sammen; rester af de oprindelige skillevægge bevares dog (og kan danne en slimhindefold = en plica). Efter leddets anlæg med 3 ledhuler kan man opdele det i 3 dele: <ul style="list-style-type: none"> • Pars femuropatellaris (leddet mellem lårben og bagsiden af knæskallen) • Pars femurotibialis lateralis (leddet mellem udvendige lårbenskno og den udvendige skinnebenskonsol) • Pars femurotibialis medialis (leddet mellem indvendige lårbenskno og den indvendige skinnebenskonsol)
Bursa	Slimsæk
Bursa præpatellaris	Slimsæk på forsiden af knæleddet, som ligger foran knæskallen, mellem huden og et senestrøg (fascia lata) over knæskallen.
Bursitis	Betændelsesagtig affektion af en slimsæk
Chondromalacia patella	Blød brusk på bagsiden af knæskallen
Chondros (græsk)	Brusk
CT-skanning	Se medicinsk ordliste for slidgigt i begge hofter
Femur	Lårbensknogle
Genu (latin)	Knæ
Lateral	Udvendig
Malacia	Blød
Medial	Indvendig
Meniscus lateralis	Udvendig menisk Halvmåne- eller seglformet båndskive mellem lårben og skinneben
Meniscus medialis	Indvendig menisk Halvmåne- eller seglformet båndskive mellem lårben og skinneben
MR-skanning	Se medicinsk ordliste for slidgigt i begge hofter
Patella	Knæskal
Røntgen	Se medicinsk ordliste for slidgigt i begge hofter
Syndrom	Sygdomskompleks. En gruppe af sammenhørende symptomer
Tibia	Skinnebenskogle

24.12. Springerknæ

Latin	Dansk oversættelse
-------	--------------------

Anterior	Forreste
Arthritis	Irritationstilstand/betændelse i et led
Arthrosis/artrose	Slidgigt
Artroskopi	Kikkertoperation (artroskopi = at kigge ind i led)
Bursit/bursitis	Bursit = slimsæk, bursitis = betændelse/betændelseslignende (inflammatoriske) forandringer i slimsæk.
Chondromalacia patellae	Blødhed af brusken på bagsiden af knæskallen
Femero-patellart smertesyndrom	Smerter i leddet mellem knæskallen (patella) og lårbensknoglen (femur).
Femur	Lårknoglen
Lateralis	Udvendige
Ligamentum patellae	Knæskalssenen
Ligamentum cruciatum	Korsbånd
Medialis	Indvendig
Meniscus	Menisk/båndskive
M. quadriceps	Den firhovedede knæstrækker
MR-skanning	
NSAID	Gigtmedicin med smertestillende og inflammationsdæmpende effekt
Osteochondral	Brusk
Patella	Knæskallen
Peritendinitis	Betændelse af vævet rundt om en sene
Plica synovialis	Betændelseslignende forandringer i en slimhinde (plica = ledhinde/slimhinde, synovialis = ledhinde)
Posterior	Bageste
Pronation	Indadretning
Supination	Udadretning
Tendo	Sene Anatomi for knæskalssenen: Den store forreste lårmuskel (musculus quadriceps femoris) består af 4 muskler (m vastus lateralis, m vastus medialis, m vastus intermedius og m rectus femoris). Musklerne fæster alle på øverste kant af knæskallen. Knæskalssenen (ligamentum patellae) forbinder den nedre kant af knæskallen med øverste, forreste del af skinnebenet (tuberositas tibiae). Funktionen af knæskalssenen er derfor at overføre den kraft, den store forreste lårmuskel præsterer, når knæet strækkes.
Tendinitis/tendinosis	Betændelseslignende (inflammatoriske) forandringer i en sene (tendinitis). Ved sværere og mere kroniske forandringer kaldes tilstanden for tendinosis.
Tendovaginitis/tenosynovitis	Betændelseslignende forandringer i seneskede (der er ingen seneskeder i knæet, hvorfor der heller ikke forekommer tendovaginitis/tenosynovitis svarende

	hertil)
Tibiae	Skinnebensknoqlen

24.13. Pleurale plaques

Latin/medicinske udtryk	Dansk oversættelse
Fibrosis pleurae	Udbredt bindevævs-mængde i lungehinden, som er af mere udbredt karakter end pleura plaques (kun pletvise lungehindepletter), men i øvrigt samme sygdomstype. Findes både med og uden symptomer (J92.0 og J92.1). Sygdommen er optaget på fortegnelsen (med symptomer). Må ikke forveksles med fibrosis pulmonis/lungefibrose (øget bindevævs-mængde i selve lungen), en sygdom, der både kan skyldes forskellige påvirkninger, andre sygdomme som tuberkulose, lungebetændelse og infarkt og ukendte årsager. Lungefibrose kaldes også kronisk interstitiel lungebetændelse eller diffus lungefibrose (J84.1)
HRCT-skanning	High Resolution Computer Tomografi-skanning
Lungeasbestose	Er en pneumokoniose (græsk: pneumon = lunge + græsk: konis = støv), det vil sige en sygdom i lungerne forårsaget af inhalation af støv. Skyldes indånding af uorganisk støv, som aflejres i lungerne og fremkalder betændelsesforandringer og fibrose. Ved asbestose som følge af asbeststøv (J61.9). Sygdommen er optaget på fortegnelsen. Andre former for pneumokonioser er silikose, antrakose, siderose, berylliose med flere. Lungeasbestose er tillige en form for silikose, da asbest består af calcium- og magnesiumsilikat.
Mesothelioma	Svulst, der udgår fra mesothel, det vil sige bindevæv. Findes i godartede (benigne) og ondartede (maligne) former.
Mesothelioma pleurae	Lungehindekræft efter asbest (J45.1). Sygdommen er optaget på fortegnelsen.
Obstruktiv lungefunktionsnedsættelse	Nedsat lungefunktion som følge af øget strømningsmodstand i lungerne.
Plaques	Pletter eller forkalkninger
Pleura	Lungehinden
Pleuritis	Betændelsesagtig tilstand i lungehinden. Endelsen -itis betyder betændelse forårsaget af mikroorganismer eller betændelseslignende forandringer uden mikroorganismer. Ved arbejdsbetingede sygdomme er der altid tale om betændelseslignende forandringer uden mikroorganismer.
Restriktiv lungefunktionsnedsættelse	Nedsat lungefunktion som følge af nedsat lungerumfang.