

Udskriftsdato: tirsdag den 9. juni 2026

VEJ nr 10534 af 01/02/2015 (Gældende)

Vejledning om generelle betingelser og sygdomme uden for fortegnelsen (arbejdets særlige art)

Ministerium: Beskæftigelsesministeriet

Journalnummer:
Beskæftigelsesmin.,\Arbejdsskadestyrelsen, j.nr. 2015-
0001367

Vejledning om generelle betingelser og sygdomme uden for fortegnelsen (arbejdets særlige art)

Kapitel 1 i Vejledning om erhvervssygdomme anmeldt fra 1. januar 2005

Indhold

- 1. Generelle betingelser**
 - 1.1. Lovgrundlag
 - 1.2. Medicinsk dokumentation
 - 1.3. Betingelser for anerkendelse af sygdomme, der anmeldes fra 1. januar 2005
 - 1.3.1. Anerkendelse efter fortegnelsen
 - 1.3.2. Forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold
 - 1.4. Sygdomme anmeldt før 1. januar 2005
 - 1.5. Afgrænsning mellem ulykke og erhvervssygdom
 - 1.6. Indhentelse af oplysninger
- 2. Sygdomme uden for fortegnelsen (arbejdets særlige art)**
 - 2.1. Generelt om anerkendelse uden for fortegnelsen
 - 2.2. Vurdering af sygdommen
 - 2.2.1. Medicinsk dokumentation om årsagssammenhænge
 - 2.2.2. Diagnose og sygdomsbillede
 - 2.3. Vurdering af påvirkningen
 - 2.3.1. Indhentelse af oplysninger og dokumentation
 - 2.3.2. Forholdet til arbejdsmiljøloven og Retslægerådet
 - 2.4. Forudbestående og konkurrerende tilstande
 - 2.5. Sagens behandling i Arbejdsskadestyrelsen
 - 2.5.1. Vurdering af, om en sag skal til udvalget eller afvises
 - 2.5.2. Når sagen skal forelægges for udvalget
 - 2.6. Eksempler på afgørelser uden for fortegnelsen
 - 2.6.1. Høresygdomme
 - 2.6.2. Sygdomme i nakke, nakke-skulder, ryg og hofte
 - 2.6.3. Sygdom i hånd, arm og skulder
 - 2.6.4. Sygdom i fod, knæ og ben
 - 2.6.5. Sygdom i lunger, luftveje og slimhinder
 - 2.6.6. Sygdom i andre organer
 - 2.6.7. Kræftsygdomme
 - 2.6.8. Psykisk sygdom
 - 2.6.9. Andre sygdomme
 - 2.7. Om Erhvervssygdomsudvalget

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. 278 af 14. marts 2013 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 forsikringselskaber.

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 1).

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

1.1. Lovgrundlag

Reglerne for anerkendelse af erhvervssygdomme, der anmeldes fra 1. januar 2005, fremgår af bekendtgørelse af lov om arbejdsskadesikring §§ 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.

Lov om arbejdsskadesikring, jf. lovbekendtgørelse nr. 278 af 14. marts 2013:

§ 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 bilag 1.

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
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 1, afsnit 2, 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. (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.

2. Sygdomme uden for fortegnelsen (arbejdets særlige art)

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.

2.1. 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 kapitel 1, afsnit 2.5.1.

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 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 udelukkende eller i overvejende grad 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:

- 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.
- 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 sygdommen ikke udelukkende eller i overvejende grad er forårsaget af de givne påvirkninger på arbejdet (arbejdets særlige art).

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.

2.2. Vurdering af sygdommen

2.2.1. Medicinsk dokumentation om årsagssammenhænge

Sygdomme, der kan anerkendes uden for fortegnelsen efter indstilling fra Erhvervssygdoms-udvalget, 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 udelukkende eller i overvejende grad 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.

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.

2.2.2. 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.

2.2.3. 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.

2.3. Vurdering af påvirkningen

2.3.1. 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, at arbejdet udelukkende eller i overvejende grad 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.

2.3.2. 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 sygdommen udelukkende eller i overvejende grad er forårsaget af arbejdets særlige art.

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 udelukkende eller i overvejende grad 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.

2.4. 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.

Hvis sygdommen i overvejende grad 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)

2.5. Sagens behandling i Arbejdsskadestyrelsen

2.5.1. Vurdering af, om en sag skal til udvalget eller afvises

Arbejdsskadestyrelsens vurdering

Principperne 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 den pågældende sygdom udelukkende eller i overvejende grad er forårsaget af arbejdets særlige art.

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.

2.5.2. 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:

- Indstillingen er uændret i forhold til det fremsendte udkast, som parterne er hørt over.
- 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.
- 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.
- 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.

2.6. Eksempler på afgørelser uden for tegnelsen

2.6.1. 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, at øregangseksemet og øregangsinfektionen i overvejende grad 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, at tinnitus-generne ikke udelukkende eller i overvejende grad 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.

2.6.2. 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, at slidgigten og diskusprolapsen i nakken i overvejende grad 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, at fiskeindustriarbejderens kroniske nakke-skuldersmerter i overvejende grad 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 stødning 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, at bogbinderens arbejde i en lang årrække i overvejende grad 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 løftearbejde uden løft på nakke-skulder)

En mand arbejdede inden for musikbranchen i 20 år. Først som chauffør i 10 år, hvor han havde løftearbejde 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, at diskusprolapsen i nakken ikke udelukkende eller i overvejende grad var forårsaget af arbejdet som chauffør og sceneassistent i mange år. Udvalget lagde vægt på, at løftearbejdet 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 nakkesmerter og fik konstateret diskusprolaps i nakken.

Udvalget fandt, at diskusprolapsen i nakken ikke udelukkende eller i overvejende grad 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, at slidgigten i nakken og muskelinfiltrationerne i nakke-skulderåget ikke udelukkende eller i overvejende grad 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, at diskusprolapsen i lænden i overvejende grad 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. Løftearbejdet 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 smerter til højre balde.

Udvalget fandt, at de kroniske lænderygsmærter i overvejende grad 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 løftearbejde 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 sækkedods, 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, at diskusprolapsen i lænden i overvejende grad var forårsaget af det ekstremt tunge og akavede rygbelastende løftearbejde igennem 25 år, heraf særligt det belastende løftearbejde 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 smerter 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 bremser 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, at de kroniske smerter i overvejende grad 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 lænderygsygdom. 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, at den kroniske lænderygsygdom i overvejende grad 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 løftarbejde i 4 år og periodisk løftarbejde)

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 løftarbejde. Indimellem havde han i længere perioder ikke rygbelastende arbejde. Han havde haft tendens til periodiske rygsmerter siden ungdommen, men under arbejdet som ølkusk i slutningen af arbejdsperioden forværredes tilstanden væsentligt, og han fik daglige, kroniske lænderygsmerter.

Udvalget fandt, at de kroniske lænderygsmerter ikke udelukkende eller i overvejende grad 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 lænderygsmerterne 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 arbejde 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, at slidgigten i venstre hofte ikke udelukkende eller i overvejende grad 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-skuldresmerter

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.

2.6.3. 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, at udsættelsen for kraftigt vibrerende håndværktøjer med fortsatte påvirkninger af hulhåndens seneplade i en længere periode i overvejende grad 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 passerede 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, at den store rekylbelastning af venstre hånd i overvejende grad 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, at påvirkningen af højre underarms radialisnerve i overvejende grad 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 håndleddet.

Udvalget fandt, at der var tale om en tillukning af en pulsåre ved venstre håndled (venstre arteria ulnaris), der i overvejende grad 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 pronatorteres-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 bagfjerdinger. 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 indadadrejende muskel "pronatorteres" i højre underarm.

Udvalget fandt, at sygdommen i overvejende grad 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 bøjseener (svejsjer)

En 55-årig mand arbejdede i 9 år som svejser. Han svejsede i hovedparten af dagen, men arbejdede også i mindre omfang med vinkelsliber. Svejsearbejdet 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 springfingerfænomenet.

Udvalget fandt, at svejseren i overvejende grad havde udviklet en betændelseslignende tilstand i bøjese-nerne i højre hånds lille- og ringfinger (synovit i 4. og 5. fingers fleksorsener) som følge af belastningerne som svejser 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 hånden (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, at seneskedehindebetændelsen i højre hånd i overvejende grad var forårsaget af det mangeårige og intensive violinspil, da arbejdet med at føre buen havde medført belastende, højrepensive 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, at supinatorsyndromet i overvejende grad 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 drejebævelser 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 klejnsmede-arbejde 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 stålklods, 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, at læsionen af meniskskiverne mellem håndrodens knogler og betændelsestilstanden i overvejende grad 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 plejekrævende, 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 samlet set, at den dobbeltsidige betændelseslignende tilstand i tommelfingrene (tendinit) i overvejende grad 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, at smeden i overvejende grad havde fået en knoglesygdom i højre håndled i form af lunatum malaci (sygdom i en måneformet håndrodsknogle) 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, at slidgigten i højre håndled og højre tommels rodled ikke udelukkende eller i overvejende grad 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 håndfræseren 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 kraftfuldt i fortegnelsens forstand.

Udvalget fandt at tennisalbuen i overvejende grad var opstået af arbejdet med præcisionsfræsning i 5 måneder, hvor albuen blev udsat for uvarieret albuebelastende arbejde med kontinuerlige vrیدهbevægelser.

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, at det hurtigt gentagne præcisionsarbejde som porcelænsmaler med talrige bevægelser i højre underarm og albue, med samtidig konstant spænding i højre underarms muskler, i overvejende grad 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 sejsæsonen 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, at den højresidige tennisalbue i overvejende grad 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 derimod, at den venstresidige tennisalbue udelukkende eller i overvejende grad 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 patientsstillingen 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.

Erhvervs sygdomsudvalget vurderede, at tilskadekomnes venstresidige tennisalbue i overvejende grad 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, at tennisalbuen ikke udelukkende eller i overvejende grad 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, at nerveafklemningen i håndled/underarm og albue (nervus ulnaris) ikke udelukkende eller i overvejende grad 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, at det beskrevne arbejde på slagteri ikke udelukkende eller i overvejende grad 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, at den højresidige tennisalbue ikke udelukkende eller i overvejende grad 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, afgang 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 tilskadekomnes dobbeltsidige tennis- og golfalbue ikke udelukkende eller i overvejende grad 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, at de talrige mindre bevægelser i højre skulderled ved højrepetitivt fileteringsarbejde i flere år i overvejende grad 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 forandringer) 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 indebærer 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, at biceps- og skuldertendiniten i overvejende grad 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 bækenstol 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.

Erhvervs sygdomsudvalget vurderede, at tilskadekomnes dobbeltsidige rotator cuff-syndrom i overvejende grad var en følge af de arbejdsmæssige belastninger som sygehjælper med mange daglige håndteringer og forflytninger af svært plejkrævende 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, at den højresidige rotator cuff-læsion ikke udelukkende eller i overvejende grad 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 udelukkende eller i overvejende grad 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, at den venstresidige traktionslæsion i skulderen eller slidgigten i nakken ikke udelukkende eller i overvejende grad var forårsaget af de mange års lette til moderate løftearbejde. 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 løftearbejde 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 falsemaskine, 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 skuldersymptomer imellem arbejdsophør og sygdommens opståen 8 år efter.

Udvalget fandt, at det dobbeltsidige rotator cuff-syndrom ikke udelukkende eller i overvejende grad 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 (fabrikarbejder 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, at den højresidige bursit og begyndende forkalkning i skulderen ikke udelukkende eller i overvejende grad 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, at de højresidige skuldersmerter ikke udelukkende eller i overvejende grad 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 af tungt 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 middagsøvn. 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 tilskadekomnes symptomer ikke udelukkende eller i overvejende grad 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

Arbejdsskadestyrelsen 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.

2.6.4. 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, at seneændringerne i form af forkalkning eller bruskdannelse i begge knæskallers sener i overvejende grad 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, at hasemuskelsyndromet i overvejende grad 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, at der var tale om et overbelastningssyndrom i venstre ankel og fods bøjeseener og ledbånd, der i overvejende grad var forårsaget af mange års ekstremt fod- og ankelbelas-tende 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 storetås grundled og svær deformation som følge af forkalkninger omkring leddet.

Udvalget fandt, at slidgigten og deformationen af venstre storetå i overvejende grad 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 eldrevet 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, at arbejdet på slagteriet ikke udelukkende eller i overvejende grad 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

2.6.5. 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, at den mistede lugtesans i overvejende grad 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, at den kroniske rhinit i overvejende grad 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, at astmaen i overvejende grad 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, at arbejdet ved den defekte slibemaskine i overvejende grad 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 næseskille- væggen (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, at procesoperatøren i overvejende grad 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, at svejseren i overvejende grad 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, at lungefibrosen ikke udelukkende eller i overvejende grad 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, at arbejdet som skolelærer i de pågældende bygninger ikke udelukkende eller i overvejende grad 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. Dokumentationen 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 af de 23 år 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, at arbejdet og udsættelsen for passiv rygning i en årrække ikke udelukkende eller i overvejende grad 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.

Se mere om Erhvervssygdomsudvalgets praksis vedrørende kronisk bronkitis efter udsættelse for passiv rygning fra 2014 på www.ask.dk under Arbejdsskadestyrelsen, Erhvervssygdomsudvalget, Nyt fra Erhvervssygdomsudvalget 2014 - 1. halvår 2014.

2.6.6. 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, at den godartede blærepolyp i overvejende grad 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.

2.6.7. 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, at lymfekræften i form af Non-Hodgkins lymfom i overvejende grad var forårsaget af arbejdet med ukrudts- og vækstreguleringsmidler (herbicider). 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 (svejsrøg, 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, at kræftsygdommen i svælget i overvejende grad 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 glassdamp), 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, at kræften i mundhulen i overvejende grad 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 sygeplejerske 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 2 gange om ugen i cirka 10 år.

Arbejdsskadenstyrelsen indhentede i forbindelse med sagen en vurdering fra en ekspert i Kræftens Bekæmpelse, hvoraf følgende fremgik:

Om brystkræft generelt

Brystkræft 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.

Sagen blev anerkendt efter forelæggelse for Erhvervssygdomsudvalget.

Udvalget har på baggrund af de nuværende forskningsresultater omkring brystkræft og natarbejde, herunder især en udredningsrapport fra 2013, 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 25-30 år og mindst 1 gang om ugen i gennemsnit. Dette vurderes således som en væsentligt øget risiko for at udvikle brystkræft. Der er muligvis en øget risiko for udvikling af brystkræft ved flere nattevagter om ugen i forhold til én nattevagt om ugen. Et flertal i Erhvervssygdomsudvalget vurderede derfor, at flere nattevagter om ugen fremover også vil kunne indgå som en del af vurderingen i den konkrete sag og eventuelt tale for en anerkendelse på trods af mindre end 25 års natarbejde. Der må ikke være klare konkurrerende årsager til sygdommen.

Udvalget har ud fra denne praksis vurderet, at sygeplejerskens venstresidige brystkræft i overvejende grad 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, at hudkræften i højre hånds fingre i overvejende grad 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 cellediffusion). 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 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 mistænkes for at øge risikoen for blærekræft.

Udvalget fandt, at rørsmedens blærekræft i overvejende grad 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, at brystkræften ikke udelukkende eller i overvejende grad 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.

Yderligere informationer:

Udredningsrapporten om natarbejde og kræft fra 2013. Rapporten kan findes på www.ask.dk under Arbejdsskadestyrelsen, forskning og projekter.

Ankestyrelsens principielle afgørelser om arbejdsbetinget kræft kan ses på www.ast.dk

2.6.8. 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, at den akutte belastningsreaktion i overvejende grad 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, at hjemmehjælperen i overvejende grad 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, at den psykiske sygdom i overvejende grad 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, at pædagogen i overvejende grad 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, at sygeplejersken i overvejende grad 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, at den kvindelige fængselsfunktionær i overvejende grad 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, at belastningsreaktionen i overvejende grad 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, at læreren i overvejende grad 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 i

overvejende grad 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, at den kvindelige fængselsfunktionær i overvejende grad 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, at togrevisorens depression i overvejende grad 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, at minerydderen i overvejende grad 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, at kontorassistenten i overvejende grad 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, at den depressive enkeltepisode i overvejende grad 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, at den periodiske depression ikke udelukkende eller i overvejende grad 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 samarbejdsvanskeligheder. 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, at den psykiske sygdom ikke udelukkende eller i overvejende grad var en følge af de beskrevne belastninger på arbejdet. Udvalget lagde vægt på, at de beskrevne samarbejdsvanskeligheder 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, at kontorassistenten i overvejende grad 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, at forhold på arbejdet ikke udelukkende eller i overvejende grad havde medført den uspecifikke belastningsreaktion.

Yderligere information:

Udredningsrapport om stress og psykiske sygdomme. Rapporten findes på www.ask.dk under Arbejdsskadestyrelsen, forskning og projekter.

Notat om Erhvervssygdomsudvalgets praksis på dette psykiske område. Notatet kan ligeledes findes på www.ask.dk under Love og satser, Arbejdsskader - love og praksis, Notater.

Ankestyrelsens principielle afgørelser om psykiske sygdomme kan ses på www.ast.dk

2.6.9. 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, at den toksiske hjerneskade i overvejende grad 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 hjertemusklaturen (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 opsøge et toilet under arbejdet.

Udvalget fandt, at den iskæmiske hjertesygdom i overvejende grad 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, at øjensygdommen i overvejende grad 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 mathyl2-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 øjenssygdomme, 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, at blindheden i overvejende grad 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 øjenssygdomme 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, at sygehjælperens hepatitis C i overvejende grad 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 klorokinofosfat, 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, at hudgenerne med kløe ikke udelukkende eller i overvejende grad var forårsaget af de to 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 sandsynligt, at der var en sammenhæng mellem brug af klorokinofosfat 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 www.ask.dk under Love og satser, Arbejdsskader - love og praksis, Arbejdsskadestyrelsens praksis.

Ankestyrelsens principielle afgørelser kan ses på www.ast.dk

2.7. 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

- Revision af fortegnelse over erhvervssygdomme (lovens § 7, stk. 1, nr. 1, 3. pkt.)
- 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.

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 på mailadressen: www.ask.dk, Om Arbejdsskadestyrelsen, Erhvervssygdomsudvalget.

Arbejdsskadestyrelsen, den 1. februar 2015

HANNE RATHSACH

/ Pernille Ramm Kristiansen

- 1) For mere detaljerede oplysninger om udvalgets grundlag henvises til Bekendtgørelse nr. 674 af 26. juni 2012 om Forretningsorden for Erhvervssygdomsudvalget