

Udskriftsdato: 3. januar 2026

VEJ nr 10541 af 01/02/2015 (Gældende)

Vejledning om lungesygdomme

Ministerium: Beskæftigelsesministeriet

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

Vejledning om lungesygdomme

Kapitel 7 i Vejledning om erhvervssygdomme anmeldt fra 1. januar 2005

Indhold

- 1. Pleurale plaques (E. 3.3)**
 - 1.1. Punkt på fortegnelsen
 - 1.2. Krav til diagnosen
 - 1.3. Krav til påvirkningen
 - 1.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold
 - 1.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen
 - 1.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen
 - 1.7. Medicinsk ordliste (plurale plaques)
- 2. Kronisk bronkitis/KOL (E. 7)**
 - 2.1. Punkt på fortegnelsen
 - 2.2. Krav til diagnosen
 - 2.3. Krav til påvirkningen
 - 2.3.1. Dampe/gasser/støv og/eller røg
 - 2.4. Den tidsmæssige udstrækning
 - 2.5. De arbejdsmæssige forhold
 - 2.6. Konkurrerende forhold - rygning eller andre private årsagsfaktorer
 - 2.7. Behandling af sager uden for fortegnelsen
 - 2.8. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen
- 3. Astma (E. 8)**
 - 3.1. Punkt på fortegnelsen
 - 3.2. Krav til diagnosen
 - 3.3. Krav til påvirkningen
 - 3.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold
 - 3.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen
 - 3.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen
- 4. Lungesygdom med nedsat lungefunktion af obstruktiv type (E. 9)**
 - 4.1. Punkt på fortegnelsen
 - 4.2. Krav til diagnosen
 - 4.3. Krav til påvirkningen
 - 4.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold
 - 4.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen
 - 4.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen
- 5. Lungebetændelse (E. 10)**
 - 5.1. Punkt på fortegnelsen
 - 5.2. Krav til diagnosen
 - 5.3. Krav til påvirkningen
 - 5.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold
 - 5.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen
 - 5.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

1. Pleurale plaques (E. 3.3)

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 forsikringsselskaber.

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

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

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

Vejledningen indeholder også en særlig vejledning om sygdomme, der eventuelt kan anerkendes uden for fortegnelsen efter forelæggelsen for Erhvervssygdomsudvalget (kapitel 1).

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

1.1. Punkt på fortegnelsen

Følgende lungesygdom og påvirkning er optaget på fortegnelsen over erhvervssygdomme (gruppe E, punkt 3.3):

Sygdom	Påvirkning
E. 3.3. Pleurale plaques efter kendt asbesteksponering	Asbest

1.2. Krav til diagnosen

Der skal lægeligt være stillet diagnosen pleurale plaques efter kendt asbesteksponering (J. 92.0).

Pleurale plaques må ikke forveksles med sygdommene lungeasbestose eller udbredt bindevævsdannelse i lungehinden (fibrosis pleurae) med påvirket lungefunktion, der også er optaget på fortegnelsen i gruppen af asbestsygdomme (gruppe E, punkt 3.1 og 3.2).

Pleurale plaques (lungehindepletter) er fortykkelser i lungehinden, som forårsages af asbest. De findes ikke i det egentlige lungevæv, men dannes på lungehinden på indersiden af brystkassen.

Pleurale plaques har form af hvide, bruskklignende belægninger. De kan dannes efter en forholdsvis lille udsættelse for asbest, men det varer ofte 15-25 år, inden de bliver synlige på røntgenbilleder af lungerne.

Typiske pleurale plaques er som regel (hvis ikke altid) dobbeltsidige, men ofte asymmetriske, hvad angår størrelse eller placering. De er ofte, men ikke nødvendigvis, forkalkede.

Biologisk mekanisme

Tynde asbestfibre med en diameter på mindre end 3 mikrometer (my) kan nå alveolerne helt perifert i lungerne og penetrere til lungehinden. Organismens rengøringsceller (makrofagerne) forsøger at optage og fjerne disse fibre. Dette medfører frigivelse af enzymer og bindevævsdannende stoffer, der vurderes at være årsagen til dannelsen af pleurale plaques gennem en langsomt fremadskridende proces, som bliver synlige på røntgenbilleder efter 10-15 år og forkalker efter 20-25 år.

Symptomer

Som regel ingen, men i meget sjældne tilfælde kan der være klager over smerter fra brystkassen.

Objektive tegn

Pletvise fortykkelser af lungehinden, eventuelt med forkalkninger, der konstateres på røntgenbilleder eller skanning af lungerne.

Diagnosen pleurale plaques stilles medicinsk på baggrund af:

- Røntgenundersøgelse eller skanning af lungerne
- Klinisk objektiv undersøgelse (for at udelukke anden lungesygdom)

Sygdommens forløb og følger

Hyppigt har der ikke været symptomer, og tilstanden opdages tilfældigt ved en røntgenundersøgelse af lungerne i anden anledning. I sjældne tilfælde kan der have været smerter fra brystkassen eller en oplevelse af åndenød.

Pleurale plaques kan i sjældne tilfælde ved mere betydelig asbestudsættelse føre til en målelig forringelse af vejrtrækningskapaciteten (restriktiv lungefunktionsnedsættelse). At en person har pleurale plaques er tegn på tidligere asbesteksposition, men udgør ikke i sig selv en øget risiko for kortere levetid, asbestose eller lungehinde- eller lungekræft.

I langt de fleste tilfælde, hvor sygdommen kan anerkendes som erhvervssygdom, vil der ikke være varige følger efter sygdommen. Sagen vil i disse tilfælde blive anerkendt uden godtgørelse for men og erstatning for tab af erhvervsevne. I enkelte tilfælde vil der være tale om varige følger i form af smertetilstande og/eller restriktivt nedsat lungefunktion. Et varigt men vil i disse tilfælde blive skønsmæssigt vurderet med udgangspunkt i Arbejdsskadeanstaltens vejledende mentabel.

1.3. Krav til påvirkningen

Pleurale plaques kan anerkendes efter fortegnelsen, når der har været tale om en relevant påvirkning i form af asbestudsættelse.

Dertil kommer følgende mere specifikke krav til udsættelse og sygdomsforløb, som ligeledes skal være opfyldt.

Krav til udsættelsen

Der skal have fundet en udsættelse sted i form af direkte håndtering af, eller tilsvarende meget tæt og risikofyldt kontakt med, asbest eller asbestholdigt materiale i nogen tid.

Der skal som udgangspunkt have fundet en daglig udsættelse sted i nogle måneder eller mere sporadisk (tilbagevendende, men ikke nødvendigvis dagligt) i nogle år. Ved daglig udsættelse forstås som udgangspunkt påvirkning igennem en del af arbejdsdagen og ikke kun ganske kortvarigt. Ved massiv daglig udsættelse vil den tidsmæssige ekspositionsgrænse dog kunne nedsættes til få dage.

Den relevante risikofyldte udsættelse kan blandt andet have fundet sted ved direkte asbesthåndtering på for eksempel Eternitfabrikken eller ved arbejde med asbestholdige isoleringsmaterialer, eternitplader, asbestholdige bremsebelægninger og lignende.

Mere beskedne former for udsættelse, som for eksempel arbejde i kontorlokaler med defekte og eventuelt dryssende, asbestholdige loftsplader, vil ikke kunne anerkendes efter fortegnelsen.

Fund af pleurale plaques uden samtidig sikker (dokumenteret) og relevant erhvervsmæssig udsættelse kan ikke føre til anerkendelse, selvom sygdommen ud fra den nuværende viden kun kan forårsages af asbest. Hvis der ikke har været tale om en relevant og sikker erhvervsmæssig udsættelse, må sygdommen overvejende sandsynligt tilskrives private former for asbestudsættelse, der ikke er omfattet af loven.

Latenstid

Dannelsen af pleurale plaques sker gennem en langsom proces, som betyder, at pletterne på lungehinden normalt først bliver synlige på røntgenbilleder 10-15 år efter udsættelsen og først forkalker 20-25 år efter udsættelsen.

For at sygdommen kan anerkendes efter fortegnelsen, stilles der derfor som udgangspunkt krav om en latenstid på 10 år eller mere. Ved massiv udsættelse kan latenstiden dog nedsættes til omkring 5 år. Latenstiden er den tid, der går, fra en person har været udsat for asbest eller asbestholdige materialer, til sygdommen bryder ud.

Der skal som udgangspunkt være tale om dobbeltsidige pleurale plaques, da sygdomsforekomst med enkeltsidige plaques efter relevant udsættelse er meget sjælden. Hvis der har været tale om en relevant og dokumenteret udsættelse og de øvrige krav til anerkendelse er opfyldt, vil fund af enkeltsidige plaques dog også være omfattet af fortegnelsen.

Sygdommen skal tillige være påvist på lungerøntgen eller ved skanning.

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

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

1.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold

Konkurrerende årsager

Konkurrerende årsager til pleurale plaques kendes ikke, specielt er tobaksrygning ikke kendt årsag. Der er således ikke sikker viden om, at andre former for påvirkninger end udsættelse for asbest eller asbestholdigt materiale kan føre til pleurale plaques.

Andre forandringer i lungehinderne, som kan forveksles med pleurale plaques, er følger efter tuberkulose, betændelsestilstande eller traumer.

Forudbestående eller konkurrerende sygdomme

Subpleurale fedtpuder

Den hyppigst forekommende konkurrerende diagnose er subpleurale fedtpuder. 10-20 % af mistænkte plaques fundet på røntgenbilleder skyldes dette. Subpleurale fedtpuder kan adskilles fra pleurale plaques ved en HRCT-skanning, men denne undersøgelse er forbundet med en mindre stråleudsættelse og vil derfor ikke blive krævet foretaget af Arbejdsskadestyrelsen. Subpleurale fedtpuder er (som pleurale plaques) helt uden symptomer.

I de tilfælde, hvor der foreligger en diagnostisk afklaring, der påviser, at der er tale om subpleurale fedtpuder og ikke pleurale plaques, vil sagen ikke kunne anerkendes efter loven. Det skyldes, at subpleurale fedtpuder ikke er optaget på fortegnelsen, og at der ikke er kendt medicinsk dokumentation for, at sygdommen kan være arbejdsbetinget.

I de tilfælde, hvor der er tvivl om, hvorvidt der er tale om subpleurale fedtpuder eller pleurale plaques, og en nærmere afklaring af diagnosen ikke kan forlanges, vil sagen kunne anerkendes efter fortegnelsen, hvis kravene til anerkendelse, herunder relevant udsættelse og sygdomsforløb, i øvrigt er opfyldt.

Andre asbestrelaterede lunge- og lungehindesygdomme

I nogle tilfælde vil der foruden fund af pleurale plaques være fund af kræft i lunge- eller bughinde (malignt mesotheliom), kræft i lunger eller luftveje (bronchogent karcinom eller larynx-cancer), lungeasbestose og/eller udbredt bindevævsdannelse i lungerne med nedsat (restriktiv) lungefunktion. I mange sager vil det være typisk, at pleurale plaques opdages som et tilfældigt fund i forbindelse med udredning af de andre og typisk mere alvorlige sygdomstilfælde.

Alle de nævnte sygdomme forårsages af asbestpåvirkninger. Der er tale om selvstændige og forskellige sygdomme, men af forskellig sværhedsgrad.

Hvis der er påvist pleurale plaques i kombination med en eller flere mere alvorlige, asbestrelaterede lunge- og lungehindesygdomme som for eksempel lungeasbestose, kræft i lungehinden, kræft i lungen eller udbredt bindevævsdannelse med nedsat (restriktiv) lungefunktion, behandles sygdommen pleurale plaques som en følgesygdom til den alvorligere og typisk følgegivende sygdom og kan anerkendes som en del af den samlede, alvorlige sygdomstilstand.

Det betyder, at der ikke oprettes en selvstændig sag vedrørende pleurale plaques i de tilfælde, hvor sygdommen påvises i kombination med alvorligere asbestrelaterede sygdomme i lungen eller lungehinden, hvis den alvorligere sag i øvrigt kan anerkendes efter fortegnelsen. De samlede følger efter sygdommene vil i disse tilfælde kunne henføres til sagen om den alvorlige sygdom.

Andre sygdomstilstande

Andre forandringer i lungehinderne, som kan forveksles med pleurale plaques, er følger efter tuberkulose, betændelsestilstande eller traumer. Disse forandringer er dog sædvanligvis kun ensidige. De nævnte konkurrerende sygdomme og tilstande kan i nogle tilfælde have påvirket lungehinderne, med påvirkning af lungernes generelle tilstand og funktion til følge, men kan ikke i sig selv føre til udvikling af pleurale plaques.

Hvis der er fundet sikre tegn på pleurale plaques og sagen i øvrigt opfylder kravene til anerkendelse, vil eventuelle forudbestående eller konkurrerende lungesygdomme eller tilstande derfor ikke have indflydelse på sagens anerkendelse.

Er der forudbestående eller konkurrerende sygdomme/påvirkning af lungerne, som bidrager til de samlede lungesymptomer, vil disse forhold imidlertid kunne få betydning for erstatningsudmålingen. Det betyder, at vi eventuelt vil trække fra i mengodtgørelsen og/eller i en erstatning for tab af erhvervsevne. (Lov om arbejdsskadesikring § 12)

Obstruktiv lungefunktionsnedsættelse

Obstruktiv nedsat lungefunktion er uden sammenhæng med asbestsygdomme og kan derfor ikke tilskrives udsættelse for asbest eller asbestholdigt materiale. Obstruktiv nedsat lungefunktion kan derimod skyldes andre former for sygdomstilstande i lungerne og tillige tobaksrygning.

Hvis der derfor er fundet pleurale plaques med obstruktiv (ikke restriktiv) nedsat lungefunktion efter relevant udsættelse, vil selve sygdommen være omfattet af anerkendelse. Der vil imidlertid ikke kunne ydes erstatning i form af mengodtgørelse eller erstatning for tab af erhvervsevne, da generne må tilskrives andre forhold end arbejdet.

1.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen

Det er kun pleurale plaques efter asbestudsættelse, det vil sige håndtering af – eller anden længerevarende tæt kontakt med – asbest eller asbestholdige materialer, der er omfattet af fortegnelsen.

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

Et eksempel på en anden asbestrelateret sygdom i lungehinden, der eventuelt vil kunne anerkendes efter forelæggelse for udvalget, er asbestpleuritis med væskeudtrængning i lungehinden.

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

1.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

Eksempel 1: Anerkendelse af pleurale plaques (mekaniker i 30 år)

En 51-årig mand arbejdede som mekaniker i forskellige ansættelsesforhold i godt 30 år. Arbejdet indebar i en årrække i 70'erne kontakt med asbest ved skift af asbestholdige bremsebelægninger én til flere gange om ugen. Arbejdet indebar herunder, at han pustede bremserne rene med trykluft, hvilket fik asbesten til at hvirvle op i åndedrætszonen. Asbestudsættelsen blev dokumenteret af en arbejdsgiver igennem flere år i den pågældende periode. Mekanikeren fik ved en rutinemæssig røntgenundersøgelse i slutningen af 2004 konstateret dobbeltsidige og forkalkede lungehindepletter (pleurale plaques).

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Mekanikeren har fået påvist dobbeltsidige pleurale plaques mere end 10 år efter, at han i 70'erne var udsat for tilbagevendende, direkte kontakt med asbestholdige materialer i en årrække. Der er god sammenhæng mellem udsættelsen for asbest og fundet af forkalkede pleurale plaques 25-30 år efter.

Eksempel 2: Anerkendelse af pleurale plaques (isoleringsarbejder i 2-3 måneder)

En 53-årig mand arbejdede i 1976 i en periode på omkring 2-3 måneder som isoleringsarbejder i et mindre firma. Arbejdet bestod i udskiftning af gammelt isoleringsmateriale på rørsystemer og foring

med ny isolering. Både den gamle isolering og det nye isoleringsmateriale var stærkt asbestholdigt. Arbejdet foregik indendørs uden nogen form for sikkerhedsværn og med massiv asbeststøvsættelse hele arbejdsdagen. Han skiftede efterfølgende arbejde og var ikke senere udsat for kontakt med asbest. Asbestudsættelsen blev bekræftet af en tidligere kollega, da det ikke længere var muligt at få den dokumenteret af den tidligere arbejdsgiver. I midten af 2004 begyndte han at få lettere vejrtrækningsproblemer, og en senere røntgenundersøgelse påviste udbredte, forkalkede pleurale plaques i lungehinderne med moderat nedsat (restriktiv) lungefunktion til følge. De lægelige undersøgelser viste imidlertid også nogen obstruktiv lungefunktionsnedsættelse, og af sagens oplysninger fremgik det, at manden havde været storryger igennem en lang årrække.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Isoleringsarbejderen har i en kortere periode på få måneder været direkte og massivt udsat for indånding af asbeststøv ved arbejde med asbestholdige isoleringsmaterialer. Han har fået påvist udbredte pleurale plaques i begge lungehinder, og der er god overensstemmelse mellem asbestudsættelsen og sygdommens forekomst mange år efter. Ved erstatningsudmålingen kan der kun gives mengodtgørelse og eventuel erstatning for erhvervsevnetab for den del af lungefunktionsnedsættelsen, der er af restriktiv karakter og dermed med sikkerhed skyldes asbestudsættelsen. Den obstruktive lungefunktionsnedsættelse kan ikke forårsages af asbest og må overvejende sandsynligt tilskrives tobaksrygning igennem mange år.

Eksempel 3: Anerkendelse af pleurale plaques (tømmer i 5 år)

En 62-årig mand arbejdede som tømmer i mange år. I en 5-årig periode i sidste halvdel af 70'erne bestod arbejdet sporadisk (flere dage månedligt, men ikke dagligt) i at tilskære eternitplader i forbindelse med taglægning. Han skar blandt andet hjørner af pladerne og halverede dem, og håndteringen foregik uden nogen form for asbestværn. I 2004 fik han tiltagende vejrtrækningsgener, og efterfølgende lægelige undersøgelser påviste sygdommen mesotheliom (ondartet kræft i lungehinden) samt moderate pleurale plaques i lungehinderne. Der blev tillige fundet svært restriktivt nedsat lungefunktion.

I dette tilfælde skal de pleurale plaques behandles og anerkendes som en del af det samlede asbestrelaterede sygdomskompleks i sagen om mesotheliom. Begge sygdomme skyldes med sikkerhed den sporadiske, men sikre asbestkontakt på arbejdet igennem en årrække. Da der foruden pleurale plaques er tale om en alvorlig, asbestrelateret lungesygdom, skal der ikke oprettes en selvstændig sag om pleurale plaques. Sygdommen pleurale plaques er omfattet af anerkendelsen af sygdommen mesotheliom, og generne tilskrives fuldt ud mesotheliom-sagen, da denne sygdom overvejende sandsynligt er årsag til den svære, restriktive lungefunktionsnedsættelse.

Eksempel 4: Anerkendelse af pleurale plaques (rørlægger i 8 år)

En 64-årig mand arbejdede igennem 70'erne og i begyndelsen af 80'erne i godt 8 år som rørlægger i et større firma. Hans arbejde bestod i den overvejende del af arbejdstiden i at foretage rørudskifninger og reparationer og installere nye rørsystemer. Hans daværende arbejdsgiver godtgjorde senere, at der havde været tale om jævnlig udsættelse for asbest, da en væsentlig del af rørsystemerne dengang var isoleret med asbestholdige materialer. I slutningen af 2004 fik han efter en periode med lettere smerter i brystet og vejrtrækningsgener påvist ret udtalte pleurale plaques. Ifølge speciallægen havde han dyspnø (tilfælde af åndenød) og let restriktiv lungefunktionsnedsættelse som følge af sygdommen. Der blev ikke fundet tegn på asbestose eller anden sygdom i lunger eller lungehinder.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Rørlæggeren har været udsat for jævnlig kontakt med asbestholdigt isoleringsmateriale igennem flere år og har udviklet pleurale plaques mange år efter. Der er god tidsmæssig sammenhæng mellem sygdommen og asbestudsættelsen, og hans gener i form af dyspnø og nedsat lungefunktion kan alle tilskrives den arbejdsbetingede sygdom.

Eksempel 5: Afvisning af pleurale plaques (kontorfunktionær i 2 måneder)

En 49-årig kvinde arbejdede i slutningen af 70'erne i et par måneder som kontorfunktionær i en virksomhed. Der blev senere konstateret asbestholdige loftsplader i det kontorlokale, hun havde opholdt sig i igennem arbejdsdagen. En hjørneloftsplade var ganske let defekt, og der havde muligvis, men ikke sikkert, fundet en meget beskednen dryssen sted fra hjørneloftspladen. Pladen sad dog ikke i nærheden af det område på kontoret, hvor kontorfunktionæren arbejdede og opholdt sig. Hun havde således ikke nogen direkte kontakt med de asbestholdige loftsplader (håndtering eller tilsvarende), men røntgenundersøgelser godt 25 år efter påviste lettere pleurale plaques på begge lungehinder.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Kontorfunktionæren har igennem et par måneder opholdt sig i et kontorlokale, hvor der har været en asbestholdig hjørneloftsplade, der muligvis har drysset let som følge af en defekt. Sagen opfylder imidlertid ikke kravet om, at der skal have været tale om en direkte kontakt med asbest eller asbestholdigt materiale igennem nogen tid ved direkte håndtering eller tilsvarende. Sygdommen pleurale plaques kan i dette tilfælde ikke tilskrives den indirekte, kortvarige og meget beskedne mulige påvirkning fra en asbestloftsplade på arbejdet.

Eksempel 6: Afvisning af pleurale plaques (bankansat i 26 år)

En 52-årig mand arbejdede som bankassistent og siden bankrådgiver i samme bank igennem 26 år.

Arbejdet medførte ingen kendt form for asbestudsættelse, men han fik ved en rutinemæssig lungeundersøgelse i slutningen af 2004 konstateret lettere, dobbeltsidige lungehindepletter (pleurale plaques). Det var i de lægelige journaler oplyst, at han i 1970'erne havde foretaget reparationer på sit eget hus, herunder udskiftning af tagplader, der sandsynligt indeholdt asbest.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Bankrådgiveren har ikke været udsat for relevant kontakt med asbest på sit arbejde, og fundet af pleurale plaques må derfor overvejende sandsynligt tilskrives privat asbestudsættelse.

1.7. Medicinsk ordliste (pleurale plaques)

Latin/medicinske udtryk	Dansk oversættelse
Fibrosis pleurae	Udbredt bindevævsmængde i lungehinden, som er af mere udbredt karakter end pleura plaques (kun pletvise lungehindepletter), men i øvrigt samme sygdomstype. Findes både med og uden symptomer. Sygdommen er optaget på fortegnelsen (med symptomer). Må ikke forveksles med fibrosis pulmonis/lungefibrose (øget bindevævsmængde i selve lungen), en sygdom, der både kan skyldes forskellige påvirkninger, andre sygdomme som tuberkulose, lungebetændelse og infarkt og ukendte årsager. Lungefibrose kaldes også kronisk interstitiel lungebetændelse eller diffus lungefibrose (J84. 1)
HRCT-skanning	High Resolution Computer Tomografi-skanning
Lungeasbestose	Er en pneumokoniose (græsk: pneumon = lunge + græsk: konis = støv), det vil sige en sygdom i lungerne forårsaget af inhalation af støv. Skyldes indånding af uorganisk støv, som aflejres i lungerne og fremkalder betændelsesforandringer og fibrose. Ved asbestose som følge af asbeststøv (J61. 9). Sygdommen er optaget på fortegnelsen.

	Andre former for pneumokonioser er silikose, antrakose, siderose, berylliose med flere. Lungeasbestose er tillige en form for silikose, da asbest består af calcium- og magnesiumsilikat.
Mesothelioma	Svulst, der udgår fra mesothel, det vil sige bindevæv. Findes i godartede (benigne) og ondartede (maligne) former
Mesothelioma pleurae	Lungehindekræft efter asbest (C45. 1). Sygdommen er optaget på fortegnelsen
Obstruktiv lungefunktionsnedsættelse	Nedsat lungefunktion som følge af øget strømningsmodstand i lungerne
Plaques	Pletter eller forkalkninger
Pleura	Lungehinden
Pleuritis	Betændelsesagtig tilstand i lungehinden. Endelsen -itis betyder betændelse forårsaget af mikroorganismer eller betændelseslignende forandringer uden mikroorganismer. Ved arbejdsbetingede sygdomme er der altid tale om betændelseslignende forandringer uden mikroorganismer
Restriktiv lungefunktionsnedsættelse	Nedsat lungefunktion som følge af nedsat lungerumfang

2. Kronisk bronkitis/KOL (E. 7)

2.1. Punkt på fortegnelsen

Sygdommen kronisk bronkitis/KOL er optaget på fortegnelsen over erhvervssygdomme (gruppe E, punkt 7).

Sygdom	Påvirkning
Kronisk bronkitis/KOL	Dampe/gasser/støv og/eller røg i mange år

2.2. Krav til diagnosen

Hovedbetingelser

Der skal lægeligt være stillet diagnosen kronisk bronkitis/KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom) (J. 41 og J. 44.9).

Diagnosen "astmatisk bronkitis" er som udgangspunkt ikke omfattet af punktet. Denne diagnose anvendes af nogle læger til at betegne en tilstand med diffuse luftvejssymptomer, især hos mindre børn, men har normalt intet med egentlig astma eller bronkitis at gøre. Tilstanden er derfor ikke omfattet af fortegnelsens punkt E. 7, medmindre det lægeligt kan dokumenteres, at der er tale om bronkitis/KOL.

For at diagnosen kronisk bronkitis/KOL kan stilles, skal følgende krav være opfyldt:

- relevante subjektive klager og
- kliniske objektive forandringer

Symptomer

- Hoste
- Opspyt (ekspektoration) i nogle tilfælde
- Nedsat lungefunktion (kortåndethed, især ved anstrengelse)

Objektive tegn

Der er et stort diagnostisk overlap mellem de to sygdomme kronisk bronkitis og KOL, ligesom begge sygdomme kan være til stede på samme tid.

I praksis vil det for anerkendelse ikke være afgørende, om der lægeligt er stillet diagnosen kronisk bronkitis eller KOL, da begge sygdomme er omfattet og kriterierne for anerkendelse er de samme. Ved erstatningsudmålingen vil der blive taget udgangspunkt i de faktiske symptomer og objektive fund og ikke i, om diagnosen er kronisk bronkitis eller KOL.

Kronisk bronkitis giver daglig hoste og opspyt fra luftvejene, uden at der er nedsat lungefunktion, og defineres som hoste og opspyt fra luftvejene i mindst 3 måneder i mindst 2 på hinanden følgende år, hvor anden årsag til kronisk opspyt er udelukket.

Ved tilstande af KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom) er der nedsat lungefunktion, eventuelt med hoste og opspyt, på grund af øget luftvejsmodstand, og sygdommen defineres som vedvarende luftvejsobstruktion med mindre plads i bronkierne, der betyder, at bronkierne lader mindre luft strømme igennem. I de fleste raske tilfælde vil mere end 80 procent være udåndet i løbet af et sekund, hvilket dog typisk falder med alderen.

KOL måles ved registrering af en nedsættelse af den „udåndede luftmængde i 1 sekund" (FEV1), men næsten normal „total udåndet luftmængde" (FVC). Forholdet mellem FEV1/FVC, kaldet „Tiffenau-værdien", vil også være reduceret, og Tiffenau-værdien vil være under 70 procent (FEV1/FVC under 70 procent).

Nedsat lungefunktion kan registreres enten ved anstrengelsestest, for eksempel på kondicykel, eller ved måling af lungefunktion med håndholdt lungefunktionsapparat (peakflow-meter) hjemme fra morgen til aften eller fra dag til dag, eller ved spirometer-måling hos læge (morgen/aften).

Forskellen på KOL og astma (punkt E. 8 på fortegnelsen) er overvejende, at lungefunktionen ved astma vil være varierende med skift fra nedsat til normal funktion, alt efter om der finder en relevant påvirkning sted eller ej. Ved KOL vil nedsættelsen af lungefunktionen være vedvarende.

Den tidsmæssige sammenhæng

Det er en forudsætning for anerkendelse, at der er en god tidsmæssig sammenhæng mellem udviklingen af kronisk bronkitis/KOL og påvirkningen på arbejdet. Som udgangspunkt skal de første symptomer være opstået, mens den relevante påvirkning fandt sted.

2.3. Krav til påvirkningen

For at kronisk bronkitis/KOL er omfattet af punktet på fortegnelsen, skal der have været tale om en eller flere relevante påvirkninger gennem flere år, som beskrevet nærmere nedenfor.

2.3.1. Dampe/gasser/støv og/eller røg

Kronisk bronkitis og KOL kan opstå efter udsættelse for forskellige former for dampe/gasser/støv og/eller røg igennem længere tid.

Det kan dreje sig om stort set alle støvende eller rygende arbejdsprocesser, og påvirkningerne kan være både uspecifikke og specifikke. En uspecifik påvirkning betyder, at påvirkningen kan være sammensat af flere forskellige stoffer, og at den specifikke kilde ikke med sikkerhed kan identificeres. En specifik påvirkning kan for eksempel være dampe/gasser/støv og/eller røg fra aluminium eller hårdmetal.

De typiske arbejdsfunktioner, hvor man udsættes for specifikke eller uspecifikke former for dampe/gasser/støv og/eller røg, er:

- Svejsning
- Skærebrænding
- Skorstensfejning
- Landbrugsarbejde
- Isolering
- Boring
- Fræsning og slibning af forskellige materialer
- Træforarbejdning
- Papir- og tekstilindustrien

Listen er blot eksempler på typiske arbejdsfunktioner, hvor der forekommer udsættelse for støv/røg, og er ikke udtømmende.

Det vil sige, at udsættelse for andre former for dampe/gasser/støv og/eller røg i flere år også kan føre til anerkendelse efter fortegnelsens punkt E. 7.a.

2.4. Den tidsmæssige udstrækning

Der skal som udgangspunkt have været tale om 8-10 års massiv udsættelse for dampe/gasser/støv og/eller røg.

Ved tilfælde af særlig massiv udsættelse, kan dette medføre, at det tidsmæssige krav til udsættelsen efter en konkret vurdering kan nedsættes.

Der skal for alle påvirkningerne som udgangspunkt have været tale om en daglig eller stort set daglig udsættelse.

2.5. De arbejdsmæssige forhold

Ved vurderingen af, om den arbejdsmæssige udsættelse er tilstrækkelig til, at sygdommen kan anerkendes, er det relevant at se på, om arbejdet er foregået udendørs eller indendørs. Påvirkningen vil være størst i små rum uden ordentlig udsugning og mindst, hvor arbejdet er foregået udendørs.

Hvis arbejdet er foregået indendørs, er det væsentligt at se på, om der har været udluftning, og om der er anvendt åndedrætsværn. Hvis der har været udsugning og der er anvendt åndedrætsværn, vil påvirkningen være mindre.

Der skal således en længere tidsmæssig udsættelse til, før sygdommen kan anerkendes, hvis beskyttelsesforholdene har været gode, end hvis udsugning og andre beskyttelsesmæssige forhold har været mangelfulde.

2.6. Konkurrerende forhold – rygning eller andre private årsagsfaktorer

Kronisk bronkitis/KOL kan som de fleste andre sygdomme opstå eller forværres som følge af andre sygdomme eller forhold, der er uden relation til arbejdet. Arbejdsskadestyrelsen vil derfor konkret vurdere, om eventuelle, oplyste konkurrerende faktorer har en karakter og et omfang, der kan begrunde, at der er grundlag for at foretage fradrag ved erstatningsudmålingen, hvis sagen anerkendes.

Eksempler på mulige konkurrerende faktorer, der kan virke ind på sygdommens opståen eller dens forløb, er:

- Tobaksrygning

- Alfa1-antitrypsinmangel (arvelig genfejl)
- Luftforurening
- Private årsager

Rygning er en meget væsentlig årsag til kronisk bronkitis/KOL, og rygning kan derfor i nogle tilfælde medføre, at vi foretager fradrag i erstatningen.

Et tobaksforbrug på mindre end 7 gram tobak per dag, eller under samlet 10 pakkeår, vil som hovedregel ikke føre til fradrag i en eventuel erstatning, såfremt påvirkningen i øvrigt har været fuldt ud tilstrækkelig til at forårsage sygdommen.

Et tobaksforbrug på 30-40 pakkeår eller mere vil som udgangspunkt betyde, at der er grundlag for at foretage fradrag ved erstatningsudmålingen, hvis sagen anerkendes, da dette meget store forbrug må anses for at have været medvirkende årsag til sygdommen.

1 gram tobak svarer til 1 cigaret. Brug af anden tobak, som for eksempel pibetobak, cigarer og cerutter, omregnes også til gram.

Et pakkeår svarer til 20 cigaretter dagligt i 1 år ($20 \times 365 = 7.300$ cigaretter).

En person, der har røget 10 cigaretter om dagen i 15 år, har omregnet til pakkeår røget i alt 7,5 pakkeår ($10 \times 365 \times 15 = 7.300$).

2.7. Behandling af sager uden for fortegnelsen

Det er kun kronisk bronkitis/KOL, der er omfattet af fortegnelsens gruppe E, punkt 7. Der skal desuden have været tale om påvirkninger, som anført på fortegnelsen, der opfylder kravene til anerkendelse.

Kronisk bronkitis/KOL, der ikke er omfattet af fortegnelsen, vil i særlige tilfælde kunne anerkendes efter forelæggelse for Erhvervssygdomsudvalget.

En række lægevidenskabelige artikler konkluderer en sammenhæng mellem udsættelse for passiv rygning og udviklingen af KOL/kronisk bronkitis. Sager, hvor tilskadekomne har været udsat for nedenstående, vil sagen derfor blive forelagt for Erhvervssygdomsudvalget til vurdering:

- Mindst 20 års udsættelse for passiv rygning
- Dagligt i mindst halvdelen af arbejdsdagen og
- Intens røgpåvirkning gennem ophold i mindre rum

Tilskadekomne må ikke selv have været ryger, og den pågældende må heller ikke i hjemmet/privat have været udsat for passiv rygning. Endelig skal symptomerne på KOL optræde i tilslutning til udsættelsen for tobaksrøg (inden for måneder eller få år).

Konkrete sager om KOL efter udsættelse for passiv rygning vil blive forelagt for Erhvervssygdomsudvalget til en konkret vurdering af, om sygdommen udelukkende eller i overvejende grad er forårsaget af arbejdets særlige art. Erhvervssygdomsudvalget vil ved de konkrete drøftelser inddrage ovenstående momenter i vurderingen.

Der henvises i øvrigt til vejledningens kapitel 1 om sager, der er afgjort uden for fortegnelsen.

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

2.8. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

Eksempel 1: Anerkendelse af KOL efter E. 7 (skorstensfejer udsat for sodstøv med videre)

En 57-årig mand arbejdede i 20 år som skorstensfejer og fik i slutningen af perioden luftvejsproblemer i form af åndedrætsbesvær ved stigeang. Efterfølgende fik han også slim i luftvejene og hoste, især ved kontakt med isoleringsmaterialer, sod, røg og støv. Han var massivt udsat for støv under skorstensfejning, og han anvendte ikke åndedrætsværn i begyndelsen. Ved en lungefunktionsundersøgelse blev der konstateret nedsat lungefunktion, og han fik stillet diagnosen KOL. Han havde højest røget 1 pakkeår igennem sit liv.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Skorstensfejeren har under sit arbejde været massivt udsat for støv i mange år, og der er påvist KOL. Tobaksforbruget på højest 1 pakkeår har været meget beskedent og har ikke bidraget til sygdommen.

Eksempel 2: Anerkendelse af KOL efter E. 7 (svejsere udsat for svejserøg)

En 62-årig mand arbejdede i 35 år som svejser på et skibsværft. Arbejdet foregik i små rum i skibene og medførte en del røgudvikling. Især i starten af perioden var der ikke tilstrækkeligt åndedrætsværn, og udluftningen var i hele perioden dårlig. Røgudviklingen under svejsningen resulterede i, at han med jævne mellemrum fik anfald af hoste under arbejdet og var nødt til at trække frisk luft udendørs. Han havde aldrig røget. Han udviklede over en årrække begyndende tegn på kronisk bronkitis med jævnlig hoste og opspyt og fik i slutningen af perioden luftvejsproblemer i form af åndedrætsbesvær. Han fik konstateret KOL ved en lungemedicinsk undersøgelse på en arbejdsmedicinsk klinik.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Svejseren har under sit arbejde været massivt udsat for uspecifik svejserøg i rum med dårlig ventilation og uden tilstrækkelig åndedrætsbeskyttelse igennem en lang årrække, og der er god tidsmæssig sammenhæng mellem udsættelsen for svejserøg og sygdommen.

Yderligere information:

Se udredningsrapport om kritisk bronkitis/KOL. Udredningsrapporten kan også findes på www.ask.dk under Arbejdsskadestyrelsen, forskning og projekter.

3. Astma (E. 8)

3.1. Punkt på fortegnelsen

Sygdommen astma er optaget på fortegnelsen over erhvervssygdomme (gruppe E, punkt 8):

Sygdom	Påvirkning
Astma (allergisk og ikke-allergisk)	Støv eller dampe fra: A. Planter eller planteprodukter B. Dyr eller dyriske produkter E. Enzymer, farvestoffer, persulfatsalte, kunstharpiks eller medicamenter og forstadier til disse D. Isocyanater og visse anhydrider i epoxyresiner E. Krom og visse af dets forbindelser

	F. Kobolt
	G. Aluminium
	H. Hårdmetal
	I. Nikkel

3.2. Krav til diagnosen

Hovedbetingelser

Der skal lægeligt være stillet diagnosen ”astma” (ICD-10 J. 45).

Diagnosen astma bronchiale, der svarer til astma, er også omfattet af fortegnelsen.

Både allergiske og ikke-allergiske former for astma kan være omfattet af fortegnelsen.

Diagnosen ”astmatisk bronkitis” er som udgangspunkt ikke omfattet af punktet. Denne diagnose anvendes af nogle læger til at betegne en tilstand med diffuse luftvejssymptomer, især hos mindre børn, men har normalt intet med egentlig astma at gøre. Tilstanden er derfor ikke omfattet af fortegnelsen, medmindre det lægeligt kan dokumenteres, at der er tale om astma.

For at diagnosen astma kan stilles, skal følgende krav være opfyldt:

- Relevante subjektive klager (symptomer) og
- Kliniske objektive forandringer

Astma er en meget almindelig sygdom i befolkningen, og kun en mindre del skyldes udsættelse for skadelige stoffer på arbejdspladsen.

”Astma” bruges som en fællesbetegnelse om en tilstand, der er karakteriseret ved episoder med åndenød, der er forårsaget af en periodisk forsnævring af luftvejene (de små bronkier). Der er mange faktorer, der bidrager til udviklingen af astma, og mange, der kan fremkalde anfald.

I praksis bruges også diagnosen ”astma bronchiale”, som svarer til diagnosen astma.

Astma er en tilstand, hvor de små bronkier er betændte/irriterede, enten som følge af en tidligere infektion (eksempelvis med bakterier) eller en tidligere infektiøslignende tilstand (uden bakterier). Ved betændelse/irritation i de små bronkier er luftvejene mere følsomme over for specifikke irritanter udefra (udløsende faktorer), der kan få luftvejene til at indsnævres og derved reducere luftstrømmen gennem dem og give personen åndenød. Denne overfølsomhed i luftvejene har den medicinske betegnelse ”hyperreaktivitet i luftvejene”.

Astma er desuden karakteriseret ved, at lungefunktionen er normal eller næsten normal mellem anfaldene eller kan være normal på grund af bronkieudvidende medicinsk behandling. Modsat kronisk bronkitis kan den øgede modstand i luftvejene påvirkes med bronkieudvidende midler som for eksempel B2-agonist-spray, Bricanyl eller Ventoline eller med behandling med binyrebarkhormoner.

Anfaldene vil i mange tilfælde blive udløst af irritanter i luften som for eksempel tobaksrøg, tåge eller støv fra arbejdsprocesser eller andre påvirkninger fra omgivelserne.

Symptomer

- Vejrtrækningsbesvær (besvær med at få luften ud af lungerne)

- Åndenød eller piben/hvæsen i brystet
- Eventuelt host, trykken for brystet og hæshed

Kliniske undersøgelser og fund

De lægelige undersøgelser skal beskrive et symptom billede, der sandsynliggør, at diagnosen er astma.

Dokumentation af diagnosen astma sker ved påvisning af variationer i lungernes luftvejsmodstand på 20 procent eller derover (ved peak flow målinger) og 15 procent eller derover (ved FEV1-målinger).

Astmadiagnosen kan stilles ved relevante symptomer og samtidig positivt udfald af én eller flere af følgende tests:

- Provokation med histamin, metakolin mannitol eller lignende
- Anstrengelsestest
- Måling af lungefunktion med håndholdt lungefunktionsapparat (peakflow-meter) hjemme fra morgen til aften eller fra dag til dag eller ved spirometer-måling hos læge (morgen/aften)
- Bronkieudvidende spray
- Behandling med binyrebarkhormon

Ved tilstande af astma vil der være tegn på mindre plads i bronkierne, der betyder, at bronkierne lader mindre luft strømme igennem. I de fleste raske tilfælde vil mere end 80 procent være udåndet i løbet af 1 sekund, hvilket dog typisk falder med alderen.

Astma måles ved registrering af periodiske ændringer på over 15 procent i den „udåndede luftmængde i 1 sekund“ (FEV1), men næsten normal „total udåndet luftmængde“ (FVC). Forholdet mellem FEV1/FVC, kaldet „Tiffenau-værdien“, vil også være reduceret, og Tiffenau-værdien vil være under 80 procent (FEV1/FVC under 80 procent) af forventet.

Forskellen på astma og KOL (punkt E. 7 på fortegnelsen) er overvejende, at lungefunktionen ved astma vil være varierende med skift fra nedsat til normal funktion, alt efter om der finder en relevant påvirkning sted eller ej. Ved KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom) vil nedsættelsen af lungefunktionen være vedvarende.

Objektive tegn på astma

Påvisning af allergisk astma (allergi)

Påvisning af en allergisk astma kan ske via én af følgende tests:

- a) Priktest i huden
- b) Positiv RAST-test, det vil sige påvisning af allergi-antistoffer i blodet af typen IgE
- c) Positiv histamin-release-test, det vil sige, at der frigøres histamin fra de hvide blodlegemer i en blodprøve efter kontakt med det specifikke allergen fra arbejdspladsen

Ved allergisk astma skal der være dokumenteret en overfølsomhed (allergi) for en påvirkning, som tilskadekomne udsættes for på arbejdet, og som er nævnt i fortegnelsen.

Specifikke bronkiale provokationstests med relevante allergener, udført af arbejdsmedicinske eller lunge-medicinske specialafdelinger, kan også anvendes ved vurdering af anerkendelsesspørgsmålet. Arbejdsskadenstyrelsen vil ikke direkte anbefale at få denne type tests udført, da de i sjældne tilfælde kan medføre en forværring af sygdommen.

Hvis der både er dokumentation for astmaanfald i tilknytning til arbejdet og for allergi over for en påvirkning på arbejdet, der er nævnt i fortegnelsen, kan astma anerkendes efter fortegnelsen.

Påvisning af ikke-allergisk astma

Ved ikke-allergisk astma er det vanskeligere at fastslå årsagssammenhængen med udsættelse for stoffer i arbejdsmiljøet.

Derfor stilles der større krav til den lægelige dokumentation for en sammenhæng mellem astmaanfaldene og den arbejdsmæssige udsættelse.

Det er centralt i denne forbindelse at vide, om tilskadekomne har haft astma, inden den arbejdsmæssige påvirkning begyndte, og at have informationer om sygdommens forudgående forløb.

I tilfælde af sværere og længerevarende tilfælde af forudgående astma eller ved astma med væsentlige, konkurrerende private allergener eller påviste irriteranter kan dette medføre, at sagen helt må afvises, eller at der foretages fradrag ved erstatningsudmålingen.

Har den tilskadekomne kun haft astma som barn, eller er sygdommen blevet klart forværret i forbindelse med relevante påvirkninger på arbejdet, kan sygdommen dog normalt anerkendes med et eventuelt fradrag.

Ofte vil gentagne målinger med peakflowmeter kunne vise, om tilskadekomnes lungefunktion forværres i forbindelse med arbejdet og bedres i for eksempel weekender eller ferier, eller omvendt.

3.3. Krav til påvirkningen

For at astma kan anerkendes efter fortegnelsens punkt E. 8 efter indånding af støv og dampe på arbejdspladsen, skal der have været tale om én eller flere af følgende påvirkninger:

a) Planter eller planteprodukter

Typiske faggrupper: Bagere, savværksarbejdere og foderstofarbejdere.

b) Dyr eller dyriske produkter

Typiske faggrupper: Landbrugsmedhjælpere, slagteriarbejdere, laboratoriemedarbejdere med kontakt til forsøgsdyr og arbejdere i fiskeindustrien.

c) Enzymer, farvestoffer, persulfatsalte, kunstharpiks eller medikamenter eller forstadier til disse

Typiske faggrupper: Frisører, farveriarbejdere, ansatte i medicinalindustrien og loddearbejdere.

d) Isocyanater og visse anhydrider i epoxyresiner

Typiske faggrupper: Malere, autolakerere/mekanikere, ansatte inden for farvelakindustrien, metalindustrien og medicinalindustrien eller personer med arbejde i rum, hvor der i øvrigt foregår en ufuldstændig forbrænding.

Isocyanater er en fællesbetegnelse for en gruppe kemiske stoffer, der i vid udstrækning bliver brugt i industrien i dag, for eksempel ved produktion af lakker. Stofferne bliver anvendt i selve produktionen og i de færdige produkter.

Isocyanater frigives i store mængder, når materialer påført isocyanater opvarmes til 150-200 °C. Det er for eksempel tilfældet med lakerede bildele, der repareres ved svejsning på bilværksteder, eller elektronikdele, der repareres.

Isocyanater frigives også ved iltning af klorholdige affedtningsmidler inden for metalindustrien, ved galvanisering og stålhærdning samt ved guld- og sølvarbejde. Isocyanater bruges også tit i produkter, der består af 2 komponenter, der ved sammenblanding reagerer med hinanden under dannelsen af en plast. Isocyanaten kaldes for hærderen. Den anden komponent indeholder polyol og kaldes for harpiksen. Undertiden leveres polyolen og isocyanaten færdigblandet. Det udhærdede produkt kaldes også PUR (plast) eller polyurethan.

e) Krom og visse af dets forbindelser

Typiske faggrupper: Stålværksarbejdere, arbejdere i metal- og forkromnings- og farveindustrien, ved cementstøbning og ved anvendelse af kromgarvede produkter. Stål indeholder krom, hvorfor svejsning og lignende i stålmaterialer vil være indeholdt.

f) Kobolt

Typiske faggrupper: Arbejdere i elektronikindustrien eller ved fremstilling af specialstål, mønter og smykker. Kobolt er i århundreder blevet brugt til at give glas, glasur og keramik en intens blå farve. Jern kan indeholde kobolt, hvorfor svejsning og lignende i jern kan være inkluderet i fortegnelsen.

g) Aluminium

Typiske faggrupper: Arbejdere i metalindustrien og svejsere.

h) Hårdmetal

Typiske faggrupper: Arbejdere i metalindustrien og svejsere, hvor der anvendes og arbejdes med hårdmetal. Hårdmetal er betegnelsen for en særlig blanding af pulvermetaller, som giver ekstrem hårdhed. Kernen i materialet er grundstoffet wolfram/tungsten, som gennem en særlig proces bliver kemisk bundet med kul.

Den ovenstående liste af typisk faggrupper er alene vejledende og ikke udtømmende i forhold til personer, der kan være relevant udsat for de pågældende stoffer. Andre erhverv vil også være omfattet af fortegnelsen i det omfang, der er tale om samme form for påvirkning som nævnt ovenfor.

i) Nikkel

For eksempel ved slibning eller svejsning i nikkelholdige materialer, herunder også nikkelholdigt jern.

Om udsættelse for svejserøg

Udsættelse for svejserøg er ikke nødvendigvis omfattet af fortegnelsens punkt om astma. Afgørende er, om svejsningen sker i materialer, der indeholder krom, kobolt eller nikkel, hvilket nogle jerntyper gør. Det vil derfor være meget vigtigt i denne type sager at få oplyst nærmere om, hvilken type jern der er arbejdet i, og om materialets nærmere sammensætning.

Svejsning/slibning i rustfrit stål medfører frigivelse af krom, hvorfor arbejde med stål som udgangspunkt vil være indeholdt.

Den tidsmæssige sammenhæng

Det er en forudsætning for anerkendelse, at symptomerne på sygdommen er opstået i en nær tidsmæssig sammenhæng med den arbejds-mæssige udsættelse for astma-fremkaldende stoffer. Som udgangspunkt vil astmaanfald fremkomme i umiddelbar tilknytning til arbejdet.

I særlige tilfælde kan sen-astma anerkendes med anfald op til 16 timer efter påvirkningen på arbejdet. Det skal dog i disse tilfælde dokumenteres, at lignende anfald ikke optræder på samme tider af døgnet i weekenden eller i ferieperioder (altså perioder, hvor der ikke er en arbejdsmæssig udsættelse), og at en mistænkt påvirkning primært forekommer på arbejdspladsen.

Derimod er der ikke noget krav om, at udsættelsen skal have en bestemt varighed eller styrke, fordi astma i nogle tilfælde udløses efter kort tid og ved selv begrænsede udsættelser.

3.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold

Astma kan som de fleste andre sygdomme opstå eller forværres som følge af andre sygdomme eller forhold, der er uden relation til arbejdet. Arbejdsskadestyrelsen vil derfor konkret vurdere, om eventuelle oplyste konkurrerende faktorer har en karakter og et omfang, der kan begrunde, at sygdommen enten helt afvises, eller om der er grundlag for at foretage fradrag ved erstatningsudmålingen, hvis sagen anerkendes.

Eksempler på mulige konkurrerende faktorer, der kan virke ind på sygdommens opståen eller dens forløb, er:

- Tobaksrygning
- Privat allergi (for eksempel over for husstøvmider eller pollen)
- Genetisk disposition for allergi
- Medicinforbrug

Tobaksrygning anses ikke for at være den primære årsag til astma. Men der kan være sammenfald i symptombilledet ved astma og sygdomme, der overvejende er forårsaget af tobaksrygning. Rygning kan derfor i nogle tilfælde medføre, at der foretages fradrag i erstatningsudmålingen..

3.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen

Det er kun astma, der er omfattet af fortegnelsens gruppe E., punkt 8. Der skal desuden have været tale om påvirkninger, som anført på fortegnelsen, der opfylder kravene til anerkendelse.

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

Eksempler på sager, der eventuelt kan anerkendes uden for fortegnelsen, er:

- Astma som følge af længere tids arbejde med lavmolekylære irritanter (fabriksarbejder, der passede en tapettryksmaskine, der producerede akrylskumstapet)
- Astma bronchiale som følge af flere års rengøring af røgeovne med anvendelse af alkaliske skumrengøringsmidler og klorholdige midler med videre
- Astma som følge af flere års udsættelse for ethanolaminer i køle- og smøreolier (maskinarbejder)
- Astma bronchiale som følge af længere tids udsættelse for stærkt basiske aerosoler, kalciumhydroxid og hydratkalkstøv (pasning af anlæg til rensning af røggasser)
- Arbejde med platinholdige produkter

Der henvises i øvrigt til vejledningens kapitel 1 om sager, der er afgjort uden for fortegnelsen.

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

3.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

Eksempel 1: Anerkendelse af astma efter E. 8.a (pædagogmedhjælper udsat for skimmelsvampe)

En 35-årig kvinde var ansat som pædagogmedhjælper i en vuggestue i 4 år. Hun fik kort efter arbejdets påbegyndelse tendens til talrige forkølelser og bihulebetændelse og havde gener ved ophold i lokalerne i form af hovedpine, træthed og øjenirritation. Hun fik i forløbet mere vedvarende hoste og tendens til åndedrætsbesvær og fik til sidst konstateret astma af en lungemediciner. En bygningstilstandsrapport fra arbejdspladsen beskrev, at der var ret betydelige fejl i indeklimaet i form af fugtskader, og ifølge rapporten var der synlige skimmeldannelser.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Pædagogmedhjælperen har udviklet astma efter arbejde i fugtskadede lokaler med synligt skimmelsvampeangreb. Der er en god tidsmæssig og årsagsmæssig sammenhæng mellem udviklingen af astma og udsættelse for skadelige planter (skimmelsvampe) på arbejdet.

Eksempel 2: Anerkendelse af astma efter E. 8.b (ansat i fiskeindustrien udsat for fiskedampe)

En 47-årig mand var i 15 år ansat i fiskeindustrien i en fileteringsafdeling. Han fik efter 10 år ansvaret for produktionen og maskinerne, hvor det administrative arbejde foregik på et kontor i tilknytning til pakkeriet. Ved maskinnedbrud, som kunne ske op til 10 gange dagligt, var han dog beskæftiget med at få maskinerne i produktionen til at køre igen. Igennem det sidste år fik han tiltagende luftvejsgener med hoste, periodevis pibende vejrtrækning og åndedrætsbesvær. I forbindelse med overflytning til en anden afdeling var der betydelig bedring i symptomerne. Han fik konstateret astma og blev testet allergisk over for visse fisk. Allergierne var relevante i forhold til påvirkningerne i form af dampe fra fisk på arbejdet, og peakflow-målinger viste forværringer, når han var på arbejdet.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Fiskeindustriarbejderen har udviklet astma som følge af sit arbejde i lokaler, hvor der har været dampe fra fisk. Han har desuden fået påvist allergi over for visse fisk, som også indgik i produktionen på arbejdet. Der er god årsagsmæssig sammenhæng mellem udviklingen af astma og påvirkningerne på arbejdet med udsættelse for dampe fra dyr/dyriske produkter.

Eksempel 3: Anerkendelse af astma efter E. 8.a og E. 8.b (servicetekniker udsat for støv fra planter og dyr)

En 58-årig mand arbejdede i 10 år som servicemedarbejder med rengøring af dyrekasser. Han var under arbejdet udsat for støv, urin og afføring fra mus, rotter, hamstere, kaniner, hunde og katte samt halmstrøelse og savsmuldsstrøelse. I slutningen af perioden fik han symptomer på astma i form af røde og irriterede øjne samt åndedrætsbesvær, der opstod, når han opholdt sig på arbejdet. Symptomerne forsvandt ved længere tids fravær fra arbejdspladsen og forsvandt helt efter arbejdsophør.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Servicemedarbejderen har udviklet astma som følge af sit arbejde, hvor han igennem en lang årrække har været betydeligt udsat for støv eller dampe fra dyr, dyreprodukter og planteprodukter. Der er en god sammenhæng mellem påvirkningen fra støv og dampe under rengøringsarbejdet og symptomerne, der forsvandt midlertidigt ved længere fravær fra arbejdet og helt ved ophør i det pågældende arbejde.

Eksempel 4: Anerkendelse af astma efter E. 8.c (rengøringsassistent udsat for enzymer)

En 51-årig kvinde var i 7 år ansat som rengøringsassistent i et laboratorium, hvor der blev anvendt forskellige enzymer. Arbejdet bestod blandt andet af tømning af skraldeposer med rester fra tabletter, og der var en vis støvudvikling, når poserne blev tømt og lukket. Desuden skulle poser med arbejdstøj fra produktionen lukkes og flyttes. Poserne var ofte overfyldte, og når tøjet skulle flyttes over i en ny pose, støvede det. Hun fik allerede efter et par års arbejde symptomer i form af åndenød og fik senere

konstateret allergi over for forskellige enzymer. Hun fik hos en arbejdsmedicinsk speciallæge stillet diagnosen astma.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Rengøringsassistenten har udviklet astma som følge af udsættelsen for støv fra enzymer på arbejdet. Hun er blevet testet allergisk over for enzymer, og symptomerne på sygdommen opstod i nær tidsmæssig sammenhæng med arbejdet.

Eksempel 5: Anerkendelse af astma efter E. 8.d (guldsmed udsat for isocyanater)

En 45-årig mand arbejdede i 26 år som guldsmed, hvor han kun i begrænset omfang anvendte åndedrætsværn. I forbindelse med forarbejdningen af guld og sølvsmykker blev materialerne opvarmet, hvorved der blev frigivet isocyanater fra materialerne. Efter 15 år oplevede guldsmeden episoder med åndedrætsbesvær, hoste og pibende vejrtrækning. Der var en væsentlig forbedring af lungefunktionen i længere ferier. Han fik til sidst konstateret astma og ophørte herefter med sit arbejde. Efter arbejdsophør forsvandt symptomerne fra luftvejene.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Guldsmeden har igennem en lang årrække været betydeligt udsat for isocyanater gennem sit arbejde med forarbejdning af guld og sølvsmykker. Der er en god sammenhæng mellem påvirkningen fra isocyanater og symptomerne, der forsvandt under ferier og helt i forbindelse med arbejdsophør.

Eksempel 6: Anerkendelse af astma efter E. 8.e (autolakerer udsat for isocyanater)

En 42-årig mand arbejdede 10 år som autolakerer i bilindustrien. Efter 4 år begyndte han at arbejde på malerværkstedet på virksomheden og udviklede da hoste og hvæsen i brystet ved fysisk anstrengelse. Han stoppede med at ryge, men symptomerne fortsatte og generede også hans nattesøvn. I ferier oplevede han en klar bedring. Efter at han af sin læge fik konstateret astma, sørgede hans virksomhed for at give ham en bedre hætte til beskyttelse mod dampene fra lakeringen, hvorefter symptomerne svandt og han kunne fortsætte i sit arbejde.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Autolakereren har igennem længere tid været betydeligt udsat for isocyanater i forbindelse med lakering af biler. Der er en god tidsmæssig og årsagsmæssig sammenhæng mellem påvirkningen på arbejdet, hvor han har været i kontakt med isocyanater, og astmasymptomerne, der tillige svandt ved bedre beskyttelse.

Eksempel 7: Afvisning af astma efter E. 8.b (landbrugsmedhjælper udsat for svin)

En 24-årig landbrugsmedhjælper på et stort svinebrug anmeldte, at han havde fået astma efter få måneders arbejde med svin. Han opholdt sig i svinestalden i størsteparten af arbejdsdagen, herunder i tæt kontakt med dyrene ved udmugning, fødsler med videre. Der var desuden konstant en kraftigt em af svin i luften i stalden, der var mangelfuldt udstyret med udluftning. Det fremgik af de lægelige oplysninger, at han havde lidt af astma, fra han var barn, og at han havde haft fortsatte, periodisk meget svære anfald af astma, op til han påbegyndte arbejdet i svinestalden. Han havde desuden flere år forud fået konstateret allergi over for katte, hunde, svin og flere andre dyr samt en række planter/pollen, men havde alligevel hjulpet stort set dagligt i sin fars svinebrug i fritiden i en lang årrække og gjorde fortsat dette. Han havde desuden selv hund. Der var ikke registreret nogen ændring i anfaldsmønstrene, når han var på arbejde eller holdt fri, og han havde lige så hyppige og svære anfald i weekender og ferier som i tilknytning til arbejdet.

Sagen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen. Landbrugsmedhjælperen har en konstateret astma og er allergisk over for svin. Han har desuden været relevant udsat for svin på arbejdet i en svinestald igennem ½ år. Han har dog før dette arbejde haft astmaanfald igennem en længere årrække og har tidligere

fået konstateret allergi over for mange forskellige kilder, herunder svin og hund. Han er i kontakt med svin i sin fritid, ligesom han selv har hund, selvom han er allergisk over for disse. Der har desuden ikke været en påviselig væsentlig forværring af tilstanden i klar tilknytning til arbejdet. Det er samlet set overvejende sandsynligt, at hans astma primært skyldes hans tidligere astma og den fortsatte private udsættelse, herunder i særdeleshed den daglige kontakt med svin og hund.

4. Lungesygdom med nedsat lungefunktion af obstruktiv type (E. 9)

4.1. Punkt på fortegnelsen

Sygdommen lungesygdom med nedsat lungefunktion af obstruktiv type er optaget på fortegnelsen over erhvervssygdomme (gruppe E, punkt 9):

Sygdom	Påvirkning
Lungesygdom med nedsat lungefunktion af obstruktiv type	Isocyanater

4.2. Krav til diagnosen

Hovedbetingelser

Der skal lægeligt være stillet diagnosen lungesygdom med nedsat lungefunktion af obstruktiv type (RADS) (J. 44.8). Der skal være øget luftvejsmodstand. Lungesygdom med nedsat lungefunktion af obstruktiv type er ikke den samme sygdom som kronisk bronkitis/KOL.

For at diagnosen lungesygdom med nedsat lungefunktion kan stilles, skal følgende krav være opfyldt:

- Relevante subjektive klager (symptomer) og
- Kliniske objektive forandringer

Symptomer

Nedsat lungefunktion, som viser sig ved kortåndethed, især ved anstrengelse.

Objektive tegn

Ved lungefunktionsundersøgelse findes nedsættelse af den ”udåndede luftmængde i 1 sekund” (FEV1) til mindre end 80 procent af den forventede luftmængde hos normale.

Påvisning af lungesygdom med nedsat lungefunktion

Lungefunktionsundersøgelse foretaget på sygehus eller hos den praktiserende læge.

4.3. Krav til påvirkningen

For at lungesygdom med nedsat lungefunktion af obstruktiv type er omfattet af punktet på fortegnelsen, skal der have været tale om en eller flere relevante påvirkninger gennem mange år, som nærmere beskrevet nedenfor.

Om udsættelse for isocyanater

Isocyanater er en fællesbetegnelse for en gruppe kemiske stoffer, der i vid udstrækning bliver brugt i industrien i dag, for eksempel ved produktion af lakker. Stofferne bliver anvendt i selve produktionen og i de færdige produkter.

Isocyanater bruges i forskellige brancher. Det bruges for eksempel i:

- Bygge- og anlægsbranchen
- Plastvareindustrien
- Jern- og metalindustrien
- Træindustrien
- Autobranchen
- El- og elektronikindustrien

Isocyanater er en af flere komponenter, der får forskellige materialer til at hærde og blive hårde. Det kan findes blandt andet i lak, maling, lim, skum, tætningmiddel, plastprodukter, laminater, toplak, printplader, kabelisolering, gipsmateriale og fugemasse.

Isocyanater frigives i store mængder, når materialer påført isocyanater opvarmes til 150-200 °C. Det er for eksempel tilfældet med lakerede bildele, der repareres ved svejsning på bilværksteder, eller elektronikdele, der repareres. Opvarmning kan finde sted ved brand, men også ved almindelige arbejdsprocesser som svejsning, lodning, skæring, slibning, savning, støbning samt opvarmning ved varmluft.

Isocyanater frigives også ved iltning af klorholdige affedtningsmidler inden for metalindustrien, ved galvanisering og stålhærdning samt ved guld- og sølvarbejde. Isocyanater bruges også tit i produkter, der består af 2 komponenter, der ved sammenblanding reagerer med hinanden under dannelsen af en plast. Isocyanaten kaldes for hærderen. Den anden komponent indeholder polyol og kaldes for harpiksen. Undertiden leveres polyolen og isocyanaten færdigblandet. Det udhærdede produkt kaldes også PUR (plast) eller polyurethan.

Den tidsmæssige sammenhæng

Der skal som udgangspunkt have været tale om 4-5 års daglig eller stort set daglig udsættelse for isocyanater.

Ved tilfælde af særlig massiv udsættelse kan det tidsmæssige krav til udsættelsen efter konkret vurdering nedsættes.

De arbejdsmæssige forhold

Ved vurderingen af om den arbejdsmæssige udsættelse er tilstrækkelig til, at sygdommen kan anerkendes, er det relevant at se på de forhold, som arbejdet er foregået under. Påvirkningen vil være størst i små rum uden ordentlig udsugning, mens påvirkningen vil være mindst, hvor arbejdet er foregået udendørs.

Hvis arbejdet er foregået indendørs, er et væsentligt at se på, om der har været udsugning, og om der er anvendt åndedrætsværn.

Der skal en længere tidsmæssig udsættelse til, før sygdommen kan anerkendes, hvis beskyttelsesforholdene har været gode, end hvis udsugning og andre beskyttelsesmæssige forhold har været mangelfulde.

4.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold

Eksempler på mulige konkurrerende faktorer, der kan virke ind på sygdommens opståen eller dens forløb er:

- Tobaksrygning
- Alfa 1-anitrypsin, som er en arvelig genfejl

Rygning er en meget væsentlig årsag til lungesygdom med nedsat lungefunktion af obstruktiv type. Rygning kan derfor i nogle tilfælde medføre, at der foretages fratræk i erstatningsudmålingen.

4.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen

Det er kun lunge sygdom med nedsat lungefunktion af obstruktiv type, der er omfattet af fortegnelsens gruppe E, punkt 9. Der skal desuden have været tale om påvirkninger som anført på fortegnelsen, der opfylder kravene til anerkendelse.

Lunge sygdom med nedsat lungefunktion af obstruktiv type, der ikke er omfattet af fortegnelsen, vil i særlige tilfælde eventuelt kunne anerkendes efter forelæggelse for Erhvervssygdomsudvalget.

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

4.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

Eksempel 1: Anerkendelse af lunge sygdom med nedsat lungefunktion af obstruktiv type efter E. 9 (automekaniker udsat for isocyanater)

En 32-årig mand arbejdede 6 år som automekaniker i bilindustrien med forskellige bilreparationer, herunder med svejsning og slibning af karosseridele. Han havde aldrig røget, men i slutningen af perioden fik han hoste og opspyt og blev kortåndet ved fysisk anstrengelse. Han fik ved en lægeundersøgelse konstateret nedsat lungefunktion og Tiffenau-værdien (FEV1/FVC) blev målt til 60 procent. Han fik stillet diagnosen lunge sygdom med nedsat lungefunktion af obstruktiv type.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Automekanikeren har i 6 år været betydeligt udsat for isocyanater, der frigives i forbindelse med svejsning og slibning, hvor billakken opvarmes. Der er god tidsmæssig og årsagsmæssig sammenhæng mellem påvirkningen på arbejdet og sygdommen.

5. Lungebetændelse (E. 10)

5.1. Punkt på fortegnelsen

Sygdommen lungebetændelse er optaget på fortegnelsen over erhvervssygdomme (gruppe E, punkt 10):

Sygdom	Påvirkning
Lungebetændelse	Vanadium og dets forbindelser

5.2. Krav til diagnosen

Hovedbetingelser

Der skal lægeligt være stillet diagnosen lungebetændelse (pneumonia/pleuropneumonia non specificata J. 18.9).

For at diagnosen lunge sygdom med nedsat lungefunktion kan stilles, skal følgende krav være opfyldt:

- relevante subjektive klager (symptomer) og
- Kliniske objektive forandringer

Symptomer

Irritation af øjne og næse samt hoste efterfulgt af udvikling af lungebetændelse med feber i løbet af nogle dage.

Objektive tegn

Feber over 38 grader samt påvisning af lungebetændelse ved stetoskopi af lungerne foretaget af læge eller påvisning af typiske forandringer for lungebetændelse ved røntgenundersøgelse af lungerne.

5.3. Krav til påvirkningen

For at lungebetændelse er omfattet af punktet på fortegnelsen, skal der have været tale om en relevant påvirkning, som nærmere beskrevet nedenfor.

Om udsættelse for vanadium og dets forbindelser

Vanadium er et grundstof, der primært anvendes i fremstillingen af hårde ståltyper. Vanadium findes blandt andet i panser på kampvogne og andre militærkøretøjer, flymotorer, kuglelejer og fjedre i biler og kirurgiske redskaber. Det bruges også i produktionen af glas, hvor det giver glasset blå og grønne farver og i fremstillingen af farver og lakker. Det findes også i forbindelse med udsættelse for store mængder af løbesod for eksempel hos skorstensfejere.

Det er kun ved brug af vanadium ved produktion og fremstilling af stål og glas, at udsættelsen finder sted. Senere forarbejdning af materialerne medfører ikke udsættelse for vanadium.

Den tidsmæssige sammenhæng

Det er en forudsætning for anerkendelse, at symptomerne på sygdommen er opstået i en nær tidsmæssig sammenhæng med den arbejdsmæssige udsættelse for vanadium.

Derimod er der ikke noget krav om, at udsættelsen skal have en bestemt varighed eller styrke, fordi lungebetændelse i nogle tilfælde udløses efter kort tid og ved selv begrænsede udsættelser.

De arbejdsmæssige forhold

Ved vurderingen af om den arbejdsmæssige udsættelse er tilstrækkelig til, at sygdommen kan anerkendes, er det relevant at se på de forhold, som arbejdet er foregået under.

Påvirkningen vil være størst i små rum uden ordentlig udsugning, og påvirkningen vil være mindst, hvor arbejdet er foregået udendørs.

Hvis arbejdet er foregået indendørs, er det væsentligt at se på, om der har været udsugning, og om der er anvendt åndedrætsværn.

Der skal en længere tidsmæssig udsættelse til, før sygdommen kan anerkendes, hvis beskyttelsesforholdene har været gode, end hvis udsugning og andre beskyttelsesmæssige forhold har været mangelfulde.

5.4. Eksempler på forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold

Hvis der i forbindelse med påvisning af sygdommen lungebetændelse er påvist andre specifikke årsager til lungebetændelse, eksempelvis legionella (legionærsyge), kan det i nogle tilfælde medføre, at vi foretager fratræk i erstatningen.

5.5. Behandling af sager uden for fortegnelsen

Det er kun lungebetændelse, der er omfattet af fortegnelsens gruppe E, punkt 10. Der skal desuden have været tale om påvirkninger, som anført på fortegnelsen, der opfylder kravene til anerkendelse.

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

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

5.6. Eksempler på afgørelser efter fortegnelsen

Eksempel 1: Anerkendelse af lungebetændelse efter E. 10 (mekaniker udsat for vanadium)

En 55-årig mand arbejdede i 30 år som stålarbejder på et stålvalseværk. En del af arbejdet bestod i produktion og støbning af panserplader. I 2009 fik stålvalseværket en stor ordre på panserplader, hvilket indebar, at han i en længere periode kun arbejdede med stål tilsat vanadium. Herefter fik han irriterede øjne og næse, og få dage efter fik han konstateret lungebetændelse ved lægeundersøgelse.

Sagen kan anerkendes efter fortegnelsen. Mekanikeren har været udsat for vanadium, der frigives i forbindelse med produktion af stålplader/panserplader. Der er god tidsmæssig sammenhæng mellem påvirkningen på arbejdet og sygdommen.

Arbejdsskadestyrelsen, den 1. februar 2015

HANNE RATHSACH

/ Pernille Ramm Kristiansen