

Vejledning om behandling af anerkendelsesspørgsmålet ved anmeldelser af astma og kronisk bronchitis efter arbejdsskadesikringsloven

Kapitel 1

Indledning

Både astma og kronisk bronchitis er meget almindelige lidelser i befolkningen. En mindre del har astma eller kronisk bronchitis som følge af udsættelse for skadelige stoffer på arbejdspladsen.

I sager, hvor der er mistanke om en arbejdsbetinget astma eller kronisk bronchitis, er det derfor vigtigt, at Arbejdsskadestyrelsen indhenter præcise oplysninger om lidelsens karakter og den arbejdsmæssige påvirkning for at få belyst en eventuel årsagssammenhæng mellem arbejdet og lidelsen.

Vejledningen skal være en hjælp til at sikre en korrekt oplysning af sagerne, samtidig med at den gerne skulle bidrage til forståelsen af disse lidelser.

For at astma og kronisk bronchitis kan anerkendes som erhvervssygdomme efter erhvervssygdomsfortegnelsen, skal både de generelle betingelser i § 1 og de særlige betingelser i bilag 1 til fortegnelsen være opfyldt, jf. § 2.

Efter § 1 skal påvirkningen styrkemæssigt og tidsmæssigt svare til de påvirkninger, hvor der er godtgjort årsagssammenhæng mellem påvirkning og lidelse, og sygdomsbilledet skal svare til det sygdomsbillede, hvor der er godtgjort årsagssammenhæng. Endelig må der ikke være oplyst forhold, der gør det overvejende sandsynligt, at sygdommen skyldes andre forhold end de arbejdsmæssige.

Det betyder, at selv om der er en påvirkning på arbejdet, som er nævnt i fortegnelsen, og lidelsen er astma, kan lidelsen ikke anerkendes, hvis symptomerne ikke er opstået eller blevet forværret i forbindelse med påvirkningerne på arbejdet.

Kapitel 2

Hvad er astma?

Astma defineres medicinsk som en ikke-infektøs inflammatorisk luftvejssygdom ledsaget af reversibel obstruktion af bronkierne.

På dansk betyder det, at der er tale om en ikke-infektøs betændelsestilstand med anfald af forbigående forsnævring af bronkierne med nedsat lungefunktion. Der er med andre ord tale om anfaldsvis vejrtrækningsbesvær på grund af, at bronkierne trækker sig sammen.

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 bronchitis kan den øgede modstand i luftvejene påvirkes med bronkieudvidende midler som fx B2-agonist-spray, Bricanyl, Ventoline eller efter behandling med binyrebarkhormoner.

Anfaldene vil i mange tilfælde blive provokeret af uspecifikke irriteranter i luften fx tobaksrøg, tåge eller støv fra arbejdsprocesser eller specifikke påvirkninger fra omgivelserne.

Astma diagnosticeres ofte som »astma bronchiale« inden for lægeverdenen. Lidelsen må ikke forveksles med astmatisk bronchitis, som er en kronisk obstruktiv lungelidelse, d.v.s. en lidelse, hvor der til stadighed er lungefunktionsnedsættelse på grund af øget luftvejsmodstand. Se i øvrigt afsnit 3 om kronisk bronchitis. I det følgende bruges kun betegnelsen astma.

2.1. Hvordan stilles diagnosen astma?

Det skal være dokumenteret, at der er tale om astma, d.v.s. at de lægelige undersøgelser skal beskrive et symptombillede, der sandsynliggør, at diagnosen er astma.

Af det lægelige materiale, d.v.s. normalt en lungemedicinsk eller arbejdsmedicinsk speciallægeerklæring, skal det fremgå, at skadelidte har gener i form af anfaldsvis åndenød eller piben/hvæsen i brystet, samt at *et* af følgende kriterier er opfyldt:

- 1) Histaminprovokationstest eller anstrengelsestest medfører et fald i lungefunktionen på mere end 20 procent, målt som FEV1 eller peakflow. (Histamin er et stof, som i lave doser kan fremprovokere hyperreaktion i luftvejene hos astmatikere. Metacholin har samme effekt. FEV1 er udåndingsrumfanget efter 1. sekund ved forceret udånding. Måling af peakflow er måling af den maksimale lufttømningshastighed under forceret udånding. Normalværdien ligger på 200 - 600 L/min afhængig af køn, højde og alder.)
- 2) Lungefunktionen stiger mere end 20 procent, målt som FEV1 eller peakflow efter behandling for nedsat lungefunktion med fx 5 pust B2-agonist-spray.
- 3) Lungefunktionen stiger mere end 20 procent, målt som FEV1 eller peakflow efter behandling for nedsat lungefunktion med prednisontabletter 30 mg dagligt i 2 uger.
- 4) Lungefunktionen varierer mere end 20 procent, målt som FEV1 eller peakflow ved dagbogsmonitoring i 14 dage, d.v.s. fra morgen til aften eller fra dag til dag.

Normalt er en FEV1-værdi på ca. 100 procent, men som det fremgår ovenfor, skal FEV1 variere med mindst 20 procent, for at astmalidelsen kan dokumenteres ved lungefunktionsundersøgelserne.

Det er ikke altid, at symptomerne ved astma er typiske anfald af åndenød eller piben/hvæsen i brystet. Symptomerne kan være mere ukarakteristiske i form af hoste, trykken for brystet og hæshed. I konkrete tilfælde kan en sådan ukarakteristisk astma anerkendes. Det forudsætter sikker påvisning af en reversibel bronkieobstruktion, eksempelvis ved tilstedeværelsen af mindst 2 af ovennævnte kriterier.

Sagen forelægges styrelsens arbejdsmedicinske (E)- eller medicinske (M)-lægekonsulenter til afklaring af diagnosen.

2.2. Astma på erhvervssygdomsfortegnelsen

Både allergisk og ikke-allergisk astma er omfattet af erhvervssygdomsfortegnelsen.

Astma bør ikke anerkendes som erhvervssygdom, uden at styrelsens arbejdsmedicinske (E)- eller medicinske (M)-lægekonsulenter har vurderet sagen.

For at astma kan anerkendes som en erhvervssygdom, er det en forudsætning, at skadelidte har været udsat for astmafremkaldende stoffer i arbejdsmiljøet.

Astma (allergisk og ikke-allergisk) er nævnt i bilag 1 til erhvervssygdomsfortegnelsen under Gruppe A, pkt. 3, 5 og 9, og under Gruppe C, pkt. 5, jf. § 2. Det er Gruppe C, pkt. 5, der hyppigst anvendes ved anerkendelse efter erhvervssygdomsfortegnelsen.

2.2.1. Anerkendelse efter fortegnelsens Gruppe C, pkt.5

Ifølge Gruppe C, pkt. 5, i erhvervssygdomsfortegnelsen er astma omfattet, når lidelsen er forårsaget af indånding af støv eller dampe på arbejdspladsen fra:

- a) Planter eller planteprodukter.
Faggrupper: Bagere, savværksarbejdere, foderstofarbejdere m.v.
- b) Dyr eller dyriske produkter.
Faggrupper: Landbrugsmedhjælpere, laboratoriemedarbejdere med kontakt til forsøgsdyr, arbejdere i fiskeindustrien m.v.
- c) Enzymer, farvestoffer, kunstharpiks eller medikamenter eller forstadier til disse.
Faggrupper: Frisører, farveriarbejdere, ansatte i medicinalindustrien, loddearbejdere m.v.

d) Isocyanater og visse anhydrider i epoxyresiner.
Faggrupper: Malere, ansatte fx inden for farve-lakindustrien, metalindustrien, medicinalindustrien m.v.

2.2.2. Anerkendelse efter fortegnelsens Gruppe A

Hvis der har været tale om udsættelse for isocyanater, kan astma anerkendes efter Gruppe A, pkt. 3.

Hvis astmalidelsen skyldes udsættelse for krom og visse af dets forbindelser, anerkendes efter Gruppe A, pkt. 5.

Endelig hvis astma skyldes udsættelse for kobolt, kan lidelsen anerkendes efter Gruppe A, pkt. 9.

2.3. Sammenhængen mellem astma og arbejdet

Symptomerne på lidelsen skal opstå i umiddelbar sammenhæng med den arbejdsmæssige udsættelse for astma-fremkaldende stoffer.

I særlige tilfælde kan sen-astma anerkendes med anfald op til 16 timer efter arbejdet, hvis det kan dokumenteres, at lignende anfald ikke optræder på samme tider af døgnet i weekenden eller ferieperioder, og en mistænkt påvirkning primært forekommer på arbejdspladsen. I særlige tilfælde viser sen-astma sig ved et signifikant fald i peakflow i løbet af en arbejdsuge og med stigning på over 30 procent i den efterfølgende weekend.

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.

Igen tages der udgangspunkt i den arbejds- eller lunge-medicinske speciallægeerklæring og følgende forhold skal være bekræftet:

- 1) Lidelsen skal debutere eller blive markant forværret under arbejdet, og astmaanfald skal være beskrevet i tilknytning til arbejdet. (I særlige tilfælde, se ovenfor).
- 2) Ved allergisk astma skal der være tale om overfølsomhed (allergi) for et materiale, der er på arbejdet, og som er nævnt i erhvervsyngdomsfortegnelsen.

2.3.1. Allergisk astma

Påvisning af allergi kan ske ved:

- a) Priktest i huden.
- b) Positiv Rast-test, d.v.s påvisning af allergi-antistoffer i blodet af typen IgE.
- c) Positiv histaminreleasetest, d.v.s. histaminfrigørelse fra de hvide blodlegemer i en blodprøve efter kontakt med det specifikke allergen fra arbejdspladsen.

Specifikke bronchiale provokationstests med relevante allergener, som har været udført af arbejdsmedicinske eller lungemedicinske specialafdelinger, kan også anvendes ved vurdering af anerkendelsesspørgsmålet. Arbejdsskadestyrelsen vil ikke direkte anbefale at få disse typer tests udført, da de i sjældne tilfælde kan medføre en forværring af lidelsen.

Hvis der både er dokumentation for astmaanfald i tilknytning til arbejdet og for allergi over for et materiale på arbejdet, der er nævnt i fortegnelsen, kan astmalidelsen anerkendes efter fortegnelsen.

Eksempel:

En laborant får åndenød i tilknytning til laboratoriearbejde med rotter, mens der ikke er beskrevet symptomer ved andre former for laboratoriearbejde. Ved den arbejdsmedicinske/lungemedicinske undersøgelse foretages en lungefunktionsundersøgelse, der viser, at skadelidtes lungefunktion er reduceret til en FEV1-værdi på 75 procent, men ved behandling med 3 pust Bricanyl reetableres lungefunktionen til en FEV1-værdi på 98 procent. Der foretages priktest, og der påvises overfølsomhed over for rotteallergener (dyrehår). Astmalidelsen anerkendes efter fortegnelsens Gruppe C, pkt. 5b.

2.3.2. Ikke-allergisk astma

Ved ikke-allergisk astma er det vanskeligere at fastslå årsagssammenhængen med udsættelse for stoffer i arbejdsmiljøet. Derfor stilles større krav til den lægelige dokumentation for sammenhæng mellem astmaanfaldene og den arbejdsmæssige udsættelse.

Sagerne kan anerkendes efter en konkret vurdering, hvis:

- 1) der dokumenteres fald i peakflow-værdierne på over 20 procent efter udsættelse for påvirkninger, der udelukkende eller i overvejende grad forekommer på arbejdet,
- 2) en detaljeret beskrivelse foretaget af en arbejdsmedicinsk eller lungemedicinsk speciallæge viser, at astmaanfald kun forekommer på arbejdet, og at den mistænkte påvirkning primært forekommer på arbejdet,
- 3) der ikke er andre forhold, som er årsag til astmalidelsen.

Det er centralt i denne forbindelse, om astma har været påvist inden den arbejdsmæssige påvirkning. Har den skadelidte fx haft astma som barn, kan lidelsen ikke anerkendes, medmindre den er blevet sikkert forværret i forbindelse med arbejdet, jf. nedenfor.

Eksempel:

En ansat i et medicinalfirma havde fald i peakflow-værdierne ved ophold i produktionen, hvor der blev anvendt isocyanater, men ikke i andre situationer. Der var ikke påvist allergi over for isocyanat eller andre stoffer. Gennemførelsen af en histaminprovokationstest viste et signifikant fald i lungefunktionen. Diagnosen astma blev stillet. Anfaldene blev alene udløst af arbejdsmæssige påvirkninger i form af isocyanat, og der blev ikke beskrevet forhold, der gjorde det overvejende sandsynligt, at astmalidelsen skyldtes andre forhold end arbejdet, jf. § 1. Lidelsen kunne anerkendes efter erhvervs sygdomsfortegnelse § 2, Gruppe C, pkt. 5d, selvom der ikke var påvist en allergi over for stoffer i arbejdsmiljøet.

2.4. Forbehold/forværring

Astmalidelsen kan også anerkendes efter fortegnelsen i tilfælde, hvor den skadelidte har haft astma som barn, eller der er påvist allergi over for private påvirkninger som fx husstøvmider, bynke eller lignende. I modsætning til kronisk bronchitis skal der ikke ved anerkendelsen tages forbehold for et eventuelt tobaksforbrug.

I tilfælde med private lidelser eller påvirkninger er det en betingelse for anerkendelse, at det kan dokumenteres, at den arbejdsmæssige udsættelse for astmafremkaldende påvirkninger har medført en varig forværring af astmalidelsen. Der skal altid tages et forbehold i anerkendelsen for den del af lidelsen, der ikke er arbejdsbetinget, og forbeholdet skal vægtes ved ménvurderingen, da der alene kan ydes erstatning for arbejdsskadens følger, jf. § 26 i lov om sikring mod følger af arbejdsskade.

Der skal i den forbindelse gøres opmærksom på, at vægtningen af forbeholdet skal være i overensstemmelse med bestemmelsen i § 13, hvorefter et varigt mén må anses for at være en følge af arbejdsskaden medmindre overvejende sandsynlighed taler imod.

Det betyder, at Arbejdsskadestyrelsen skal dokumentere, at en bestemt følgetilstand kan være forårsaget af andre forhold end den anerkendte arbejdsskade.

Derfor kan der alene tages forbehold i de situationer, hvor der er påvist konkrete lidelser eller påvirkninger, som ikke skyldes arbejdet, og hvor betydningen for den anerkendte astmalidelse er veldokumenteret.

Eksempel:

En bryggeriarbejder var udsat for en række klorholdige stoffer på sit arbejde i tappehallen på et bryggeri. Over en 10-årig periode udviklede skadelidte en række åndedrætsgener. Generne var særligt udtalte, når skadelidte var udsat for klorholdige produkter og gærstoffer. Ved de lægelige undersøgelser blev der påvist astma, kronisk bronchitis, hyperreagerende luftveje og allergi over for visse dyrehår. Det kunne ikke godtgøres, i hvilken rækkefølge lunge/luftvejslidelserne var opstået. Skadelidte havde fået en mærkbar bedring i tilstanden efter arbejdsophør. Skadelidte havde haft et tobaksforbrug på ca. 10 cigaretter dagligt. I afgørelsen blev der lagt vægt på, at der havde været tale om udsættelse for stoffer, der kunne medføre astma, og at

det ikke var overvejende sandsynligt, at astmalidelsen alene skyldtes andre forhold end de erhvervsmæssige. Astmalidelsen kunne herefter anerkendes som en erhvervssygdom efter § 2, Gruppe C, pkt. 5, med forbehold for de forudbestående luftvejslidelser i form af bronchitis (afvist på grund af tobak), hyperreagerende luftveje samt dyrehårsallergi.

2.5. Astma og Erhvervssygdomsudvalget

Astmalidelser kan også forelægges for Erhvervssygdomsudvalget til vurdering af, om lidelsen skyldes arbejdets særlige art, jf. § 10, stk. 3, når de eventuelt astmaudløsende stoffer ikke er omfattet af erhvervssygdomsfortegnelsen, og der er tvivl om årsagssammenhængen.

Hvis en sag skal forelægges udvalget, skal der stilles en astmadiagnose, og de påvirkninger i arbejdsmiljøet, der kan give astma, skal være belyst. Også eventuelle private påvirkninger skal være belyst. Endelig skal styrelsens arbejdsmedicinske (E)- eller medicinske (M)-lægekonsulenter have vurderet den mulige sammenhæng mellem den arbejdsmæssige påvirkning og astmalidelsen.

Eksempel:

En fabriksarbejder fik hoste og åndenød efter flere års arbejde med pasning af tapetryksmaskine, som lavede akrylskumstapet. Papir og akrylskumsmasse blev opvarmet til 150 - 170 grader. Generne svandt i weekenden og tiltog på arbejdet. Symptomerne svandt efter overgang til anden type arbejde på den pågældende fabrik. De lægelige oplysninger viste, at skadelidtes lungefunktion (peakflow) var signifikant nedsat, og generne svandt efter relevant medicinsk behandling med Bricanyl eller Ventoline (B2-agonister). I fritiden var lungefunktionen klart bedre.

Sagen blev anerkendt i overensstemmelse med Erhvervssygdomsudvalgets indstilling. Der blev lagt vægt på, at der havde været tale om udsættelse for en række lavmolekylære irriteranter, der kan inducere astma, og at der var en god tidsmæssig sammenhæng mellem udsættelsen for de pågældende stoffer og symptomdebut, og aftagende symptomer efter udsættelsens ophør.

2.6. Godtgørelse og erstatning

2.6.1. Mén

Ved vurderingen af det varige mén tages hensyn til hyppigheden af anfald, og om skadelidte er afhængig af medicin. Endelig vurderes, om det er let at undgå de astmafremkaldende stoffer, og om anfald udløses ved anstrengelse. Der henvises til styrelsens méntabel, side 33.

Méngraden fastsættes altid i samarbejde med styrelsens arbejdsmedicinske (E)- eller medicinske (M)-lægekonsulenter.

2.6.2. Erhvervsevnetab

Selv et mén under 5 procent kan udløse erstatning for tab af erhvervsevne. Det kan være tilfældet, hvis symptomerne kommer igen, når skadelidte genoptager arbejdet og derfor må under revalidering eller overgå til andet arbejde med en lavere løn. Der henvises i øvrigt til Arbejdsskadestyrelsens vejledning om erstatning for tab af erhvervsevne fra oktober 1996.

Kapitel 3

Hvad er kronisk bronchitis?

Kronisk bronchitis kan opdeles i 2 undergrupper.

Simpel kronisk bronchitis, som giver symptomer i form af hoste og ekspektoration (opspytning fra luftvejene), uden at der er nedsat lungefunktion. For at få lidelsen diagnosticeret skal skadelidte have hostet og haft ekspektoration i mindst 3 måneder om året i mindst 2 på hinanden følgende år.

Kronisk obstruktiv bronchitis som medfører nedsat lungefunktion udover hoste og ekspektoration på grund af øget luftvejsmodstand. Ofte er der vedvarende øget slimsekretion i bronkierne i et omfang, som giver ekspektoration, men det forekommer ikke i alle tilfælde.

Begge typer kan anerkendes som erhvervssygdomme.

3.1. Hvordan stilles diagnosen kronisk bronchitis?

Ved simpel kronisk bronchitis har skadelidte hoste og opspyt, og lungefunktionsundersøgelsen er normal. Ved kronisk obstruktiv bronchitis er der tillige tegn på obstruktion ved lungefunktionsundersøgelsen på grund af øget strømningshastighed i luftvejene.

Det viser sig ved 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.

I modsætning hertil vil man ved lungefunktionsundersøgelse ved restriktive lungelidelser (fx asbestose, silikose og andre former for lungefibrose) finde nedsættelse af både FVC og FEV1 med normal eller forhøjet »Tiffenau-værdi«.

Ved moderat til svær kronisk bronchitis udvikles ofte en komponent af reversibel bronkieobstruktion, som kan forveksles med astma. Lidelsen betegnes ofte »bronchitis chronika asthmatica«. Den adskiller sig fra astma ved, at der findes en bestående kronisk bronchitis og vekslende grad af bronkieobstruktion. Typisk er variationen i FEV1 eller peakflow meget mindre end ved ægte astma. Lidelsen er omfattet af erhvervssygdomsfortegnelsens Gruppe C, pkt. 7, men ikke Gruppe C, pkt. 5.

3.2. Kronisk bronchitis på erhvervssygdomsfortegnelsen

3.2.1. Anerkendelse efter fortegnelsens Gruppe C, pkt. 7

Lidelsen skal være forårsaget af massiv udsættelse for uspecifikt støv i mange år (mindst 8-10 år), herunder støv fra isoleringsmateriale, støv fra korn- og foderstoffer, støv fra træforarbejdning og røg fra svejsning og flammehøvling. De typiske arbejdsfunktioner er: svejsning, skærebrænding, skorstensfejning, landbrugsarbejde, boring, fræsning og slibning af forskellige materialer. Det er denne bestemmelse, der oftest anvendes ved anerkendelse af kronisk bronchitis efter fortegnelsen.

3.2.2. Anerkendelse efter fortegnelsens Gruppe A, pkt. 14

Lidelsen kan anerkendes efter dette punkt, hvis den er forårsaget af vanadium og dets forbindelser. De typiske arbejdsfunktioner er: fremstilling af specialstål, farver og lakker.

3.3. Sammenhængen mellem kronisk bronchitis og arbejdet

Ved vurderingen af, om den arbejdsmæssige udsættelse er tilstrækkelig til, at lidelsen kan anerkendes, er det relevant at se på, om arbejdet er foregået udendørs eller indendørs. Hvis arbejdet har været indendørs, bør det fremgå af sagen, om der har været udluftning, og om åndedrætsværn har været anvendt. Der skal normalt være tale om flere års udsættelse, før lidelsen anses for at være arbejdsbetinget. Men ved massive udsættelser for de stoffer, som er nævnt i fortegnelsen, kan kronisk bronchitis opstå efter kortere tids udsættelse. Endelig skal lidelsen opstå i sammenhæng med den arbejdsmæssige påvirkning. Hvis symptomerne opstår flere år efter den arbejdsmæssige udsættelse, skal styrelsens arbejdsmedicinske (E)- eller medicinske (M)-lægekonsulenter se sagen med henblik på at vurdere, om der er årsagssammenhæng, jf. fortegnelsens § 1.

3.4. Forbehold/forværring

Som det fremgår af § 2 i fortegnelsen, skal både de generelle betingelser i § 1 som de særlige betingelser i bilag 1 være opfyldt, for at en lidelse kan anerkendes. Der må ikke være oplyst forhold, der gør det overvejende sandsynligt, at sygdommen skyldes andre forhold end de arbejdsmæssige.

Af fortegnelsens Gruppe C, pkt. 7, fremgår, at kronisk bronchitis hos rygere normalt kun kan anerkendes, hvis tobaksforbruget har været beskedent.

Mange sager vedrørende kronisk bronchitis afvises på grund af skadelidtes tobaksforbrug. Styrelsens lægekonsulenter anser ikke et tobaksforbrug på over 7 - 10 gram dagligt (1 cigaret = 1 gram tobak) for beskedent. Ligger det daglige forbrug under 5 - 7 gram dagligt, bør sagen forelægges lægekonsulenten med henblik på vurdering af, om der er grundlag for anerkendelse med forbehold for tobaksforbrug. Tobaksforbruget skal sammenholdes med udsættelsen på arbejdet og ses i sammenhæng med lidelsens karakter.

Eksempel:

En skadelidt med en svær kronisk bronchitis havde været massivt støvudsat som tæppevæver og sprøjtelakerer. Lidelsen blev anerkendt med forbehold for den del, der skyldtes tobaksforbruget. Skadelidte havde haft et tobaksforbrug på 8 - 10 gram pr. dag siden 1949, dog havde han de sidste 3½ år inden anerkendelsen kun haft et tobaksforbrug på 3 - 4 gram dagligt. Der blev lagt vægt på størrelsen af tobaksforbruget sammenholdt med oplysningerne om støvudsættelsen og lungelidelsens sværhedsgrad. Det kunne herefter ikke anses for overvejende sandsynligt, at lungelidelsen alene skyldtes tobaksforbruget.

Eksempel:

En skadelidt med en let kronisk bronchitis og et tobaksforbrug på ca. 10 gram dagligt i ca. 10 år fik afvist lidelsen som erhvervssygdom. Der blev lagt vægt på den lette kroniske bronchitis sammenholdt med tobaksforbruget, og at der ikke havde været tale om massiv udsættelse for svejserøg, idet en stor del af svejsningen var foregået udendørs.

Skadelidte kan også privat være udsat for forskellige former for støv. Det vil dog kun i sjældne tilfælde være af en sådan karakter, at der skal tages forbehold.

Udviklingen af kronisk bronchitis skal ses i sammenhæng med såvel den arbejdsmæssige som den private udsættelse for skadelige stoffer. Herunder også den tidsmæssige sammenhæng mellem udsættelsen for skadelige stoffer og udviklingen af sygdommen.

Eksempel:

En skadelidt havde et tobaksforbrug på 5 - 10 gram dagligt gennem ca. 40 år. Lidelsen blev afvist, fordi den med overvejende sandsynlighed måtte tilskrives det betydelige tobaksforbrug. Der var lagt vægt på, at der havde været et mangeårigt tobaksforbrug af vekslende størrelse, uanset at der i perioder havde været rygestop. Hertil kom, at der ikke var den fornødne tidsmæssige sammenhæng mellem den erhvervsmæssige støvudsættelse og udviklingen af lidelsen. Den erhvervsmæssige udsættelse var væsentligst frem til 1975, og lungelidelsen udviklede sig først kraftigt igennem 1980'erne.

3.5. Kronisk bronchitis og Erhvervssygdomsudvalget

Hvis lidelsen er påvist, og skadelidte har været udsat for andre specifikke påvirkninger i støv- eller aerosolform, end dem der er nævnt på fortegnelsen, fx cadmium, mangan eller lignende, skal sagen forelægges styrelsens arbejdsmedicinske (E)- eller medicinske (M)-lægekonsulenter med henblik på eventuel forelæggelse for Erhvervssygdomsudvalget.

Der har været sager for Erhvervssygdomsudvalget, hvor skadelidte har været fx havnearbejder og transporteret bl.a. korn og foderstoffer til skibene og ned i lastrummene. Disse sager er blevet afvist, da der ikke har været tilstrækkelig mange års massiv udsættelse for støv/røg. Udvalget har desuden taget hensyn til tobaksforbruget.

3.6. Godtgørelse og erstatning

3.6.1. Mén

Ved vurderingen af det varige mén tages hensyn til begrænsningen af den fysiske aktivitet som følge af den kroniske bronchitis.

Der er en inddeling i 4 funktionsgrupper, som understøttes med objektive målinger af lungefunktionen, fx ved måling af FEV1. Der henvises til styrelsens méntabel side 33 om lunge- og hjertekarlidelser.

Som det fremgår af § 26, kan der alene ydes erstatning for arbejdsskadens følger.

Hvis der er taget forbehold, skal vægtningen af forbeholdet være i overensstemmelse med bestemmelsen i § 13, hvorefter et varigt mén må anses for at være en følge af arbejdsskaden, medmindre overvejende sandsynlighed taler imod.

Det betyder, at Arbejdsskadestyrelsen skal kunne dokumentere, at en bestemt følgetilstand er forårsaget af andre forhold end den anerkendte arbejdsskade, for at den kan give anledning til fradrag i méngodtgørelsen.

Méngraden fastsættes altid i samarbejde med styrelsens arbejdsmedicinske (E)- eller medicinske (M)-lægekonsulenter.

3.6.2. Erhvervsevnetab

Ved vurderingen af erhvervsevnetabet anvendes Arbejdsskadestyrelsens vejledning om erstatning for tab af erhvervsevne fra oktober 1996.

Arbejdsskadestyrelsen, den 28. februar 2000

Fritz Kaarup

/Karin Holst Jensen

Bilag

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1. Indledning

Kapitel 2. Hvad er astma?

- 2.1. Hvordan stilles diagnosen astma?
- 2.2. Astma på erhvervssygdomsfortegnelsen
 - 2.2.1. Anerkendelse efter fortegnelsens Gruppe C, pkt.5
 - 2.2.2. Anerkendelse efter fortegnelsens Gruppe A
- 2.3. Sammenhængen mellem astma og arbejdet
 - 2.3.1. Allergisk astma
 - 2.3.2. Ikke-allergisk astma
- 2.4. Forbehold/forværring
- 2.5. Astma og Erhvervssygdomsudvalget
- 2.6. Godtgørelse og erstatning
 - 2.6.1. Mén
 - 2.6.2. Erhvervsevnetab

Kapitel 3. Hvad er kronisk bronchitis?

- 3.1. Hvordan stilles diagnosen kronisk bronchitis?
- 3.2. Kronisk bronchitis på erhvervssygdomsfortegnelsen
 - 3.2.1. Anerkendelse efter fortegnelsens Gruppe C, pkt. 7
 - 3.2.2. Anerkendelse efter fortegnelsens Gruppe A, pkt. 14
- 3.3. Sammenhængen mellem kronisk bronchitis og arbejdet
- 3.4. Forbehold/forværring
- 3.5. Kronisk bronchitis og Erhvervssygdomsudvalget
- 3.6. Godtgørelse og erstatning
 - 3.6.1. Mén
 - 3.6.2. Erhvervsevnetab