

Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling

Korte, kliniske instrukser

10. udgave – februar 2024

Indhold

| | |
|---|----|
| Arbejdsmedicinsk journalkoncept, overskrifter | 2 |
| Resumé og konklusion i den arbejdsmedicinske journal | 3 |
| Journalkoncept ved arbejdsmed. vurdering af erhvervsevnen og rådgivning om fremtidigt erhverv | 4 |
| Seniorpension | 7 |
| Rundbordssamtale..... | 8 |
| Gravidjournal | 10 |
| Kroniske nakke- og skuldersmerter | 13 |
| Rotator cuff og bicepssenetendinit | 16 |
| Epicondylitis lateralis og medialis..... | 19 |
| Tendinitis af håndleddets sener | 21 |
| Vibrationslidelser..... | 23 |
| Hånd-arm vibrationssyndrom (HAVS) | 23 |
| Lænderygbesvær | 26 |
| Hofteledsartrose..... | 29 |
| Knæsygdomme | 32 |
| Asbestrelaterede ikke-maligne lungesygdomme | 35 |
| Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) og Kronisk Bronkitis | 39 |
| Indeklimasyntomer/bygningsrelaterede symptomer | 42 |
| Arbejdsbetinget kontakteksem | 44 |
| Patienten med psykiske symptomer | 48 |
| Arbejdsbetinget høreskade | 51 |
| Helbredssamtale ved natarbejde | 54 |
| Rådgivning af gravide der arbejder med kemiske stoffer | 57 |

Arbejdsmedicinsk journalkoncept, overskrifter.

Indledning (inkl. forventningsafstemning)

Allergier

Dispositioner

Opvækst og udvikling (hvis relevant)

Tidligere

Erhvervsanamnese

Arbejdsbeskrivelse

Ekspositioner i fritiden

Sygehistorie

Aktuelt funktionsniveau (hvis relevant)

Øvrige organsystemer

Medicin

Tobak

Alkohol

Sociale forhold

Anmeldestatus

Objektivt

Resumé

Konklusion

Diagnose og diagnosekode

Resumé og konklusion i den arbejdsmedicinske journal

Resumé og konklusion skal være fyldestgørende, men så kort som muligt (tilsammen max. ½ side).

Resumé

Resuméet skrives som en kort opsummering og skal indeholde følgende punkter:

- Patientens alder, køn og profession
- Henvissende instans og henvisningsårsag
- Evt. tolk eller bisidder under journaloptag
- Sammenfatning af eksponeringsvurderingen med de væsentligste arbejdsforhold og relevante risikofaktorer
- Symptomdebut- og forløb samt aktuelle klager
- Aktuelle funktionsevne
- Evt. sygemeldingsstatus i forløbet, både daværende og aktuelle
- Relevante objektive fund
- Relevante parakliniske undersøgelser

Konklusion

Der foretages en begrundet argumentation for årsagsvurderingen herunder den tidsmæssige sammenhæng mellem tidspunktet for symptomdebut og tilstrækkelig eksponering. Evt. inddragelse af videnskabelig evidens eller klinisk erfaringsbaseret evidens. På den baggrund konkluderes endelig stillingtagen til, om man vil foretage anmeldelse af en arbejds-skadesag.

Konklusionen skal omfatte følgende punkter:

- Diagnose
- Ætiognose: stillingtagen til om der er en årsagssammenhæng mellem sygdom og eksponering:
 - Er der kendt sammenhæng mellem eksponering og sygdom?
 - Er der tilstrækkelig eksponering (intensitet og varighed)?
 - Er der en tidsmæssig sammenhæng?
 - Er der konkurrerende faktorer?
- Prognose for sygdom i forhold til fremtidig belastning
- Anbefaling om fremtiden, evt. skånebehov (se evt. instruksen for erhvervsevnevurdering)
- Rådgivning om forebyggelse til patienten/arbejdspladsen/arbejdstilsynet/kommunen
- Plan og indikation for evt. diagnostik
- Stillingtagen til om man foretager anmeldelse
- Angivelse af hvem der skal have tilsendt journalkopi med samtykke fra patienten
- Diagnose på dansk og latin samt diagnosekode

Journalkoncept ved arbejdsmed. vurdering af erhvervsevnen og rådgivning om fremtidigt erhverv

Journaloptagelsen følger overordnet afdelingens almindelige journalinstruks – men uden vægt på årsagssammenhæng. Erhvervsanamnesen er derfor mere overordnet, men med vægt på problemer med at klare seneste job(s).

Indledning

Henvist af egen læge/fagforening for tilstand/lidelse med henblik på ... Patientens forventninger er ...

Allergier

Dispositioner

Tidligere

Uddannelse og erhverv

Uddannelsesniveau, inklusiv særlige udfordringer (fx ordblindhed)

Erhvervsanamnesen beskrives kort i forhold til ansættelser og mere overordnet (fx "altid fuldtidsforsørgende inden for det ufaglærte område som rengøringsassistent frem til oktober 2016" eller "sporadiske kortere ansættelsesforhold med mange ledighedsperioder"). Mindre vægt på tidligere eksponering, og fokus på de seneste ansættelser med uddybning af, hvilke opgaver der giver besvær, hvilke gener, og om sygefravær. Spørg om hvilke tiltag der er gjort på arbejdspladsen i forhold til evt. skånefunktioner, og om leder, TR AMIR eller fagforening er involveret.

Er der foretaget arbejdsprøvning, virksomhedspraktik eller lign. Beskriv hvordan disse er forløbet (timer/uge, opgaver).

Aktuelle sygdom

Debut, forløb, behandlingstiltag og -effekt.

Hvis flere lidelser tages hver enkelt for sig, angivet i rækkefølge med de mest genegivende først.

Aktuel status og funktionsevne

Aktuelle symptomer og påvirkning af funktion – både privat og på arbejde. Er patienten selvhjulpent, kan komme ud af bolig, besvær ved daglige gøremål (klare bad, vaske hår, tage tøj på, købe ind, lave mad, støvsuge, vaske tøj). Spørg til gangfunktionen. Overskud til at deltage i tidligere aktiviteter (faglige, sociale og familiære).

Funktion på arbejdet – er der indført skånetiltag. Hvad forværrer symptomerne, hvilke opgaver kan klares. Mulighed for aflastning eller omplacering.

Øvrige organsystemer

Medicin

Tobak

Alkohol – inklusiv andet misbrug

Social status

Er patienten sygemeldt? Opsagt? Aktuelle forsørgelsesgrundlag. Tjenestemand? Fleksjob?

Efterlønsberettiget? Seniorpension (alder til folkepension)?

Er fagforening eller jobcenter involveret og hvilken kommune. Status for tiltag.

Civilstatus (gift, enlig, netværk). Børn, evt. hjemmeboende. Bolig (etage/trapper hvis gangbesvær).

Hjemmehjælp eller anden hjælp? Motion.

Personlige ressourcer og ønsker for fremtiden

Uddannelse. Særlige kompetencer (fx samarbejdsevner, kurser, kørekort, tillidshverv, anden arbejds erfaring). Netværk. Arbejdsidentitet og motivation til arbejde. Hvad har pt selv af ønsker og overvejelser i forhold til fremtidig jobfunktion.

Objektiv undersøgelse

Generelt indtryk (AT, højde vægt. Psykisk (kontakt, kognitivt). Samt en fokuseret objektiv undersøgelse i forhold til patientens symptomer og lidelse.

Resume

Kort resumé af arbejdsliv og helbredsforhold. Skriv hvis er der tale om en kompleks problemstilling med flere helbredsproblemer (fx både somatisk og psykisk). Evt. sygemelding, skåneforhold i seneste job. Sociale forhold. Hidtidige behandlingstiltag og effekt af disse. Objektive fund.

Konklusion

Diagnoser. Hvordan tilstanden påvirker patientens funktionsevne, både privat og på arbejde.

Hvad er prognosen:

Er tilstanden forbigående? Medfører tilstanden varig eller midlertidig funktionsnedsættelse (med tidsperspektiv). Er der yderligere (ikke afprøvede) behandlings- eller træningsmuligheder, som vil kunne forbedre funktionen.

Hvilke **skånebehov** har patienten – både aktuelt og fremtidige. Skriv hvilke konkrete arbejdsfunktioner patienten ikke kan klare og eksempler på hvilke, patienten godt kan varetage. Tag udgangspunkt i patientens **ressourcer** i forhold til kompetencer, erfaring og ønsker. Det er IKKE vores opgave at udtale os om konkrete løsninger, fx flexjob, men vi kan godt foreslå fx arbejdsprøvning og også anbefale, at en sådan foregår på pt's arbejdsplads, hvis patienten har en sådan.

Hvis relevant, tilbyde at

- Udfærdige brev til rette vedkommende
- Deltage i en rundbordssamtale (se særskilt instruks side 8)

Husk at medtænke følgende:

- Foreslå patienten at medbringe journalen til fagforening eller jobcenter.
- Evt. tage journal med til næste AMED/socialmedicinsk fælleskonference.

Diagnoser

DZ048E Erhvervsevnevurdering

+ relevant icd10-diagnose

SKS-kodning

Ambulant besøg

Ambulant besøg Arbejdsmedicinsk gruppe 1

Ambulant besøg Journaloptagelse

+ én af de følgende:

- Erhvervs gr 1 – kun journal
- Erhvervssevne gr 2 – ved udfærdigelse af brev til rette vedkommende, fremsendelse af LÆ165.
- Erhvervssevne gr 3 – ved deltagelse i rundbordssamtale.

Flowskema for ptt. med behov for hjælp til arbejdsfastholdelse

Pt er i risiko for at miste jobbet (= erhvervsstruet, ex i risiko for fyring og svært ved at finde nyt job pga helbredsmæssig funktionsnedsættelse)



Brug journalinstruks (evt. genindkalde en årsagssammenhængs-patient til en ny erhvervssevnekonsultation). Medtænk ved kons: Behov for at inddrage fagforening el kommunen? Behov for kommunale socialmedicinske tiltag (brug LÆ165). Omfattet af mulighed for seniorpension. Tag journal med på næste socialmed fælleskonf.



Pt tilbydes rundbordssamtale



Pt ønsker ikke



Pt ønsker rundbordssamtale (se instruks)

Tilbydes brev til rette vedkommende.
Foreslå pt at søge støtte - TR, fagforening, kommunen (kommunal vejledning, evt sende LÆ165)



Pt skal forhøre sig hos arbejdsgiver om mulighed – husk arbejdsgiver skal altid med. Det aftales, hvem der deltager og dato. NB! YL skal altid have speciallæge med.



Samtalen afholdes (rundbordssamtaleinstruks). Husk referat i jr. i SP, og anonymiseret kopi på p\



Ved behov: Kontrolsamtale (evt telefon). Evt opfølgende rundbordssamtale

Seniorpension

Krav:

- Max 6 år til folkepensionsalder
- Haft langvarig, mindst 20-25 års, tilknytning til arbejdsmarkedet
- Har en væsentlig og varigt nedsat arbejdsevne. Denne skal vurderes i forhold til, at pt højest vil kunne klare at arbejde 15 timer ugentlig i det job, patienten senest har haft i 12 måneder (hvis patientens seneste ansættelse har været mindre end 1 år, skal vi gå yderligere tilbage i tiden til det seneste job på 12 måneder).

Uddybning. Vores vurdering er en arbejdsmedicinsk vurdering af patientens helbredsmæssige funktionsnedsættelse i forhold til den arbejdsmæssige belastning. Denne skal vurderes i forhold til det seneste job, som patienten har haft i mindst 12 måneder. Vurderingen skal gives ud fra om patienten aktuelt vil kunne klare de jobkrav, som arbejdet kræver, på fuld tid og uden skånehensyn.

Det vil være et lægefagligt skøn, ud fra sygehistorie og funktion, at vurdere patientens arbejdsevne i forhold til de specifikke belastninger på dette specielle arbejde. Til vurderingen skal indgå at patienten også skal have kræfter til at klare privatlivet (købe ind, vaske tøj, have et almindelig socialt liv).

Patienten skal ifølge loven max kunne arbejde sv.t. 3 timer dagligt i seneste job.

- Seniorpension er ikke betinget af en aktuel tilknytning til arbejdsmarkedet.
- Tilkendelse af seniorpension skal ikke forelægges rehabiliteringsteamet, og arbejdsevnen skal ikke vurderes i forhold til andre jobtyper.
- Det er Seniorpensionsenheden i ATP, der træffer afgørelse om tilkendelse eller afslag på seniorpension. Patienten skal selv ansøge, fagforeningen vil kunne bistå. Patienten skal medbringe vores journal.

NB Reglerne for tilkendelse af seniorpension er aktuelt under revision ((oktober 2023) og kan blive betydeligt ændrede.

Kort klinisk instruks: Journalkoncept ved fastholdelse og erhvervsevnevurdering. Seniorpension.

Forfatter: Marianne Borritz

Dato: September 2020

Revision: Oktober 2023 (jft)

Rundbordssamtale

Vi kan som led i rådgivningen vedr. fremtidigt erhverv tilbyde at deltage i en rundbordssamtale på arbejdspladsen.

Patienten skal forud for en rundbordssamtale formidle om denne mulighed til arbejdsgiver. Det er fortrinsvist patienten eller sagsbehandler fra kommunen eller fagforeningen, der koordinerer tidspunkt for mødet.

Ved en rundbordssamtale deltager vi sammen med vores patient, arbejdsleder, og eventuelt sagsbehandler fra kommunen (Jobcenter). Der kan desuden være andre relevante deltagere som TR, AMIR, HR, fagforening.

Husk at vi er inviterede gæster på arbejdspladsen.

Uddannelseslæger skal altid have vejleder med til rundbordssamtale.

Vigtigt forud for mødet

Tavshedspligt. Aftal forud for mødet med patient, hvad du som læge må oplyse om og hvad pt ikke ønsker, arbejdspladsen bliver oplyst i forhold til helbredsforholdene.

Aftal med patient, om pt selv eller lægen fremlægger situationen.

Det er en god idé lige at mødes med patienten fx 15 minutter før mødet.

Det er oftest nemmest, hvis der er åbenhed om årsag til fravær. Hvis pt selv har konstruktive forslag til fx omplacering, er det godt at vide forud for mødet.

Når man aftaler rundbordssamtale hjemmebesøg med en patient, skal man have tiden booket i sin SP-kalender. Skriv en InBasket-besked til sekretærpuljen mhp bookning af besøget (240 min).

På mødet

Vi er gæst(er) på arbejdspladsen, men kan, og forventes oftest, at spille en central rolle i forhold til formålet med mødet. Formelt er det arbejdsgiver der er vært og mødeleder ved mødet, men ofte vil lægen spille en vigtig rolle i forhold til at komme igennem relevante punkter og sikre fælles forståelse for eventuelle aftaler.

Som læger skal vi holde os til det rent lægefaglige. Vi kan, forudsat patientens tilladelse, orientere kort om den helbredsmæssige problemstilling. Vores fokus bør være på muligheder for tilbagevenden og tidsperspektiv for dette, samt at medvirke til at fastholdelse sker under hensyn til givne skånehensyn.

Lægen er en vigtig faglig og professionel sparringspartner i forhold til oplysninger om skånehensyn. Vi kan i bedste fald facilitere, men ikke bestemme eller kræve, at der indgås en aftale i forhold til fastholdelse.

Vi kan som læger pege på muligheder, eller eventuelle andre jobfunktioner, som kan være mulige på den pågældende arbejdsplads og som patienten vil kunne udføre. Lægen kan – som ved ethvert andet arbejdspladsbesøg – konkret vurdere de forskellige arbejdsfunktioner på arbejdspladsen i forhold til patientens skånehensyn. Og rådgive konkret i forhold til, hvad patienten kan klare varetage og hvad han/hun bør skånes for.

Hvis sagsbehandler fra Jobcentret er til stede, vil denne kunne oplyse om muligheder for tilskud (§56-aftale, dokumentation i forhold til sociale kapitler (til fastholdelsesfleksjob), ydelser i forhold til indretning som specialstol, personlig assistent o.a.).

Hvis patienten er erhvervstruet, kan det derfor være en fordel, hvis sagsbehandler deltager i mødet, da sagsbehandler kan præcisere krav til dokumentation til f.eks. et fastholdelsesfleksjob. Sagsbehandleren kan komme fra sygedagpengekontoet (hvis pt er sygemeldt) eller være en såkaldt fastholdelseskonsulent (hvis pt er i risiko for at miste jobbet ved sygemelding).

Efter mødet

Referat af rundbordssamtalen dikteres/skrives i patientjournalen – husk at anføre hvem der var til stede, hvad der besluttedes, samt dato for evt. opfølgning.

Gravidjournal

Kort fokuseret journal med vægt på den aktuelle eksponering. Dikteres og skrives samme dag og konfereres på først forekommende lægekonference.

Efter rådføring med vejleder lægges den endelige journal lægges på P-drevet under gravidjournaler.

Indhold i journalen:

| | |
|---------------------------|--|
| Indledning | Alder, Nummer graviditet, graviditetsuge, arbejde, henviser og årsag |
| Allergier | |
| Dispositioner | Arvelige sygdomme (både hos patienten og barnefaderen) |
| Tidligere | Beskrivelse af evt. tidligere graviditet - normalt eller problematisk forløb, tidligere aborter Alder på ældre børn + om de er raske Somatiske/kirurgiske lidelser med betydning for graviditeten (f.eks.. DM) |
| Arbejdsbeskrivelse | Navn og adresse (evt. afdeling) på <u>aktuelle</u> ansættelsessted Stilling, ansættelsesvarighed og ugentlige timetal |

Fareidentifikation

Beskrivelse af arbejdsfunktioner, særligt fokus på om der er:

- *Fysiske eksponeringer* (f.eks.. ioniserende stråling, stød/spark, støj, helkropsvibrationer, ikke-ioniserende stråling, MR-scanning)
- *Ergonomiske eksponeringer* (stående/gående arbejde, tunge løft, skub/træk)
- *Vagtarbejde (nattevagter), lang arbejdstid*
- *Kemiske eksponeringer* (se særskilt kort klinisk instruks om rådgivning af gravide, der arbejder med kemi)
- *Biologiske eksponeringer* (f.eks. Toxoplasmose, Parvovirus, Varicella, Rubella, CMV)

Der er aktuelt ikke overbevisende dokumentation for, at psykosociale arbejdsbelastninger medfører øget risiko for negativt graviditets udfald.

Farekarakterisering

Viden om sammenhæng mellem de identificerede eksponeringer og negative graviditets udfald

Dosis-respons, tærskelværdier mv. (opslag i databaser)

Eksponeringsbeskrivelse

For hver identificeret relevant eksponering beskrives hvor ofte, hvor meget og hvordan den gravide udsættes, risiko for spild/fald, evt. målinger

Beskrivelse af omgivelserne (ventilation, udsug, snæver plads) og brug af værnemidler

Har arbejdspladsen en Graviditetspolitik? Har den gravide været i dialog med sin leder? Bliver der taget hensyn? Er der lavet en Gravid-APV (arbejdspladsvurdering)?

Aktuelt Graviditetsuge (evt. dato for sidste menstruation)
Evt. Fertilitetsbehandling
Evt. symptomer/gener/komplikationer i forbindelse med graviditeten

Tobak, Alkohol, Medicin

Socialt Forhold til barnefader (gift, samlevende, enlig), faderens erhverv

Sammenfatning og konklusion *Fareidentifikationen, Farekarakteriseringen og Eksponeringsbeskrivelsen* samles og på baggrund heraf udformes en *risikovurdering*.

Der tages stilling til, om patienten kan forblive i sit arbejde og under hvilke forudsætninger. Er arbejdet:

- OK (ufarlig) uden begrænsninger
- OK (ufarlig) hvis eksponeringen kan begrænses ved f.eks. brug af værnemidler
- Reproduktionsskadelig eksponering, vil kræve omplacering, hvis patienten skal forsætte i arbejdet (alternativt delvis eller hel fraværsmelding pga. arbejdets karakter)
- OK i reproduktionsmæssig henseende, men arbejdet medfører en risiko for patienten generelt, og derfor gives almene råd om sygdomsforebyggelse. (f.eks. risiko for håndeksem eller allergi)

Hvilke hensyn er/kan blive nødvendige for at undgå at patienten bliver fraværsmeldt pga. graviditetskomplikationer (f.eks. flere pauser, kortere vagter/ingen vagter)?

I den endelige konklusion tages udover risikovurderingen stilling til den gravides sårbarhed (andre kroniske sygdomme, langvarig barnløshed, mv.).

Anbefalingerne i journalen (f.eks. en kopi af konklusionen) skrives evt. i et brev til "rette vedkommende" som sendes til patienten, der kan aflevere det til arbejdsgiver.

Ved fraværsmelding er det egen læge, der udfylder UD 235, når arbejdsgiver har anmodet Udbetaling Danmark om refusion.

Vær opmærksom på at der kan være behov for opfølgning ved særligt sårbare gravide.

Diagnose DZ100A Arbejdsmedicinsk rådgivning af gravid

Kilder:

- Arbejdstilsynets vejledning for gravide og ammende A.1.8-5 opdateret 2023.
- <https://gravidmedjob.dk/> (samarbejde mellem de forskellige branchefællesskaber for arbejdsmiljø (BFA)).
- ARMONI-instruks: Rådgivning af gravide (2021).
- P-drevet: P:\BFH\AMED\1 Afdelingsadministration og organisation\4 Instrukser\Lægeinstrukser\Gravide

Kort klinisk instruks: Gravidjournal
Forfatter: Luise Mølenberg Begtrup
Dato: 15. december 2017
Revision September 2023 (Luise)

Kroniske nakke- og skuldersmerter

| | |
|----------------------|--|
| Definition | <p><i>Cervicobrachialt syndrom/Cervicobrachialgi:</i> En kronisk smertetilstand udgående fra bløddelene i nakke-skulderåget med eller uden udstråling af smerter til den ene eller begge arme. Varighed over 6 måneder. Samt udelukkelse af andre årsager til smerterne. Diagnosen er ikke veldefineret.</p> |
| Diagnosekode | Cervikobrakialt syndrom (DM531) |
| Eksposering, arbejde | <p>For hver relevant ansættelse skal følgende beskrives:</p> <ul style="list-style-type: none">- Repetitive skulderbevægelser (>15 skulderbevægelser/minut)- Nakkebøjning eller statisk belastning af nakke-skulderågets muskulatur- Kraftfulde bevægelser i skulder/overarm <p><i>Skulderbevægelser:</i> Antal år i et bestemt fag, arbejdsopgaver, arbejdstempo: Cyklustid og antal håndteringer inden for hver cyklus. Et skøn over antal skulderbevægelser pr. minut og denne eksponerings daglige udstrækning. <i>Arbejdsstillinger:</i> Gerne vist af patienten i konsultationen. Vurdering af hvor længe der arbejdes med armene udad/opadført over 45 grader og med nakken foroverbøjet.</p> <p>Det ses hyppigst blandt:</p> <ul style="list-style-type: none">- Industrisyersker, montagearbejde, slagtere, i fiskeindustrien og ved rengøringsarbejde |
| Eksposering, fritid | Lignende belastninger |
| Individuel sårbarhed | Køn (kvinde), tidligere nakke-skuldersmerter, stresstilstande og/eller dårligt mentalt helbred. |
| Symptomer | <ul style="list-style-type: none">- Daglige, konstante smerter i nakke- og skulderåget- Diffuse, brændende, sviende og oftest bilaterale smerter i nakke og skulderbue- Eventuelt problemer med at bevæge nakken- Ledsagende diffus bilateral hovedpine og træthed- Kan i nogle tilfælde føre til diffus udstråling- Påvirket daglig funktion- Tidsmæssig sammenhæng af smertedebut og eksposering |

| | Objektiv undersøgelse | Kliniske fund |
|--------------------------|--|--|
| Cervikal Columna | | |
| Inspektion | Synligt smertepåvirket, besværet af- og påklædning, kropsholdning, deformitet, skulder symmetri, atrofi | +/-* |
| Palpation | Moderat til betydelig ømhed i flere af nakke-skulderågets 12 muskelområder. Konsistensøgning af muskulaturen. | + +/-* |
| Bevægelighed | Bevægelighed i samtlige planer i nakken | +/-* |
| Neurologisk undersøgelse | Foramen kompressionstest OE: Sensibilitet, reflekser, kraft | Ved diskusprolaps evt. nedsat kraft, sensibilitet eller påvirket reflekser |
| Skulder | Udeluk specifikke lidelser såsom rotator cuff-syndrom eller andre specifikke skulderlidelser | |

*Fundet kan både være til stede og ikke til stede, ikke et krav for diagnosen

| | |
|------------------------------------|---|
| Differentialdiagnose | Cervical diskusprolaps, udbredt osteoartrose, simple myoser, polymyalgi |
| Paraklinisk udredning | Almindeligvis ikke indikation for røntgen, CT eller MR, men ved differential diagnostiske overvejelser, da almindeligvis henvisning til egen læge. |
| Behandling | <i>Nakkesmerter generelt:</i> Træning og udspænding af nakkemusculatur, evt. kortvarig NSAID-kur |
| Erhvervsvejledning og forebyggelse | Tilstanden har et svingende forløb. Fysisk aktivitet og træning med opbygning af muskel-senefunktion er væsentlig. Tilpasning af arbejdet i perioder med udtalte smerter er at foretrække fremfor sygemelding, når det er muligt afhængigt af arbejdets karakter og smerternes intensitet. Videreuddannelse kan være indiceret ved svære vedvarende smerter i situationer med udpræget ensidigt og gentaget arbejde. |

Arbejdsmarkedets Erhvervs sikring, Kroniske nakke-skulder-smerter

Hurtigt gentagne bevægelser i skulder/overarm, eventuelt i kombination med nakkebøjning og/eller statisk belastning af nakke-skulderåget, i en længere årrække.

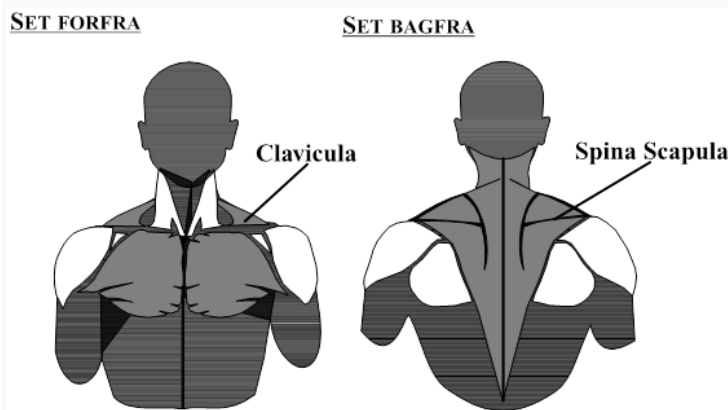
Som udgangspunkt skal der være udført relevant nakke-skulderbelastende arbejde i:

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

Hvis der har fundet en særlig nakke-skulderbelastende påvirkning sted, vil kravet til belastningens tidsmæssige udstrækning (antal timer/måneder/år) kunne nedsættes, dog ikke til under 6 år.

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

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



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

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

Link til flere/uddybende oplysninger: <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2015/10540>
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/arbejdsmedicin/arbejdsrelaterede-sygdomme/nakke-skulderygdomme/nakke-skulderygdomme-arbejdsbetingede/>
<https://dasam.dk/wp-content/uploads/2019/12/Kroniske-nakke-skulder-smerter-M53-1.pdf>

Kort klinisk instruks: Kroniske nakke- og skulderygdomme
Forfatter: Kamilla Møller Gundersen/Charlotte Brauer
Dato: 27.01.2023

Rotator cuff og bicepssenetendinit

| | | | | | | | | | |
|------------------------------|---|--------------|--|------------------------------|-------------------------------------|--------------------|--|--------------------|--------------------------------------|
| Definition | Smertetilstand fra øvre del af skulderens rotatorcuff, bursae eller bicepssene. Partiel eller total læsion af senerne og/eller tendinit/tendinose og/eller impingement. | | | | | | | | |
| | <table> <tr> <td>Rotatorcuff:</td> <td>Ledkapsel + M. supraspinatus: elevation M. infraspinatus, teres minor: udadrotation M. subscapularis: indadrotation</td> </tr> <tr> <td>Bicepssenen:</td> <td>Det lange hoved af bicepssenen</td> </tr> </table> | Rotatorcuff: | Ledkapsel + M. supraspinatus: elevation M. infraspinatus, teres minor: udadrotation M. subscapularis: indadrotation | Bicepssenen: | Det lange hoved af bicepssenen | | | | |
| Rotatorcuff: | Ledkapsel + M. supraspinatus: elevation M. infraspinatus, teres minor: udadrotation M. subscapularis: indadrotation | | | | | | | | |
| Bicepssenen: | Det lange hoved af bicepssenen | | | | | | | | |
| Diagnosekoder | Rotator cuff-syndrom (DM751) Bicepstendinitis (DM752) Afklemsyndrom i skulder (DM754) | | | | | | | | |
| Eksposering, arbejde | For hver relevant ansættelse + både højre og venstre skulder <table> <tr> <td><i>Kraft</i></td> <td>(fx vægt af værktøj, kraft ved bevægelse)</td> </tr> <tr> <td><i>Repetitive bevægelser</i></td> <td>Hyppighed og tidsmæssig udstrækning</td> </tr> <tr> <td><i>Ledstilling</i></td> <td>Stilling og variation. Rækkeafstand. Tid med arm løftet.</td> </tr> <tr> <td><i>Kombination</i></td> <td>Af kraft, repetition og ledstilling.</td> </tr> </table> | <i>Kraft</i> | (fx vægt af værktøj, kraft ved bevægelse) | <i>Repetitive bevægelser</i> | Hyppighed og tidsmæssig udstrækning | <i>Ledstilling</i> | Stilling og variation. Rækkeafstand. Tid med arm løftet. | <i>Kombination</i> | Af kraft, repetition og ledstilling. |
| <i>Kraft</i> | (fx vægt af værktøj, kraft ved bevægelse) | | | | | | | | |
| <i>Repetitive bevægelser</i> | Hyppighed og tidsmæssig udstrækning | | | | | | | | |
| <i>Ledstilling</i> | Stilling og variation. Rækkeafstand. Tid med arm løftet. | | | | | | | | |
| <i>Kombination</i> | Af kraft, repetition og ledstilling. | | | | | | | | |
| Eksposering, hjemme | Sport, traumer | | | | | | | | |
| Sygehistorie | Debuttidspunkt Smarter: Fortil/lateralt, ved løft af arm, brug af kraft og/eller udadrot., natlige Bevægeindskrænking Forværende og lindrende bevægelser/stillinger/aktivitet Påvirkning og tidsmæssig sammenhæng Hånddominans Paraklinik og effekt af behandling Funktionsniveau | | | | | | | | |

| | Objektiv undersøgelse | Kliniske fund |
|--------------|--|--------------------|
| Inspektion | Skulderkonturer (6 S'er: Skin, Scars, Swelling, Size, Symmetry, Scapula) | ÷+ muskulær atrofi |
| Palpation | Fokus på tub. majus, sulcus, AC-led. | ÷+ ømhed forside |
| Bevægelighed | Aktiv og passiv bevægelighed, obs! udadrotation | Positiv smertebue |
| | Impingement af supraspinatussenen (Hawkins test /Neers test) | + ved impingement |

| | | |
|----------------------|---|-----------------------------|
| | Abduktion mod modstand (indirekte ømhed), supraspinatus | + ved rotator cuff syndrom |
| | Cross-over test | ÷ (+ ved AC-ledsartrose) |
| | Yergason's test | + ved bicepssetendinit |
| | Empty can test (Jobe) | + ved supraspinatustendinit |
| Kraft | Bilat. kraft | ÷+ nedsat kraft |
| Tilstødende regioner | | |

| | |
|-----------------------|--|
| Udredningsplan | Overvej røntgen, UL, MR-skanning. Evt. reumatolog eller ort.kir. |
| Differentialdiagnose | AC-leds artrose (smerter ved fjedring af clavícula, positiv cross over test), humero-scapulær artrose (nedsat bevægelighed og skurren), frossen skulder (nedsat bevægelighed i alle retninger både aktivt og passivt, særligt udadrotation), cervikobrakialt syndrom, cervikal prolaps |
| Forløb og prognose | Træning vs. kirurgi: Ingen forskel i smerte og funktion ved rotator cuff/impingement. Først forsøges træning. |
| Erhvervsevnevurdering | |

- Undgå ensidigt arbejde
- Tag pauser
- Udfør øvelser efter instruktion fra læge eller fysioterapeut

Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, rotator cuff og bicepssenetendinitis

På fortegnelsen: C.5.1 Rotatorcuff syndrom/impingement

Objektive fund

Palpationsømhed

+ Min. 1 af følgende:

- Atrofi
- Nedsat bevægelighed
- Smerter ved bevægelse mod modstand (indirekte smerter i skulderen for mindst én af de fire sener eller bicepssenen)
- Positiv impingementtest
- Positiv smertebue
- Manglende funktion af mindst én de fire rotatorcuff sener

Påvirkning

Én af følgende: repetitiv og kraftfulde bevægelser evt. i akavede stillinger eller statisk løft af overarmen

Kombineret belastning

1. Repetitive skulderbevægelser
 - Ensidigt gentagne bevægelser i skulderleddet indtil flere gange i minuttet
2. Kraftfulde bevægelser
 - Mere end blot at løfte og dreje armen
 - Skub, træk eller løft og vrid
 - Yder genstanden modstand?
3. Akavede arbejdsstillinger (=afvigelse fra normalstilling)
 - Lang rækkeafstand
 - Løftet arm særligt over 60 grader
 - Vrid i skulderled
 - Lav cyklustid (=hvor længe løftet i forhold til sænket)

Statisk løft af overarmen

- Statisk løft af overarm til ≥ 60 grader
- NB! Gælder ikke ved gentagne hæve/sænkebevægelser

Omfang i tid

3-4 timer dagligt

Oftest gennem måneder

Kort klinisk instruks: Rotator cuff syndrom

Forfatter: Stinna Skaaby

Dato: 22. marts 2016

Revision: september 2023, Jonathan

Epicondylitis lateralis og medialis

| | |
|----------------------|---|
| Definition | <i>Lateral epikondylitis (tennisalbue) og medial epikondylitis (golfalbue):</i> Smerter fra underarmens seneudspring fra laterale (ekstensorer) eller mediale (fleksorer) epikondyl i albueled. Formentlig degenerativ fremfor inflammatorisk proces. |
| Diagnosekoder | Epicondylitis lateralis (DM771), Epicondylitis medialis (DM770) |
| Eksposering, arbejde | Ansættelser med hånd-arm belastende arbejde de sidste 5 år (særligt året op til debut). Beskriv for højre og venstre side: <ol style="list-style-type: none"> <i>Kraftfulde og repetitive bevægelser:</i> Hyppighed, varighed og vægt <i>Ledstilling:</i> Stilling og variation, husk yderstillinger i håndled <i>Statisk belastning:</i> f.eks. ved brug af værktøj <i>Kombinationer af ovenstående især</i> <p>NB! Uvante opgaver, tidspres, manglende pauser</p> |
| Eksposering, fritid | Lignende belastninger ved fritidsaktiviteter. Idræt. Havearbejde. |
| Individuel sårbarhed | Traumer. Tidligere albuefraktur. Tidligere lignende tilfælde. |
| Symptomer | Murren eller smerter ofte med udstråling til underarm. Belastningsrelaterede og evt. natlige smerter. NB! Symptomdebut og relation til belastning. |

| | Objektiv undersøgelse | Kliniske fund |
|----------------------|---|---|
| Inspektion | Hvordan holdes arm, gestikulationer Hævelse, rødme Muskelatrofi | +/- +/- |
| Palpation | Ømhed på eller lige distalt for lat./med. epikondyl Indirekte ømhed (isometrisk test med <u>strakt albue og åben hånd</u>): A) Ekstension+ radial deviation af håndled mod modstand B) Fleksion af håndled mod modstand | + + smerter ved lat. epi. + smerter ved med. epi. |
| Bevægelighed | Normal bevægelighed | +/- smerter |
| Kraft, neurologi | Bilat. kraft, sens, reflekser | evt. ↓ kraft pga. smerter |
| Tilstødende regioner | Nakke, skulder, håndled, hånd | I.a. |

Fed sort: diagnostisk kriterie

NB! Husk hånddominans

| | |
|-----------------------|---|
| Paraklinisk udredning | Kun ved mistanke om anden lidelse |
| Differentialdiagnose | Lateral epikondylit: Indeklemning af n. radialis, C7 prolaps, pronator teres syndrom (indeklemning af n. medianus ud for pronator teres) Mediale epikondylit: indeklemning af n. ulnaris Øvrig: Artrit |
| Behandling | Der findes utallige men ingen rigtig gode behandlinger. Evt. fysioterapi mhp. excentrisk træning. Remitterer ofte spontant efter 3-12 måneder. |
| Erhvervsevnevurdering | Ingen dokumentation for, at total aflastning eller længerevarende sygemelding hjælper. Reduktion eller ændring af uhensigtsmæssig belastning vejledt af symptomer (ændring af arbejdsfunktion, rotation, omplacering. Sidste udvej evt. jobskifte) |

Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, medial og lateral epikondylitis

Anerkendelseskriterier:

- 1) Symptomer: Smerter og ømhed på epikondyl, belastningsrelaterede smerter.
- 2) Diagnose: Direkte og indirekte ømhed af epikondyl.
- 3) Påvirkninger
 - a. Kraftfuldt og repetitive bevægelser (flere gange pr. min.)
 - b. Kraftfulde bevægelser i akavede stillinger (vrid og drejebbevægelser, yderstillinger)
 - c. Kraftfuldt, statisk arbejde

Min. 3-4 timer dgl.
- 4) Konkurrerende faktorer: artrose eller reumatoid artrit i albuen, følger efter fraktur, bindevævssygdomme, degenerative forandringer eller prolaps i cervikal columna med udstråling, osteochondritis dissicans, radiale tunnelsyndrom.

Tendinitis af håndleddets sener

| | |
|--|--|
| Definition | <i>Tendinitis, tendovaginitis eller peritendinitis</i> : smerter fra håndleddets sener, seneskeder og seneskedehinder |
| Diagnosekoder | Synovitis eller tenosynovitis UNS (DM659) de Quervain's syndrom (DM654) |
| Eksposering, arbejde | <p>Ansættelser med håndledsbelastende arbejde (særligt året/perioden op til debut). Beskriv for højre og venstre side for hånd og fingre:</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Repetitive bevægelser</i>: hyppighed, varighed, cyklustid, antal håndterede emner <i>Kraftfulde bevægelser</i>: vægt, brug af håndværktøj, kraftkrævende procedurer (også statiske), pincetgreb, pistolgreb (fx sprøjtemaling) <i>Håndledsstilling</i>: ulnar/radial deviation, fleksion/ekstension, vride-drejebevægelser <i>Kombinationer af belastninger</i> <p>Eksempler på fag, funktioner med håndledsbelastende arbejde: slagteriarbejdere, fiskeindustri, rengøringsarbejde, montagearbejde, pakkearbejde, industrisyersker, bygningsmalere, klippe grene/gran, højtryksspuling.</p> |
| Eksposering, fritid | Lignende belastninger ved fritidsaktiviteter. |
| Individuel sårbarhed og andre faktorer | DM, RA, tidligere håndledsbrud eller andet større håndledstraume. Tidligere tendinit. |
| Symptomer | Symptomdebut i relation til arbejdsopgaver. Smerter i afgrænset område i håndleddet som forværres ved brug af hånden og aftager/forsvinder i hvile. Evt. hævelse, rødme, varme og krepitation i akut fase. Lokaliseret til ekstensorsener (dorsale håndled), fleksorsener (palmare håndled) eller 1. kulisse (de Quervain). Funktionsbegrænsninger, beskriv. |

| | Objektiv undersøgelse | Kliniske fund |
|------------|---|--------------------------------------|
| Generelt | Gestikulation Anfør hånddominans Kropsbygning | Nedsat - Muskuløs, spinkel?+/- |
| Inspektion | Hævelse, rødme | + |
| Palpation | Ømhed af dorsale/palmare håndled Krepitation | +/- |

| | | |
|----------------------|---|---|
| | Indirekte ømhed (isometrisk test): Ekstension mod modstand Fleksion mod modstand Finkelstein's test | + (ekstensortendinit) + (fleksortendinit) + (de Quervain) |
| Bevægelighed | Håndled, fingre | +/- smerter, evt. indskrænket |
| Kraft | Bilat. kraft over håndled | Evt. nedsat pga smerter |
| Tilstødende regioner | Albue | I.a. |

Differentialdiagnoser Artrose, arthritis (spørg til ledsagesymptomer)

Paraklinisk udredning Kun ved mistanke om anden lidelse.

Behandling Ro og aflastning i akut fase, evt. NSAID. Ved vedvarende smerter fysioterapi, evt. steroidinjektion. Evt. brug af skinne i den akutte fase.

Erhvervsevnevurdering og rådgivning

I den akutte fase ofte nødvendigt med pause fra manuelt arbejde. Nogle har tendens til recidiv. Afveksling i opgaver vil forebygge recidiv. Kraftfuldt og repetitivt arbejde skal reduceres i en periode ved en tilpasning på arbejdspladsen, evt. midlertidig flytning til anden funktion. Dialog med og evt. rundbordsamtale på arbejdspladsen kan være indiceret. Pt. kan genoptage sædvanlige funktioner i det omfang, smerterne tillader det. Hvis der er tale om meget belastende funktioner, kan kontakt til Arbejdstilsynet være indiceret.

Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, tendinitis af håndleddets sener

Anerkendelseskriterier:

- 1) Symptomer: smerter, ømhed, evt. varme, hævelse og rødme i det angrebne område
- 2) Objektivt: Direkte og indirekte ømhed
- 3) Påvirkninger:
 - a. Kraftfulde og repetitive bevægelser
 - b. Akavede arbejdsstillinger (= afvigelse fra normalstilling)

Min. 3-4 timer dgl.

- 4) God tidsmæssig sammenhæng
- 5) Konkurrerende faktorer: artrose eller reumatoid artrit i fingre og /eller håndled, alderssvarende degenerative forandringer i sene og muskler, følger efter håndledsbrud, systemiske sygdomme (f.eks. diabetes)

Vibrationslidelser

Hånd-arm vibrationssyndrom (HAVS)

Definition *Hvide fingre* (Mb. Raynaud): Kuldeudløste anfald, hvor dele af eller hele fingre bliver ligblege
Karpaltunnelsyndrom (KTS): Affektion af n. medianus i karpaltunnelen
Perifer neuropati: Sensorisk og/eller motorisk affektion af alle tre håndnerver
Artrose i hånden og albuer: Sjældent forekommende og ringe evidens, beskrives ikke nærmere her

Eksposering, arbejde

For hver relevant ansættelse redegøres for arbejdsopgaver med brug af hånd-armvibrerende værktøj:

Beskrivelse af vibrationskilde:

- Type af værktøj/værktøjer med navn og fabrikat
- Accelerationsniveau
 - o Find datablad med oplysninger
 - o Opslag i databaser: <https://www.vibration.db.umu.se/app/>, [Italiensk database](#), <https://www.hse.gov.uk/vibration/hav/vibrationcalc.htm>
 - o Opslag i AES tabel (se AES vejledning)
- Hvilken hånd på hvilket greb
- Varighed i antal effektive timer per dag og antal år
- Brug af vibrationsdæmpende handsker?
- Nyt/gammelt værktøj, vedligeholdt værktøj?

- KTS kan også forårsages af direkte tryk på medianusnerven, kraftfuldt og repetitivt arbejde og som følge af tendovaginitis

Eksposering, fritid

Der vil sjældent være relevant fritidseksposering

Individuel sårbarhed, anden ætiologi

Hvide fingre: Arvelig disposition. Sekundær Raynaud ses som følge af håndtraumer, bindevævssygdomme (særligt sclerodermi), generaliseret arteriosclerose, polycytæmi, behandling med ergotamin, betablokkere, andre karkontraherende midler (alkaloïder).
KTS: Arvelig disposition, køn (hyppigst hos kvinder), overvægt, graviditet. Følger efter fraktur eller tendinit, thyreoidealidelse, DM.
Neuropati: Væsentligste anden ætiologi er alkoholisme, diabetes, B12-vitaminmangel

Symptomer

Hvide fingre:

- Debut af kuldeudløste anfald af ligblege fingersegmenter med skarp demarkation.
- Angiv hvilke fingre og fingerstykker, der er afficeret

- Almindeligvis *ikke* affektion af 1. finger
- Hyppighed af anfald, anfaldsvarighed
- Årstidsvariation
- Provokerende faktorer
- NB! Affektion af tæer?

Karpaltunnelsyndrom:

- Debut af snurren, prikken, sovende fornemmelse i den medianus-innerverede del af hånden (de radiale 3½ fingre), nedsat kraft i mm. abductor pollicis brevis, opponens pollicis, radiale del af flexor pollicis brevis og lumbricalerne til 2. og 3. finger.
- Typisk natlige symptomer.

Neuropati:

- Debut af paræstesier, smerter, nedsat følesans, påvirket motorik, kraft.
- NB! Affektion af fødder?

Objektiv undersøgelse

| | Objektiv undersøgelse | Kliniske fund (hvide fingre, KTS, neuropati) |
|-----------------|---|---|
| Generelt | Højde, vægt, BT begge arme | Normalt |
| Stetoskopi | Hjerte, lunger | Normal |
| Arme | Dybe reflekser | Normale |
| Hånd og håndled | Ulnar og radial puls | Normale |
| | Trofik, farve, temperatur Sensibilitet | Sårdannelse +/- (hvide fingre) Nedsat +/- (KTS, neuropati) |
| | Kraft (opponens og abduktion af tommel) | Nedsat +/- (KTS, neuropati) |
| | Tinel's og Phalen's test Kapillærrespons | +/- (KTS) Normalt |

Differentialdiagnoser

Hvide fingre: Primær Mb. Raynaud ses hyppigt og hyppigst hos kvinder, se i øvrigt under individuel sårbarhed.
KTS: Anden perifer navelidelse. Central genese (fx diskusprolaps). Muskulær genese.
Neuropati: Anden perifer eller central navelidelse.

Paraklinisk udredning

Hvide fingre: Fotodokumentation af anfald (ansigt og arm medfotograferet), termografisk undersøgelse (klin.fys., Herlev hospital), blodprøver (blodprøvepakke Mb. Raynaud).

KTS: Nerveledningsundersøgelse og EMG. Blodprøver (blodprøvepakke KTS)
Hvis det kliniske billede klart peger på KTS, er det ikke et krav fra AES, at der foreligger nerveledningsundersøgelse og EMG.

Neuropati: Nerveledningsundersøgelse og EMG. Blodprøver (blodprøvepakke neuropati).

Behandling

Hvide fingre: Ingen dokumentation for effekt af medicinsk behandling, fx calciumblokkere. Tobaksophør.

KTS: Kan opereres men KTS som følge af vibrationer har ikke så god effekt af operation som KTS i øvrigt.

Neuropati: Kan ikke behandles

Erhvervsevnevurdering og rådgivning

Der skal rådes til ophør med brug af vibrerende håndværktøj, i hvert fald betragtelig reduktion. Brug af vibrationsdæmpende handsker har ikke dokumenteret forebyggende effekt. Regelmæssig vedligeholdelse og udskiftning af gamle værktøjer er vigtig. Kan være en vanskelig situation for pt. Ofte god ide med kontroltid til opfølgende samtale om eksponeringsreduktion. Tilstanden kan i visse tilfælde regrediere men vil trods eksponeringsophør ofte være stationær.

Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, vibrationslidelser

Kriterierne fremgår af nedenstående skema (fra Arbejdsskadestyrelsens vejledning om erhvervssygdomme)

Der skal være god tidsmæssig sammenhæng mellem udsættelse og symptomdebut. Pauser har ikke betydning for opgørelse af eksponeringsperiode. Anerkendelseskriterier for hvide fingre, karpaltunnelsyndrom og neuropati er de samme.

Særligt for anerkendelse af slidgigt i hånd- og albueled gælder, at der har været udsættelse i mindst 20 år med stærkt vibrerende håndværktøj.

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

Lænderygbesvær

| | |
|----------------------|---|
| Definition | <p><i>Lænderygsmarter:</i> Smerter, muskelspænding eller stivhed uden erkendt underliggende patologi sv.t. lumbale del af columna, med eller uden udstråling til benene.</p> <p><i>Lumbal diskusprolaps:</i> Prolaps med eller uden lumbal nerverodsaffektion.</p> |
| Diagnosekoder | Lændesmerter med ischias DM544, Lændesmerter UNS DM545, Lumbal diskusprolaps UNS med radikulopati DM511F, Anden form for torakolumbal diskusprolaps DM512. |
| Eksposering, arbejde | <p>For hver relevant ansættelse:</p> <ul style="list-style-type: none">- Gennemsnitlig daglig løftemængde (tons/dag) inkl. størrelse af enkeltløft- Antal år med denne belastning (afstemt med eventuelle ATP-oplysninger)- Belastningsfaktorer (løft over skulderhøjde, foroverbøjet stilling, vrid i lænden, rækkeafstande (mere end ½ arms afstand fra kroppen), hyppighed af løft)- Evt. Særligt tunge løft, antallet af disse- Ikke-rygbelastende arbejdsopgaver – herunder tidsforbruget på det- Helkropsvibrationer (maskintype, affjedring, underlag, dagligt gennemsnit med accelerationsniveau (opslag i database), antal år)- Plejearbejde: Antal daglige personløft/-håndteringer/-forflytninger. Beboernes sammensætning (ikke-selvhjulpne, selvhjulpne), arbejdspladsens indretning (trange pladsforhold), hjælpemidler- Fiskeri: Patientens arbejdsfunktion (f.eks. skipper, dæksmand), antal havdage årligt, bådens størrelse og bemanning, fiskeritype (trawl, krog, garn), hvordan blev fisken landet ombord, sortering, rensning, stabling og brug af is. Samlet løftemængde og enkeltløft. |
| Eksposering, fritid | Rygbelastende arbejde i fritiden |
| Individuel sårbarhed | Arv, overvægt, rygning, svagheder i ryggen (muskulært, i led eller ledbånd), osteoporose, strukturelle tilstande (bl.a lavtsiddende Scheurman, hemisakralisation, spondylolistese, svær slidgigt, skoliose, kyfose og benlængdeforskel), tidligere lænderygbesvær, traumer m.fl. |
| Symptomer | <p><i>Uspecifikke lænderygsmarter</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Smerteudbredelse lænderyg, nates og lår- Smerteintensitet varierer, ofte bedre i ro <p><i>Nerverodsaffektion</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Udstrålende smerter er ofte mere distinkte og svt. et eller flere dermatomer- Følelesløshed og/eller paræstesier |

- Nedsat kraft sv.t. underekstremiteter
- Hosten/nysen reproducerer smerteudstrålingen

Obs cauda equina (afføringsinkontinens, blæretømningsbesvær, erektil dysfunktion)

Obs udelukkelse af malignitet, fraktur, infektion eller inflammatorisk ledlidelse

| Objektiv undersøgelse | Objektiv undersøgelse | Kliniske fund (lænderygsmarter, diskusprolaps) |
|--------------------------|---|---|
| Columna | | |
| Inspektion | <i>Synligt smertepåvirket, besværet gang, af- og påklædning, kropsholdning, deformitet, bækkenstand</i> | +/-* Evt. nedsat/udslettet lordose, evt. aflastningsskoliose |
| Palpation | <i>Paravertebral ømhed Ømhed af glutealmuskulatur Bankeømhed af processus spinosi</i> | +/-* +/-* Obs fraktur/malignitet |
| Bevægelighed | <i>Bevægelighed i samtlige planer Finger-gulv afstand</i> | Ved diskusprolaps særlig nedsat flexion og nedsat sideflektion mod afficerede side. |
| UE | <i>Strakt benløft test</i> | Positiv (diskusprolaps) |
| Neurologisk undersøgelse | <i>Stå på tæer (S1) Gå på hæle (L5) Sidde på hug evt. på 1 ben ad gangen Sensibilitet, reflekser, kraft mod modstand.</i> | Ved diskusprolaps evt. nedsat kraft, følesans og påvirkede reflekser |
| | <i>Rektaleksploration (kun ved mistanke om cauda equina)</i> | Nedsat sphinctertonus ved cauda equina |

*Fundet kan både være til stede og ikke til stede

Paraklinisk udredning Overveje røntgen, CT, MR

Behandling *Konservativ:* Smertelindring, fysisk aktivitet/fysioterapi træning, vægttab, rygestop
Kirurgi: Nerverodsdekompression og fjernelse af prolaps og nukleusvæv (kan komme på tale ved diskusprolaps)

Erhvervsevnevurdering

Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, lænderygsbesvær

Kronisk lænderygsygdom med daglige eller hyppige smerter (lumbago/ iskias, lumbal diskusprolaps, degenerativ lænderygsygdom)

1. Tungt løftearbejde/træk opad

Nogenlunde sammenhængende periode på 8-10 år

Løftearbejde på gennemsnitlig 8-10 tons per dag

De enkelte løftede genstande skal som udgangspunkt have vejet mindst 50 kilo (mænd) eller 35 kilo (kvinder), nedsættes hvis der er forværende faktorer.

Kravet om 8-10 år kan nedsættes, hvis der er tale om:

Meget store løftemængder (over 15 tons dagligt – dog ikke til mindre end 3-4 år)

Kravet om en daglig løftemængde på 8-10 tons kan nedsættes, hvis der er tale om:

Varighed længere end 8-10 år

En kvinde eller en særligt spinkel mand eller en ung person

Byrderne bæres over lang afstand

Mindst 3-4 belastningsfaktorer (se ovenfor) og de enkelte byrder har vejet min. 15-18 kg

En usædvanligt lang belastningsperiode (15 år eller mere)

Særlige belastningsforhold:

- Løftearbejde under trange pladsforhold

- Arbejdsstillinger (fiskeri, jernbinding)

- Ekstremt tunge og akavede enkeltløft

2. Helkropsvibration

Kørsel på ujævnt underlag med kraftigt vibrerende køretøjer, hvor påvirkningen er sket gennem et sæde (siddende)

Daglig vibrationsbelastning på 0,70- 0,80 m/s² gennem som udgangspunkt ¼ af en normal arbejdsdag

Daglig udsættelse i en nogenlunde sammenhængende periode på 8-10 år

3. Plejearbejde, rygbelastende

Arbejde med personlig pleje af plejekrævende voksne eller større handicappede børn i en væsentlig del af arbejdsdagen og

Mindst 20 rygbelastende personhåndteringer (løft, håndteringer eller forflytninger) dagligt

Varighed min. 8-10 år

4. Fiskeri

Daglig løftemængde på omkring 6 tons

8-10 års fiskeri med omkring 8 fulde ATP-måneder eller omkring 150 havdage pr. år

Hofteledsartrose

| | |
|----------------------|---|
| Definition | Degenerative forandringer i hofteledet, med svigtende ledfunktion, med varierende ødelæggelse af ledbrusk og påvirkning af lednær knogle. |
| Diagnosekoder | DM160 Arthrosis coxae primaria, DM169 Hofteartrose uden specifikation |
| Eksposering arbejde | For hver relevant ansættelse: <ul style="list-style-type: none">- Gennemsnitlig daglig løftemængde- Størrelsen af typiske enkeltløft- Vægt af særligt tunge enkeltløft- Hyppighed af tunge enkeltløft (>20 kg)- Antal år med denne belastning- Mulige forværende faktorer: foroverbøjede stillinger, høje løft med stræk i hofterne., løft med dreje- og vridebevægelser i hofteled, løft i nogen afstand fra kroppen, løft under gang, løft under trappegang |
| Eksposering, fritid | Hoftebelastende aktiviteter i fritiden (dvs. belastninger som beskrevet ovenfor). Vægtbærende idræt på elite-niveau. |
| Individuel sårbarhed | Alder, arv, overvægt, medfødte deformiteter i hofteled, tidligere brud, reumatoid artrit m.fl. |
| Symptomer | <ul style="list-style-type: none">– Gradvis udvikling af smerte lokaliseret til lysken fortil og nogle gange lateralt på låret, ofte strålende ned mod knæet. Knæsmerter kan være eneste tegn på artrose i hoften.– "Belastningstriaden": igangsætningssmerter, lindring efter kort tids belastning og forværring ved længere tids belastning.– Hvilesmerter– Svagheds- og usikkerhedsfornemmelse– Nedsat gangdistance– Eventuel skurren i hofteled– Nedsat bevægelighed i hofteled |

Objektiv undersøgelse

| Objektiv undersøgelse | Kliniske fund | |
|-----------------------|--|--|
| Inspektion | Haltende gang Svind af balde- og lårmuskler | +/- +/- |
| Bevægelighed | Bevægelighed i samtlige planer | Nedsat, særligt i starten ved indadrotation. Senere også ved øvrige bevægelser. |
| | Normale bevægeudslag: | Fleksion 0-140, ekstension 0-15, abduktion 0-40, adduktion 0-30, indadrotation 0-40, udadrotation 0-45 grader. |
| Tilstødende regioner | Lænderyg | |

| | |
|-----------------------|--|
| Differentialdiagnoser | Lænderygssygdom med projicerede smerter (ischias). Trochanterbursit. Smerter fra muskler/ligamenter i regionen. Knoglemetastaser. |
| Paraklinisk udredning | Der skal foreligge røntgenundersøgelse af begge hofter i 2 planer, hvor der skal være konstateret slidigtforandringer. |
| Behandling | Konservativ: vægtreduktion, smertelindring, fysisk træning. Kirurgisk: hoftedalsalloplastik |
| Erhvervsevnevurdering | Undgå tungt løftarbejde, særligt meget tunge enkeltløft, samt løft i akavede stillinger. Stående/gående arbejde anbefales i det omfang smerterne tillader det. Det anbefales at have arbejde med mulighed for vekslen mellem stillinger. |

Arbejdsmarkedets Erhvervssikring

Slidgigt i begge hofter

1. Krav til diagnosen

- a. Relevante subjektive klager (bilaterale symptomer) *og*
- b. Kliniske objektive forandringer *og*
- c. Konstaterede slidgigtforandringer på røntgenbilleder (i to planer). Der skal være afsmalnet ledspalte, for at man kan sige, at der er slidgigtforandringer.

Sygdommen kan ikke anerkendes efter fortegnelsen, hvis der kun er konstateret slidgigt i den ene hofte. Graden af slidgigt skal ikke nødvendigvis være symmetrisk.

2. Eksponering

Hoftebelastende løftarbejde, dvs:

- Almindeligt forekommende tunge enkeltløft på mindst 20 kilo, der samlet, svarer til mindst 1 ton per uge, *og*
- De øvrige løft skal også være relevant hoftebelastende (løft hvor der finder en vis vægtforskydning sted i hofterne under håndtering af emnerne, der øger belastningen på hofteddene), *og*
- Gennemsnitlig daglig løftemængde på mindst 8 tons *og*
- Varighed mindst 15 år.
-

Kravet om min. 15 år kan nedsættes, dog ikke til under 10 år, hvis der er tale om:

- Meget store daglige løftemængder på over 12 tons/dag *eller*
- Andre helt særlige belastningsforhold
-

Kravet om gennemsnitlig daglig løftemængde på mindst 8 tons kan nedsættes, hvis der er tale om:

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

Kravet kan ikke nedsættes til mindre end 5 tons/dag.

Knæsygdomme

Definition *Knæledsartrose*: Degenerative forandringer i knæleddet, herunder tab af brusk efterfulgt af forandringer i synovialis og knogler.
Menisklæsion: Læsion på laterale eller mediale menisk i knæleddet.

Eksponering, arbejde *For hver relevant ansættelse*:

- Dagligt omfang af knæ- og/eller hugsiddende arbejde (ved menisklæsion særligt under trange pladsforhold)
- Stilling ved knæliggende arbejde
- Stigeang?
- Gennemsnitlig daglig løftemængde (tons/dag) inkl. størrelse af enkeltløft (ved knæledsartrose)
- Antal år med disse belastninger
- Forværrende faktorer (mange vrid- og drejepåvirkninger i knæene, hyppige nedspring)
- Brug af knæpuder?

Eksponering, fritid Knæbelastende aktiviteter i fritiden

Individuel sårbarhed Arv, alder, overvægt, tidligere knætraumer (herunder ledskader, korsbåndsskader, meniskskader), fejlstillinger, reumatoid artrit, tidligere infektion i knæleddet m.fl. Ofte er meniskskader en del af sygdomsbilledet ved knæartrose.

Symptomer *Knæledsartrose*

- Smerter (gradvis debut), belastningstriade, ledstivhed, hævelse, indskrænket bevægelighed (strække- og bøjemangel), nedsat gangdistance, svagheds- og usikkerhedsfølelse. Husk beskrivelse af begge knæ.

Menisklæsion

- Smerter (ofte pludselig debut), hævelse, aflåsningstilfælde, indskrænket bevægelighed (særligt strækkemangel)

| Objektiv undersøgelse | Objektiv undersøgelse | Kliniske fund (knæartrose, menisklæsion) |
|-----------------------|---|---|
| Knæ | | |
| Inspektion | <i>Synligt smertepåvirket, besværet gang, deformation eller fejlstilling, hyperkeratose (hård hud), Omfang af lår og læg, begge sider</i> | +/-* Evt. hævelse af knæled eller atrofi af quadriceps |
| Palpation | <i>Ømhed af ledlinjen Anslag af patella</i> | +/-* +/-* |

| | | |
|---------------------------|--|--|
| Bevægelighed | <i>Bevægelighed i samtlige planer</i> <i>Skurren ved bevægelse</i> <i>Skuffetest</i> <i>Sideløshed</i> <i>(evt. McMurrays test, Apleys test, Thessaly's test</i> <i>(evt. Lachmann test</i> | Ved menisklæsion særlig strækkemangel +/-* PCL Kollaterale ligamenter Validiteten af menisktest er begrænset) ACL) |
| Kraft | | Evt. smertebetinget nedsat |
| Sensibilitet Reflekser | <i>Kraft bilateralt</i> | Normale Normale |
| Tilstødende regioner | <i>Hofte evt. ryg</i> | Normal |

*Fundet kan både være til stede og ikke til stede

| | |
|-----------------------|---|
| Differentialdiagnoser | Obs hofteartrose eller rygsmerte med smerte projiceret til knæ. Bursitis, tendinitis. Ligament- eller korsbåndsskade (ved menisklæsion) |
| Paraklinisk udredning | Stående røntgen skal foreligge ved mistanke om knæledsartrose Evt. henvisning til ort. kir. Overveje anden billeddiagnostisk udredning ved menisklidelse |
| Behandling | <i>Konservativ:</i> Smertelindring, fysisk aktivitet/fysioterapi træning (GLA:D træning – Godt Liv med Artrose i Danmark), støddæmpende fodtøj, væggtab <i>Kirurgi:</i> Artrioskopi, knæalloplastik, osteotomi mv. |
| Erhvervsevnevurdering | Knæliggende og hugsiddende arbejde, trappe- og stigeang, hyppige ind- og udstigninger samt tungere løft kan være vanskeligt med knæartrose og menisklæsion. Omplacering kan være nødvendig. Angående menisklæsion er der ikke specifikke restriktioner i forhold til tilbagevenden til arbejde efter operation og genoptræning. |

Arbejdsmarkedets Erhvervssikring

Knæledsartrose

1. Krav til diagnosen
 - a. Subjektive klager *og*
 - b. Kliniske manifestationer *og*
 - c. Objektive forandringer *og*
 - d. Radiologiske forandringer (eller set ved artroskopi)

2. Knæliggende og/eller hugsiddende arbejde min. 2 timer dgl. i nogenlunde sammenhængende periode svt. 10 knæår. **1 knæår**= 1 år med knæbelastende arbejde hele arbejdsdagen.
Min. 10 år hele arbejdsdagen
Min. 20 år halvdelen af arbejdsdagen
Min 40 år 2 timer af arbejdsdagen

Der skal være tidsmæssig sammenhæng mellem påvirkningen og symptomernes opståen.

3. Andre påvirkninger uden for fortegnelsen:
Løft af tunge byrder
Særlige belastningsforhold:
- hyppige nedspring (eks. balletdansere)
- mange vrid- og drejepåvirkninger i knæene (eks. prof. sportsudøvere)

Menisk læsion

1. Hugsiddende arbejde
Mindst halvdelen af arbejdsdagen (min. 3-4 timer)
I dagevis eller længere periode
Under trange pladsforhold, der ikke giver mulighed for at rette knæledet ud
Med drejning i knæledet, samtidig med at knæet har været bøjet

Der skal være tidsmæssig sammenhæng mellem påvirkningen og symptomernes opståen.

2. Andre påvirkninger uden for fortegnelsen:
Mange vrid- og drejepåvirkninger i knæene (eks megen stige gang)

OBS! Bursitis i knæ og springerknæ kan også anerkendes i AES. Se AES' vejledning om Erhvervssygdomme.

Asbestrelaterede ikke-maligne lungesygdomme

Definition

Pleurale plaques: Bilaterale afgrænsede vævsfortykkelser under pleura parietale. Forkalkninger forekommer i 10-15% af tilfældene.
Asbestose: Lungefibrose som følge af inhalation og deponering af asbestfibre. HR CT viser basale parenkymatøse bånd (subpleurale bånd) og der kan dannes rundatelektaser. Undertiden bikagetegning (honeycombing). Udvidet LFU viser typisk restriktivt mønster og nedsat diffusionskapacitet.

Eksponering, arbejde

Asbest har været brugt til armering, isolering, brandsikring, bremsebelægninger og i en lang række bygningsmaterialer op til midten af 1980'erne.
Brugen af asbest til varmeisoleringsmateriale blev forbudt i DK 1972. I 1986 blev asbest helt forbudt også i bygningsmateriale, med få, enkelte undtagelser. Det er fortsat tilladt at have asbestholdigt materiale i f.eks. bygninger og tog, indtil materialet er udtjent eller bortskaffet. Asbestholdigt materiale må ikke genbruges.

Asbestrelaterede arbejdsopgaver fx:

- Renovering af brems(er) (ældre bremseklodser), isolering/afisolering af rør, kedler og varmvandsbeholdere
- Fremstilling af asbestholdige fuge/spartelmasser, asbestcement, asbestpakninger og bremsebelægninger
- Skæring/savning i eternitplader eller andre asbestholdige plader (Asbestolux)
- Binding/skæring asbestsnor eller asbeststof

For hver relevant ansættelse:

- Daglig tidsmæssigt omfang af arbejde med asbestudsættelse
- Manuelt/ direkte håndtering el-værktøj / nærhed til andre med asbestarbejde: "bystander"
- Synligt støv (luft, materialer, tøj, hud)
- Rengøringsstandard (støvet, beskidt, fejning?)
- Personlige værnemidler (maske, dragt)
- Indendørs/udendørs (ved indendørs: rumstørrelse, ventilation)

Asbestmålinger (bruges kun ved mistanke om asbestose)

- Hvis muligt og data er gode bestræbes det at udregne fiberår
- Hvis relevant bør pt.s arbejdsopgaver derfor sammenlignes med asbestudsættelsesmålinger – se under *Appendix*

Eksponering, fritid

Asbestudsættelse i fritid (fx husbyg/renovation, bilreparation)

| | |
|--|--|
| Individuel sårbarhed og andre faktorer | Ingen. Husk altid at spørge ind til tobak. |
| Symptomer | <p><i>Pleurale plaques:</i> Typisk ingen (tilfældigt rtg fund), evt. stikkende pleurale smerter. (Ved meget udbredte plaques kan evt. ses restriktivt mønster med pleuraeffusion)</p> <p><i>Asbestose:</i> Snigende og ofte progredierende funktionsdyspnø, evt. tør hoste, evt. cor pulmonale. Husk spm: symptomdebut og funktionsniveau</p> |
| Objektiv undersøgelse | <p>Almen tilstand, respiration (påskyndet, hoste, dyspnø), farve, fingerclubbing, halsvenestase, lymfeknuder, højde og vægt. Stet c et p (slutinspiratorisk basal krepitation) LFU hvis behov (tidligere u.s. >1-2mnd gammel eller ændring i klinisk tilstand)</p> |
| Differentialdiagnoser | <p><i>Pleurale plaques:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pleurale plaques uden asbesteksponering - Tuberkulose/betændelse/traume forandringer (typisk unilateralt) - Mesotheliom <p><i>Asbestose:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Andre former for lungefibrose(idiopatisk) |
| Paraklinisk udredning | <p><i>Pleurale plaques:</i> konventionel Rtg/CT <i>Asbestose:</i> Der <i>skal</i> foreligge: HRCT, udvidet LFU. (Desuden indgår gangtest, ekkokardiografi samt Fibroseudredning (diff.diagnostisk)). Udredning sker typisk via/i samarbejde med lungemed.</p> |
| Behandling | <p>Tobaksophør! (synergistisk c. pulm risiko ved asbesteksponering) I øvrigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Pleurale plaques:</i> Ingen - <i>Asbestose:</i> Ingen / symptomatisk |
| OBS! → | Disse pt. drøftes oftest på tværfaglig konference. Husk besked til ansvarlig sekretær. |

Forløb og prognose

Pleurale plaques: Oftest ingen negativ helbredsmæssig betydning.
(i sjældne tilfælde: restriktivt mønster)

Asbestose:

- Irreversibel stationær eller langsomt progredierende
- Øget risiko for pleuramesoteliom
- Øget risiko for lungekræft

Appendix

Udregning af fiberår: eksponeret fiber/cm³ x med den samlede effektive asbest-eksponeringstid (år)

OBS!

Det er p.t. usikkerhed i hvor stor eksponering/fiberår man skal have været udsat for for at kunne udvikle asbestose. Der er stor variation i de europæiske lande.

- Tidligere dosis-respons kurver baseret på massiv eksponering i eternitfabriker har antydnet at eksponeringen skal have svaret til 10-20 fiberår
- Nyere dosis-respons kurver tyder på non-lineær sammenhæng og at mindre/moderat akkumuleret eksponering er tilstrækkeligt for at udvikle tilstanden.
- Burdoff & Swuste 1999, anvender 5 fiberår som min. eksponering

Samlet rapport:

- American Thoracic Society Documents: Diagnosis and initial management of nonmalignant diseases related to asbestos Am J Respir Crit Care Med 2004;170:691-715

Målinger, eksempler:

- Burdorf A, Swuste P. An expert system for the evaluation of historical asbestos exposure as diagnostic criterion in asbestos-related diseases. Ann Occup Hyg 1999;43:57-66
- Asbest på våra arbetsplatser: Svenske målinger i mappe i biblioteket (forkortet tabel på armoni.dk: asbestose)

OBS!

Der foreligger kun tilgængelige målinger fra efter 1970, og der er stor variation og usikkerhed omkring målingerne.

Arbejdsmarkedets Erhvervssikring

Pleurale plaques

- Diagnosen pleurale plaques efter kendt asbesteksponering (Rtg /CT)
- Direkte håndtering af, eller tilsvarende meget tæt håndtering af asbestholdigt materiale
- Daglig udsættelse: i nogle måneder/ mere sporadisk, tilbagevendende i nogle år/ massiv daglig udsættelse få dage
- Latenstid \geq 10 år (massiv udsættelse 5 år)

Asbestose

- Ingen oplyste kriterier
- Risikoområder angivet: Arbejde med isoleringsmaterialer af asbest, asbestcement (eternit), bremsebelægninger o.l.

Kort klinisk instruks: Asbestrelaterede sygdomme

Forfatter: Margrethe Bordado Sköld

Dato 28.02.17

Revision: september 2023, Harald

Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) og Kronisk Bronkitis

| | |
|--|--|
| Definition | <p>KOL er en samlet betegnelse for lungesygdomme med luftvejsobstruktion, som ikke er fuldt reversibel samt tiltager over tid.</p> <p>Kronisk bronkitis defineres som hoste og slimproduktion de fleste dage i mindst 3 måneder i mindst 2 på hinanden følgende år.</p> |
| Diagnosekode | <p>DJ44.9 Kronisk obstruktiv lungesygdom UNS</p> <p>DJ42.9 Kronisk bronkitis UNS</p> |
| Diagnose | <p>Post-bronkodilatatorisk FEV1/FVC < 0,70: stor sandsynlighed for KOL.</p> <p>FEV1-niveauet i forhold til forventet værdi er en vigtig markør for sværhedsgraden af KOL.</p> |
| Eksposering, arbejde | <p>Langvarig massiv udsættelse for støv, røg, gasser og/eller dampe.</p> <p>Støv: ofte uspecifik f.eks. isolering, træbearbejdning, korn/foderstof, slibning, boring, fræsning og skærebrænding.</p> <p>Røg/gas/damp: f.eks. svejserøg.</p> <p>For hver relevant udsættelse:</p> <ul style="list-style-type: none">- Indendørs/udendørs? Små eller store lokaler?- Ventilationsforhold?- Punktudsug? Hvor ofte blev det anvendt?- Åndedrætsværn? Hvilken type? Anvendelse?- Støvniveauet f.eks. synligt støv i luften/på gulv, sigtbarhed? Rengøring med trykluft?- Indirekte eksposering?- Evt. målerapporter fra arbejdspladsen eller alternativt fra sammenlignelige brancher. AES' udredningsrapport fra 2009 "Occupational COPD", se Bilag F, Evidence Table 2. <p>Brancher: f.eks. byggeanlæg (især nedrivning), træindustri, asfaltarbejde, svejsning, skorstensfejning, tekstilindustri og landbrug.</p> |
| Eksposering, fritid | <p>Antal pakkeår. Kraftig passiv rygning.</p> |
| Individuel sårbarhed og andre faktorer | <p>Alpha 1-antitrypsinmangel.</p> |
| Symptomer | <p>De hyppigste symptomer på KOL er hoste, åndenød, ekspektoration, træthed, nedsat fysisk aktivitet.</p> <p>Hyppigheden af akutte eksacerbationer belyses ved anamneseoptagelsen.</p> |

Funktionsniveau: Her bruges Medical Research Councils (MRC) åndenødsskala til vurdering af dyspnø:

1. Ingen åndenød undtagen ved kraftig anstrengelse.
2. Åndenøden ved hastværk og gang op ad bakke.
3. Går langsommere end andre i samme alder pga. åndenød, eller må stoppe for at få luft ved almindelig gang i fladt terræn.
4. Stopper for at få luft efter ca. 100 m eller nogle få minutter ved gang i fladt terræn.
5. Kan ikke forlade huset pga. åndenød eller får åndenød ved af- og påklædning.

Objektiv undersøgelse

| | Objektiv undersøgelse | Kliniske fund |
|--|---|-----------------------------|
| Ernæringstilstand | Højde, vægt eller BMI BT | |
| Inspektion | Farver, cyanose Hvile-/tale-/funktionsdyspnø | +/- +/- |
| St.c. | | i.a. |
| St.p. | Forlænget ekspirium og rhonchi, grov krepitation basalt | +/- |
| Perkussion | Udvidede lungegrænser Dæmpning | +/- + (obs. kardielt) /- |
| UE | Ødemer | + (obs. kardielt)/- |
| Lungefunktion (LFU) hvis > 1-2 måneder siden seneste eller ved ændringer i symptomer | Spirometri | Obstruktivt mønster |

Differentialdiagnoser Astma, kronisk hjertesvigt, bronkiektasi, lungefibrose, lungekræft, tuberkulose.

Paraklinisk udredning Der skal foreligge LFU med reversibilitet samt rtg. af thorax (komorbiditet, differentialdiagnoser).
Ved tvivl om diagnosen henvises pt. til lungemedicinsk afdeling, og pt. tages med på lungekonference.

Henvisning til lungemedicinske undersøgelser:

a) Hvis der ikke er behov for vurdering hos lungemedicinsk læge, henvises til enkelt-undersøgelser fx LFU med reversibilitet, metacholinprovokation eller

udvidet LFU. På henvisningen noteres, at der findes særaftale mellem Lungemedicinsk Afdeling BBH og AMED vedr. dette.

b) Ved henvisning til vurdering hos lungemedicinsk læge noteres det på henvisningen, at pt. bedes set inden for ca. 4 uger efter aftale om Sammenhængende Patientforløb, som er indgået mellem alle lungemedicinske afdelinger i Regionen og AMED.

Hvis der ikke er mistanke om arbejdsbetinget KOL foregår udredning via egen læge.

Behandling

Behandling foretages i andet regi.

Afhænger af FEV1-niveau, MRC-score og risiko for eksacerbationer.

Grundstenene i KOL-behandling er rygestop, lungerehabilitering og medicinsk behandling.

Svære tilfælde evt. Non-invasiv Ventilation (NIV), iltbehandling eller kirurgi.

Erhvervsevnevurdering

og rådgivning

Ophør med aktiv og passiv rygning bedrer prognosen.

Optimering af udsug og ventilation samt brug af egnede åndedrætsværn.

Pt. med moderat eller svær KOL bør undgå røg, gas, damp og støv og kan have svært ved at varetage hårdt fysisk manuelt arbejde.

Bør opretholde fysisk formåen både privat og på arbejdet.

Arbejdsmarkedets Erhvervssikring

Lægelig stillet diagnose – enten KOL eller kronisk bronkitis

Daglig eller stort set daglig massiv eksponering for dampe, gasser, støv og/eller røg gennem mange år (i praksis mindst 8-10 år).

Som udgangspunkt skal der være tidsmæssig sammenhæng mellem den arbejdsmæssige belastning og udviklingen af KOL, men i nogle tilfælde er der ikke nødvendigvis symptomer på KOL i tæt tidsmæssig tilknytning til arbejdet.

Der tages forbehold for rygning.

Passiv rygning kan evt. anerkendes hvis sagen forelægges for Erhvervssygdomsudvalget. F.eks. er sager anerkendt i forbindelse med arbejde som tjener på hotel eller sygehjælper på psykiatrisk bosted.

Indeklimasympotomer/bygningsrelaterede symptomer

| | |
|-----------------------|---|
| Definition | Indeklimasympotomer defineres som overhyppighed af symptomer relateret til indeklimaet hos de personer, der opholder sig i en bygning. |
| Diagnose- og kode | Afhængig af symptomatologi. Hvis muligt specifik diagnose, fx astma bronchiale DJ45.9, ellers symptomdiagnose, fx Hovedpine DR51.9. Ellers DR699 Bygningsrelaterede symptomer |
| Forekomst | Daglig/ugentlig forekomst af slimhindeirritation (øjne, næse, svælg) i normalpopulation mellem 8-16%, typisk i kombination med almensymptomer som træthed 15%, hovedpine 12% og koncentrationsbesvær |
| Eksposering, arbejde | Bygning, udvendigt: Omgivelser (fx fugtig grund), alder, konstruktion (fladt tag, træ, beton, mursten – spørg til utætheder i klimaskærmen) Bygning, indvendigt: Overfladematerialer (formaldehydafdampning), ventilation (høj grad af recirkulation, beskidte filtre eller kanaler), temperaturforhold, kontormaskiner, pladsforhold, personbelastning, rengøringsstandard, støvsamlere (reoler med mapper mv.), fugtskader, skimmelsvampe-/bakterievækst, træk, "tør luft" (irriteranter i luften), lugt, støj, planter, tæpper Ved fugtskader: Årsag, tidspunkt, varighed, lokalisation, afhjælpning Psykisk arbejdsmiljø (konkurrerende) Efterspørg bygningsrapporter |
| Eksposering, hjemme | Husdyr, planter, tæpper, fugtskader, klimaskærm |
| Sygehistorie | Varighed og den tidsmæssige relation til ophold i bygningen af flg. symptomer: <i>Slimhindesympotomer</i> med tørhed og irritation af øjne, næse, svælg <i>Almensymptomer</i> som træthed, hovedpine og koncentrationsbesvær <i>Allergiske symptomer</i> som tegn på astma, rhinoconjunctivitis Årstidsvariation Kolleger med lignende symptomer |
| Objektiv undersøgelse | Fokus på øjne, næse, svælg, og lunger, evt. LFU |
| Differentialdiagnoser | Allergisk lidelse af anden årsag, uspecifikke symptomer af ukendt årsag, psykiske belastninger, infektioner |

| | |
|--------------------|--|
| Behandling | Udbedring af indeklimaet |
| Udredningsplan | <p>Overvej: Lungefunktionsundersøgelse Peakflow-måling</p> <p><u>Allergi-blodprøver:</u> I Præferencelisten i SP har vi følgende paneler: Allergi Basis (Inhalationspanel (IgE), Immunoglobulin E og Leukocyttype Gruppe (eosinophile/hvidt blodbillede)) Allergi Skimmelsvampe (IgE)</p> <p>Derudover kan man i SP bestille IgE over for andre specifikke skimmelsvampe (vejledt af mikrobielle undersøgelser)</p> |
| Forløb og prognose | God hvis indeklimaet bedres, men der kan være en psykisk komponent, hvor kolleger hidser hinanden op. |

Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, indeklimagener

Uspecifikke symptomer anerkendes ikke.

Allergisk astma, rhinitis og conjunctivitis kan anerkendes

Arbejdsbetinget kontakteksem

| | |
|----------------------|--|
| Definition | <p>Arbejdsbetinget kontakteksem er en inflammatorisk hudreaktion, som skyldes forskellige irritanter eller allergener i arbejdsmiljøet. 95% er lokaliseret på hænderne som arbejdsbetinget håndeksem.</p> <p>Arbejdsbetinget håndeksem inddeles i irritativt kontakteksem (70%), allergisk kontakteksem (25%) og kontakt-urtikaria.</p> |
| Diagnose- og kode | Toksisk Kontaktdermatitis UNS DL249, Allergisk kontaktdermatitis UNS DL239, Kontakturticaria L506, Kontaktdermatitis UNS uden specificeret årsag DL259, Dermatitis UNS DL300. |
| Eksposering, arbejde | <p>Generelt: Kemikalier, arbejdsredskaber, håndsæbe, håndsprit og creme brugt på arbejdspladsen.</p> <p>Nye rutiner, nye produkter.</p> <p>Tidsmæssig faktor, bedring i ferier.</p> <p>Brug af handsker og hvilke handsker.</p> <p>Antal håndvaske</p> <p>Indhentning af datablade (husk små mængder allergener fremgår ikke altid af datablad), evt. kontakt til firma.</p> <p>Irritativt kontakteksem: Vådt arbejde (antal håndvaske, antal timer med våde hænder og/eller brug af gummihandsker per arbejdsdag), olie (inkl. køle- og smøremidler), fødevarer, mekanisk irritation fra papir eller lignende, m.m.</p> <p>Allergisk kontakteksem: gummikemikalier, konserveringsmidler, parfume, epoxy, nikkel og kobolt, frisørkemikalier, kolofonium, krom mv.</p> <p>Kontakt-urticaria: Latex, klorhexidin, persulfat, fødevarer mv.</p> |
| Eksposering, fritid | Plejeprodukter, kosmetik, vaskepulver/tøjvask i hånden, opvaskemaskine, håndtering af fødevarer, antal håndvaske dgl., børn under 4 år, fritidsinteresser (fx modelfly, biler, havearbejde, renoveringsprojekter). |
| Individuel sårbarhed | Atopisk eksem (eksem i barndommen), arvelig disposition. |
| Symptomer | <p>Akut kontakteksem: Erythem og infiltration, med vesikler, eventuelt bullae og erosioner og evt. smerter.</p> <p>Kronisk kontakteksem: tør, skællende, fissureret, hyperkeratotisk, licheniseret hud og evt. smerter.</p> <p>Kontakteksem er altid kløende, evt. smertende.</p> <p>Kontakturticaria: Kvadler, kløende</p> |

| Objektiv undersøgelse | Objektiv undersøgelse | Kliniske fund |
|-----------------------|--------------------------------------|---------------|
| Inspektion* | Rødme, infiltration, vesikler/bullae | +/- |
| | Skællende, tør, fissureret hud | +/- |
| | Lichinisering | +/- |
| | Varme, hævelse, infektion | +/- |

*Husk kig på fødder (også for svampeinfektion). Spørg ind til/kig efter andre hudforandringer. Evt. kvadler ved kontakt-urticaria, men ikke altid.

Differentialdiagnoser

Chapping (tørhed)
 Psoriasis
 Skabies (fnat)
 Svampeinfektion (Id-reaktion, tjek fødder for fodsvamp)
 Impetigo
 Endogent eksem (herunder atopisk dermatitis, hyperkeratotisk og vesikuløst eksem)
 Pustulosis palmoplantaris

Paraklinisk udredning

Evt. specifik IgE (type I allergi) (Brug "ImmunoCAP Allergener" fra Thermo Scientific). Obs falsk negativ, hvis eksponering er lang tid siden.

Henvielse til de to dermatologiske afdelinger i Region Hovedstaden:

Patienter bosat i kommuner fra det tidligere "Københavns Amt" skal henvises til dermatologisk afdeling på Gentofte Hospital. Alle andre patienter henvises til dermatologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital. Se oversigt over kommunerne på P-drevet:

<P:\AMED\1 Afdelingsadministration og organisation\4 Instrukser\Lægeinstrukser\Hudsygdomme>

A) Henvielse til Dermatologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital:

Skriv en InBasket-besked til sekretærpuljen og bed dem om at henvise patienten til Dermatologisk Afdeling BBH pr. telefon til Dorte Ingebritsen (tlf.: 3863 6111 eller 6113 8710) eller pr. mail til

dorte.ingebritsen@regionh.dk;

Pt. indkaldes inden for 2 -4 uger. Man behøver ikke at lave en Best.Ord. i SP.

Vigtigt! Dermatologerne vil meget gerne have datablade eller specifikke oplysninger om ekspositioner sammen med henvisningen. Datablade som ikke er fortrolige kan scannes ind i SP, fortrolige oplysninger om indholdsstoffer kan mailes til: dorte.ingebritsen@regionh.dk.

Man skal således **ikke** bede patienten om at medbringe datablade til samtalen ved dermatologerne, databladene skal foreligge inden, så dermatologen kan forberede testningen, inden pt. ses i dermatologisk regi. Den arbejdsmedicinske journal skrives i SP, så den er klar, når pt. skal ses i dermatologisk ambulatorium. Patienter henvist fra AMED til hudafdelingen på BBH kommer til undersøgelse mandag formiddag på dermatologisk afdeling BBH, hvor allergitestningen påbegyndes.

Undersøgelsen på Dermatologisk Afdeling BBH omfatter:

Mandag: Lægesamtale og påsætning af allergitest

Onsdag: Aflæsning af allergitest, lægesamtale, evt. supplerende test

Fredag: Aflæsning af allergitest, lægesamtale, konklusion.

B) Henvisning til Dermatologisk Afdeling Gentofte Hospital:

Henvisninger til Dermatologisk Afdeling, Gentofte Hospital, udføres ved at lave en Best.Ord. i SP.

Forløbet på Dermatologisk Afdeling omfatter bl.a.:

Epicutantest (udvidet baselinetest) evt. suppleret med specialserier.

Priktest for latex, klorhexidin, persulfater

Filaggrinmutationstest.

Eksemrådgivning.

Behandling

Erhvervsevnevurdering og rådgivning på AMED

Eksponering søges elimineret, værnemidler diskuteres.

Fødevarerhåndtering: Hygiejniske forhold bør tages i betragtning, evt. sygemelding/omplacering.

Type I allergi (f.eks. for latex og ammoniumpersulfat): Hvis reaktionen kommer blot, der er allergen i lokalet, kan jobskifte kan være eneste løsning.

10 gode råd om behandling og hudpleje

- Brug handsker ved vådt arbejde
- Handsker anvendes så lang tid som nødvendigt, men så kort tid som muligt
- Handsker skal være intakte, rene og tørre
- Brug bomuldshandsker under beskyttelseshandsker
- Vask hænder i køligt vand, skyl og tør dem godt
- Alkohol-baserede desinfektionsmidler kan anvendes i stedet for sæbevask, når hænderne ikke er våde eller synligt snavsede
- Bær ikke fingerringe på arbejde
- Anvend en fugtighedscreme med højt fedtindhold og uden parfume
- Fugtighedscremen skal fordeles over hele hånden inkl. fingre og håndrygge
- Pas godt på hænderne i fritiden, brug handsker ved vådt arbejde i hjemmet og brug varme handsker udendørs om vinteren

De 10 gode råd kan downloades som pdf-fil på: <https://www.videncenterforallergi.dk/allergi-og-eksem/kontaktallergi-eksem/behandling/ti-gode-raad-om-hudpleje/>

Link til film om håndeksem: <https://www.videncenterforallergi.dk/film-om-haandeksem/>

Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, arbejdsbetinget kontakteksem:

Anerkendelseskriterier

- 1) Erhvervsmæssig udsættelse som overstiger den private udsættelse.
- 2) Allergisk håndeksem og kontakturtikaria: Påvist allergi overfor over for pågældende allergen ved epikutantest/Prik test/Rast test/HR test.
- 3) Irritativt håndeksem: Årsagssammenhæng mellem påvirkningen og håndeksem, herunder intensiteten af påvirkningen (f.eks. antal håndvaske og antal timer med våde hænder og/eller antal timer med brug af gummihandsker per arbejdsdag i tilfælde af vådt arbejde).
- 4) Konkurrerende faktorer: Atopisk eksem.

Kort klinisk instruks: Arbejdsbetinget kontakteksem

Forfatter: Tanja Carøe

Dato 10.03.17

Revision: September 2023, Ellen

Patienten med psykiske symptomer

| | |
|--|---|
| Definition | <p>Depression, enkeltepisode eller periodisk (DF32): Den grundlæggende forstyrrelse er forsinket stemningsleje, som har stået på mere end 14 dage</p> <p>Belastningstilstand, uspecifik (DF43.9): Tilstande karakteriseret ved både symptomatologi og betydende livsændringer og længerevarende belastninger, som formodes af væsentlig betydning for tilstanden.</p> <p>PTSD (DF43.1): En tilstand der opstår som reaktion på en traumatisk begivenhed af exceptionel truende eller katastrofeagtig karakter, som vil medføre kraftig påvirkning hos praktisk talt enhver.</p> <p>Stressende arbejdsforhold (DZ56.3): Denne diagnose anvendes, når kriterierne for depression og uspecifik belastningstilstand ikke er opfyldt. Vi anvender ikke diagnosen tilpasningsreaktion (DF43.2).</p> |
| Eksposering, Arbejde | <ol style="list-style-type: none">Arbejdsomfang:<ul style="list-style-type: none">Omfang af overarbejde (timer)Tilgængelighed udenfor arbejdstid (email, telefon)Objektive mål for arbejdets omfang (fx antal sager/kunder/klienter, mulighed for at holde pauser, underbemanding o. lign.)Deadlines og mulige konsekvenser af ikke at overholde disse (fx økonomiske tab)Interpersonelle relationer:<ul style="list-style-type: none">Social støtte fra kolleger og/eller lederIndflydelse på egne opgaver, tid og tilrettelæggelse, nødvendige kompetencerLedelsesmæssige problemer, evt. flere ledere, uforenelige krav, uretfærdig ledelse, anerkendelseFølelsesmæssige krav, fx vanskelige klienter/patienter/beboere/børn o.lign.Organisatoriske forhold:<ul style="list-style-type: none">Ændrede arbejdsopgaver/faglige prioriteringerFusioner, flytningerArbejdstider mv.Mobning, chikane (også seksuel chikane), konflikter, samarbejdsproblemer:<ul style="list-style-type: none">Beskriv eksempler: Hvem (kollega, leder?) og hvad (beskriv adfærden og omfang)Vold, trusler: Beskriv episoder (hændelsesforløb, evt. brug af våben, kolleger til stede, trussel på livet, fysisk overlast, hyppighed, findes registrerings-skemaer) |
| Eksposering, fritid | Alvorlige livsbegivenheder (fx skilsmisse, børns trivsel, sygdom, økonomiske tab, lovovertrædelse, konflikter) |
| Individuel sårbarhed og andre faktorer | Tidligere psykisk sygdom og symptomer, disposition til psykisk lidelse. Misbrug af alkohol, stoffer. Opvækstforhold |

Symptomer

Symptomudvikling beskrives i forhold til hændelsesforløb

Depression: Kernesymptomer er nedtrykhed, nedsat lyst og interesse, energi, øget træthed. Desuden ledsagesymptomer i form af nedsat selvtillid, selvbeprejdelse, selvmordstanker og/eller planer (skal der spørges til), søvnbesvær, påvirket appetit, kognitive symptomer (hukommelses- og koncentrationsbesvær)

Belastningsreaktion: Emotionelle symptomer (nedtrykhed, nedsat selvværd, grådlabilitet), angstsymptomer, søvnproblemer, kognitive problemer (hukommelses- og koncentrationsbesvær), somatiske symptomer (hjerterebank, hovedpine, mavegener mm.)

PTSD: Genoplevelse (flashbacks, ubehag ved minder om traumat), undgåelsesadfærd, hel/delvis amnesi for traumat, øget alarmberedskab (søvnbesvær, øget irritabilitet, vredesudbrud, koncentrationsbesvær, hypervigilant, tilbøjelighed til sammenfaren)

Behandling: Psykolog, medicin, andet. Effekt af behandling

Objektiv undersøgelse

| Objektiv undersøgelse | Objektiv undersøgelse | Kliniske fund Beskrivelse |
|-----------------------|------------------------------------|--|
| <i>Observation</i> | Stemningsleje | Neutralt, nedsat, agiteret |
| | Grådlabilitet | Konstant, eller ved tale om særlige begivenheder |
| | Hukommelses- og koncentrationsevne | Normal eller svækket. Holder tråden i samtalen, fortælleevne |
| | Psykomotoriske tempo | Trægt, normalt, livligt Mimikfattig |
| | Kontakt | Øjenkontakt, kan bringes til at smile, ansigtsmimik, kropsholdning |
| | Psykotiske symptomer | Hallucinationer, vrangforestillinger |
| | HUSK BLODTRYK | |

Differentialdiagnoser

Psykisk lidelse af anden, ofte ukendt, årsag. Kroniske somatiske sygdomme. Tidligere hovedtraumer, neuroinfektioner

Paraklinisk udredning

Blodprøver (stress-pakke) såfremt disse ikke nyligt er taget, evt. EKG

Behandling Overvej henvisning til vores psykolog mhp. stressreduktionsklinikken (se informationsmateriale i journal). Overvej henvisning til pakkeforløb i psykiatri-regi (fx PTSD, depression, angst, OCD). Overvej tværfaglig konference med psykiater (afholdes 1x/md)

Har pt. behov for personlig psykologbehandling, kan der henvises til psykologeridanmark.dk med udførlige oplysninger om psykologer i alle regioner. Arbejdstilsynet har en række vejledninger om tilbagevenden til arbejde på <https://at.dk/arbejds miljøproblemer/sygefravaer/godt-tilbage-til-jobbet/>. Se også i mappen Lægeinstrukser / Psykiske lidelser/RÅDGIVNING vedr. gratis psykologbehandling, kommunale tilbud og pjecer om genoptagelse af arbejde efter stresssygemelding og bemærk, at du også finder telefonnumre til psykiatriske akutmodtagelser i Lægeinstrukser / Psykiske lidelser.

Erhvervsevnevurdering, Vurderes fortsættelse eller tilbagevenden til arbejdet relevant/mulig? Vil det være gavnligt med tilbud om rådgivning ved senere kontrolsamtale? Nogle gange er det bedste råd jobskifte, evt. skift af branche, men dette kræver nøje overvejelse og dialog. Har AT været involveret eller skal der evt. sendes mail til AT? Har det medført tiltag til forbedringer?

Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, psykisk lidelse

På erhvervssygdomsfortegnelsen:

PTSD

Krav til diagnosen: Skal opfylde diagnosekriterier angivet i ICD-10 (DF43.1). Symptomerne skal være helt eller delvist til stede indenfor det første halve år efter traumat. Det fulde symptombillede skal være til stede indenfor 1-2 år.

Depression udviklet i relation til krigsdeltagelse

Krav til diagnosen: Skal opfylde diagnosekriterier angivet i ICD-10 (DF32, Depressiv enkeltepisode) indenfor 1-2 måneder efter belastningen.

Udenfor fortegnelsen:

Depression og uspecifik belastningsreaktion kan anerkendes efter forelæggelse for Erhvervssygdomsudvalget.

NB Ved anmeldelse skal pt. gøres opmærksom på, at dele af journalen (eksponeringsbeskrivelsen) i visse tilfælde vil blive fremsendt til arbejdsgiver mhp kommentarer. Arbejdsgiver får kopi af selve anmeldelsen. Pt. oplyses endvidere om, at såfremt arbejdsskadesagen ikke ønskes behandlet, så skal pt. selv sørge for at meddele dette til AES.

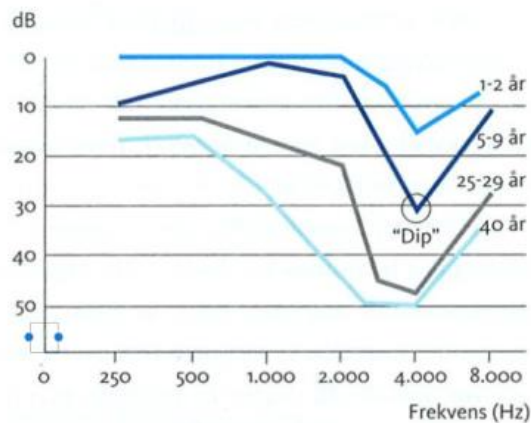
Kort klinisk instruks: Patienten med psykiske symptomer
Forfatter: Jane Frølund Thomsen
Dato: marts 2017
Revision Juni 2023 (Nanna)

Arbejdsbetinget høreskade

| | |
|----------------------|---|
| Definition | <p>En arbejdsbetinget høreskade kan være en <u>dobbeltsidig</u> perceptiv hørenedsættelse, der er opstået som følge af langvarig lydpåvirkning over et vist niveau:</p> <ul style="list-style-type: none">• DLA (Degeneratio Labyrinthi Acustici) professionalis for vedvarende støj. <p>eller</p> <p>en arbejdsulykke med hørenedsættelse pga. pludselig kraftig lyd, evt. enkeltsidig.</p> <ul style="list-style-type: none">• DLA traumatica acustici professionalis ved skud eller eksplosioner. |
| Diagnosekode | DH83.3 DLA professionalis (støjskade på indre øre) DH83.3A DLA traumatica acustici professionalis |
| Eksposering, arbejde | <p>Langvarig lydpåvirkning over 85 dB ved vedvarende støj:</p> <p>For hver relevant ansættelse:</p> <ul style="list-style-type: none">- Arbejdsfunktioner med støjudsættelse- Antal timer/dag med funktionerne- Antal år- Kunne man tale sammen/nødt til at råbe til hinanden?- Høreværn? Type? Hvornår? Omfang?- Målerapporter (lydniveauer >85 dB) (personbårne/stationære)- Andre støjkilder i rummet. <p>Sværhedsgraden af hørenedsættelsen er afhængig af lydstyrken og eksposeringstiden.</p> <p>Pludselige lydniveauer på 120 dB eller over:</p> <ul style="list-style-type: none">- Beskriv impulsstøj både på arbejdspladsen og privat- F.eks. skud, eksplosioner, hamring på metal o.l.- Smerter i øret ved ulykke? <p>Smertetærsklen er i hørbart frekvensområde 140 dB, højere for lavfrekvent støj.</p> <p><u>Kendte støjbelastede erhverv:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Jern- og metalindustri• Spinderier• Træindustrivirksomheder• Bygge- og anlægsindustrien• Musiker• Militær• Landbrug• Lufthavnsarbejde (flymotorer) <p>Daginstitutioner for børn (81-83dB): Mistænkt for støjskadende, men ikke afklaret.</p> |
| Subjektiv støjskala | <p>I mangel af støjmålinger kan støjniveauet skønnes ved en subjektiv støjskala, således at et skønnet støjniveau på 84 dB(A) betyder at almindelig tale ikke opfattes på 1 m afstand, 85-89 dB(A) at forstærket tale ikke opfattes på 1 m afstand, 90-94 dB(A) at råb ikke opfattes på ½ m afstand og 95 dB at råb ikke opfattes på ¼ m afstand.</p> |
| Eksposering, fritid | <ul style="list-style-type: none">• Støjtraumer fra fyrværkeri, skydning med gevær/andet våben, jagt, konkurrenceskydning• Opvækst i landbrug i barn/ungdommen• Musik |

| | |
|--|---|
| Individuel sårbarhed og andre faktorer | Tidligere øresygdomme, kronisk otitis media, kranietraumer, meningitis, arv, medicin. |
| Symptomer | Tiltagende vanskeligheder ved at skelne, hvad der bliver sagt ved samtale i støjende omgivelser. Efterfølgende problemer med at høre telefoner, dørklokker etc. Problemer med at følge med i en samtale i store grupper. Senere tunghørhed, altså problem ved samtale på tomandshånd, samt problem med at høre radio og TV. Mange har ledsagende tinnitus. Efter eksplosioner og kraftig impulsstøj kan der ses umiddelbar hørenedsættelse, der til en vis grad kan være reversibel. Kronisk tinnitus uden hørenedsættelse kan ikke opstå som følge af støjeksponering. |
| Objektiv undersøgelse | - Høreapparat? - Hvordan foregår samtalen? Normalt stemmeleje? Nødvendigt at hæve stemmen? - Mundaflæsning? Undersøgelse i øvrigt foregår primært hos ØNH-læge. |
| Differentialdiagnoser | DLA senilis eller presbycusis (aldersrelateret hørenedsættelse), Ménières sygdom, DLA hereditaria (hørenedsættelse betinget af arv), DLA typus incertus (hørenedsættelse af ukendt årsag, men ganske sikkert ikke følge af støj), sygdomme i mellemøret, sequelae otitis media, otosclerose (hørenedsættelse som følge af knoglesygdom i øret) |
| Udredning | <ul style="list-style-type: none"> • ØNH-læge: Audiometri |

Audiogram af arbejdsbetinget høreskade, med karakteristisk dip i 4-6 kHz området.



FIGUR 22.2 Støjbetinget høretab. Audiogrammet viser tærskelkurver med karakteristisk 'dip' ved 4 kHz.

De akutte støjtraumer giver typisk stejlere og smallere støjdip, mens de langvarigt eksponerede får en mindre stejl og bredere kurve i audiogrammet. Høretab i frekvensområdet 0,125-2 kHz tyder på anden årsag til hørenedsættelse.

| | |
|----------|--|
| Prognose | Støjbetinget hørenedsættelse er irreversibel, kan kompenseres med høreapparat. |
|----------|--|

Støj påvirker primært høretærskelen i løbet af de første 10 års eksponering. Den fortsatte stigning i høretærskelen herefter kan næsten udelukkende tilskrives en alderseffekt.

Erhvervsevnevurdering og rådgivning Fortsat støjudsættelse kan forårsage forværring i høreskaden. Forebyggende handlinger i form af støjreduktion og/eller anvendelse af høreværn.

Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings kriterier for anerkendelse

1. Krav til diagnosen
 - DLA professionalis (støjbetinget hørenedsættelse DH83.3)
 - Symptomer: Forringet opfattelse af lyd, ikke nødvendigvis forringet taleopfattelse eller egentlig nedsat høre- og kommunikationsevne
 - Objektive tegn: Karakteristisk audiogram, bilateral hørenedsættelse
 - Tidsmæssig sammenhæng mellem påvirkningen og symptomernes opståen. Støjskader forværres ikke efter udsættelsens ophør. Arbejdsbetinget hørenedsættelse skal være konstateret senest kort tid efter støjudsættelsens ophør.
2. Krav til påvirkning
 - Kraftig støj, mindst 85 dB som middelværdi for arbejdsdagen, i mindst 5 år
 - Ved væsentligt kraftigere støj kan tidsgrænsen nedsættes.
3. Fuldstændigt tab af hørelsen, anerkendes ikke, selvom udsættelsen for støj opfylder betingelserne. Udsættelse for støj kan således ikke medføre fuldstændigt tab af hørelsen. Hørenedsættelsen må derfor anses for at være en følge af en konkurrerende årsag.
4. Forudbestående og konkurrerende sygdomme/forhold: DLA senilis eller presbycusis (aldersrelateret hørenedsættelse), Ménières sygdom, DLA hereditaria (hørenedsættelse betinget af arv), DLA typus incertus (hørenedsættelse af ukendt årsag, men ganske sikkert ikke følge af støj), sygdomme i mellemøret, sequelae otitis media, otosclerose (hørenedsættelse som følge af knoglesygdom i øret)

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

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

Kort klinisk instruks: Arbejdsbetinget høreskade

Forfatter: Marie Sturesson Christiansen

Dato: januar 2018

Revision: September 2023, Ellen

Helbredssamtale ved natarbejde

| | |
|---|--|
| Definition | <p>Natarbejde drejer sig i praksis arbejde om arbejde i tidsrummet 23-06. Ifølge et EU-direktiv har personer med natarbejde i et vist omfang (300 timer pr år) krav på jævnlige helbredsundersøgelser. For regionens ansatte finder dette tilbud sted på Amed. Da interessen er lille, dækker regionens tilbud alle med natarbejde uanset omfanget.</p> <p>Det er et politisk, men ikke fagligt begrundet screeningstilbud. DASAM har udarbejdet en klaringsrapport om natarbejde (se DASAMs hjemmeside).</p> |
| Praktisk | <p>Patienten indkaldes elektronisk og får med indkaldelsen et e-spørgeskema (amed/2 patienterelaterede sager/ natarbejdsundersøgelser / spørgeskema). Der dikteres ikke journal, men skrives et kort notat i SP.</p> <p>Diagnosekoden er DZ108 Kontakt som led i rutinemæssig helbredsundersøgelse af anden defineret befolkningsgruppe. Der skal ikke udfyldes ”grønt ark” for disse samtaler.</p> |
| Eksponering, arbejde | <p>I forbindelse med at være vågen om natten eksponeres man for døgnrytmeforstyrrelse, idet alle fysiologiske systemer er timet til vågenhed om dagen.</p> <p>Eksponeringsbeskrivelsen omfatter omfanget af natarbejde (nætter pr måned og antal år med natarbejde), mulighed for powernap i løbet af natten og mulighed for sund kost. Nogle steder har man særlig natbelysning (større andel rødt lys), men en evt positiv virkning er ikke dokumenteret. Rækkefølge af vagttyper i rulleskemaet. Der anbefales dag – aften – nat-rul.</p> |
| Eksponering, fritid Individuel sårbarhed | <p>Fx amatørastonom ☺</p> <p>Det er individuelt, hvor meget det påvirker en at være vågen om natten. Man tåler det generelt bedre som ung end som gammel.</p> |
| Symptomer | <p>De fleste vil have gener i form af søvnproblemer i dagene før og efter, mavegener (sure opstød, nedsat appetit, forstoppelse), påvirket humør – irritabilitet og evt tristhed. Der kan også være sociale problemer – isolation, samlivsproblemer etc.</p> |
| Objektiv undersøgelse | <p>kan efter behov omfatte højde /vægt-måling og udregning af BMI, samt blodtryksmåling. Dette er selvfølgelig ikke muligt ved virtuel kontakt.</p> |
| Paraklinisk udredning | <p>Vi ordinerer sædvanligvis ikke blodprøver, da fx kolesterol skal følges op hos egen læge og vedkommende hellere vil have kontakten med pt og ordinere prøven.</p> |
| Rådgivning | <p>Inden samtalen: Inden samtalen foreslås det, at du læser om risici ved natarbejde og døgnrytmeforstyrrelse, om brystkræft og natarbejde (se læseforslag nedenfor)</p> <p>og de generelle råd om gener ved natarbejde i ”nat-arbejder-pjecen” på vores hjemmeside (ligger også i ambulatoriet).</p> |

Ved samtalen:

- Afklar natarbejderens forventninger til samtalen
 - Nogle kommer blot, fordi tilbuddet er der; andre har specifikke bekymringer
- tag udgangspunkt i spørgeskemaet og de erfaringer / problemer natarbejderen præsenterer.

Fx:

- Rådgivning om alm gener og håndtering af disse (se pjecen for yderligere)
 - Spis let kost, ikke mellem kl 01-05, undgå slik, kage og chips, ikke kaffe, cola o.lign efter kl 05
 - Powernap i løbet af natten kan være hjælpsom, kun 20-30 min, gerne ved 3-tiden
 - Tag lige hjem, brug evt solbriller på hjemturen
 - Sov køligt og mørkt, evt med ørepropper og sovebrille
 - Sluk telefonen og bed familien være stille
 - Undgå sovepiller såsom zolpidem, men evt kan man prøve om melatonin kan hjælpe
- Påvisning af helbredsproblemer (overvægt, forhøjet blodtryk o.lign)
 - her vejledes efter bedste evne og altid med opfordring til at henvende sig til egen læge. Vi ordinerer ikke medicin.
- Påvisning af arbejdsmiljøproblemer
 - Fx vanskelighed med at blive tilgodeset ved planlægning af nattevagter o.lign. Foreslå at kontakte arbejdsmiljørepræsentanten og få en fælles aftale om fordeling.
- Afdækning af en konkret problemstilling med sygdom (sukkersyge, epilepsi el lign), som gør at pt ikke bør arbejde om natten (meget sjældent)
 - brev til rette vedkommende. Dette kan også være tilfældet ved udtalt træthed og dårlig funktion i nattevagter
- Berolige ved angst for brystkræft
 - Regionerne har udmeldt, at man ikke skal arbejde i nattevagt i 5 år efter behandling for brystkræft, i praksis den periode, hvor man går til kontrol.
 - Der er en vis evidens for at natarbejde øger risikoen for brystkræft, men risikoen – om nogen – er meget lille og først til stede efter mange års fast forekommende natarbejde. Sager i AES forelægges først i Erhvervs sygdomsudvalget ved mindst 1 nattevagt ugentlig gennem 25 år

Ved mere omfattende problemstillinger (behov for henvendelse til arbejdspladsen, arbejdsmedicinske lidelser etc) indkaldes pt til almindelig journaloptagelse.

Litteratur vedr. natarbejde og helbred

Generelt:

Matheson et al: **The impact of shiftwork on health: a literature review.** J Clin Nurs. 2014 Dec;23(23-24):3309-20.

Wickens et al: **The Impact of Sleep Disruption on Complex Cognitive Tasks: A Meta-Analysis** Hum Factors. 2015 Sep;57(6):930-46.

Hjertekarsygdom

Vetter et al. **Association Between Rotating Night Shift Work and Risk of Coronary Heart Disease Among Women.** JAMA. 2016 Apr 26;315(16):1726-34.

Brystkræft:

Bonde et al: **Work at night and breast cancer--report on evidence-based options for preventive actions.** Scand J Work Environ Health. 2012 Jul;38(4):380-90.

Night Shift Work and Breast Cancer Incidence: Three Prospective Studies and Meta-analysis of Published Studies. J Natl Cancer Inst. 2016 Oct 6;108(12).

Døgnrytmeforstyrrelse og lys

[Brainard](#) et al. **Health implications of disrupted circadian rhythms and the potential for daylight as therapy.** Anesthesiology. 2015 May; 122(5): 1170–1175.

Kort klinisk instruks: Helbredssamtale ved natarbejde

Forfatter: Nanna Eller

Dato: Januar 2017

Revision: Oktober 2023 (Nanna)

Rådgivning af gravide der arbejder med kemiske stoffer

Definition

DZ100A Arbejdsmedicinsk rådgivning af gravid
DZ316 Kontakt mhp. almindelig rådgivning ved barnløshed

Kemiske stoffer kan skade fostrets udvikling under graviditeten.

Gravide der arbejder med kemiske stoffer ses med henblik på at undgå negative graviditetsudfald såsom:

Spontan abort (inden udgangen 22. svangerskabsuge)

Præterm fødsel (inden udgangen af 37.svangerskabsuge)

Præmaturitet (fødselsvægt <2500 g)

Dysmaturitet, dødfødsel og kongenit malformation.

Eksposering, arbejde For alle *relevante* kemiske stoffer som pt udsættes for foretages en risikovurdering:

1) Fareidentifikation:

Man udarbejder en liste over produkter og processer, som den gravide udsættes for, og for hvert produkt opsøges sikkerhedsdatablade mhp indholdsstoffer og risikosætninger. (Kan ofte findes ved en simpel google-søgning.)

Følgende stofgrupper er de hyppigst forekommende med kendte eller mistænkte reproduktionstoksiske stoffer:

- a. Flygtige stoffer eller organiske opløsningsmidler
- b. Bekæmpelsesmidler
- c. Narkosegasser
- d. Tungmetaller
- e. Cytostatika og andre lægemidler (antibiotika såsom tetracyclin, aminoglykosider og sulfonamider)
- f. Kulmonoxid

se evt. [AT's vejledning om gravides og ammendes arbejdsmiljø](#).

2) Eksposeringsvurdering: Find ud af under hvilke omstændigheder den gravide håndterer stofferne. NB arbejdspladsbesøg kan være nødvendigt (foretages kun efter aftale med pt.):

- a. I hvilke mængder, koncentrationer og med hvilken hyppighed håndteres stofferne. Obs omhældning, hvor store er de oprindelige beholdere – risiko ved evt. uheld?
- b. Er der hudkontakt eller risiko for inhalation, evt. risiko for peroral indtagelse af stoffer.
- c. Arbejdspladsens indretning: Indendørs/udendørs, lokalets størrelse, udsugning, stinkskab eller afskærmning?
- d. Bruger pt. værnemidler (maske, dragt, handsker?), og bruges de efter forskrifterne f.eks. gennembrudstid? Håndvask inden måltider?

3) Farekarakterisering: Hvad optages i kroppen ved daglig omgang? Vurder kinetik (f.eks. placentapassage), find eksperimentelle studier, epidemiologiske undersøgelser. Information kan findes i databaser som disse:

- a. [Micromedex har en god søgefunktion, og giver via "reprotext" et godt overblik over repro-toksicitet.](#)
- b. Liste over farlige stoffer via [ECHA's hjemmeside](#) giver oversigt over problematiske kemikalier, men kan være svære at søge i.
- c. [Toxnet er en samling af databaser der giver meget detaljerede beskrivelser af stoffers toksikologi.](#)

- d. [AM-Huset](#) kan forespørges vedrørende konkrete malerprodukter, ved at en detaljeret liste sendes til kb@am-huset.dk.

Arbejdsgiver kan desuden hos AM-Huset få lavet en såkaldt "gravidrapport" over de produkter, som malersvenden kan arbejde med. En rapport med vurdering af op til 30 produkter koster ca. 5000 kr. + moms. For medlemmer af Danske Malermestre er gravidrapporter betalt via medlemskabet.

- 4) Risikovurdering: Her sammenfattes oplysningerne om stoffets/stoffernes reproduktionstoksicitet sammenholdt med den aktuelle/potentielle eksponering på arbejdet. Dette er grundlaget for den efterfølgende rådgivning. Brug evt. journal eksempeler fra lignende gravidvurderinger på p-drevet (P:\AMED\6 Journal eksempeler\2. Gravidjournaler)

Eksposering, fritid Ved behov kan samme fremgangsmåde som ovenfor bruges til vurdering af eksposeringer i den gravides eget hjem.

Individuel sårbarhed og andre faktorer Paritet, tidlige aborter samt familiære dispositioner. Faderens erhverv. Fertilitetsbehandling.

Symptomer Almene graviditetsklager såsom kvalme, smerter, blødninger osv.

Objektiv undersøgelse Der foretages som regel ikke objektiv undersøgelse

Rådgivning **Rådgivning til den gravide og arbejdsgiver**
Rådgivning skal ske så tidligt som muligt, evt. når graviditeten planlægges. Er det før eller meget tidligt i graviditeten kan man undgå de helt tidlige eksposeringer, som ikke kan påvirkes med rådgivningen senere i graviditeten, hvor fostret er mere udviklet.

Tilbage meldingen skal sikre, at den gravides arbejde er uden risiko. Der kan være flg. udfald af risikovurderingen:

- OK (ufarlig) uden begrænsninger
- OK (ufarlig) hvis eksposeringen kan begrænses ved:
 - a. Brug af udsug, stinkskab, handsker, masker o.l.
 - b. Substitution af stoffet
 - c. Ophør med specifikke processer
- Reproduktionsskadelig eksposering (omplacering eller fraværs melding)
- OK i reproduktionsmæssig henseende, men arbejdet medfører en risiko for den gravide generelt, og derfor gives almene råd om sygdomsforebyggelse. (f.eks. risiko for håndeksem eller allergi)

Anbefalingerne skrives som oftest i et brev til rette vedkommende, evt. som kopi af journalens konklusion, som sendes til pt. som afleverer det til arbejdsgiver.

Vær opmærksom på nødvendigheden af evt. opfølgning.

Kort klinisk instruks: Gravide der arbejder med kemiske stoffer
Forfatter: Jonathan Aavang Petersen
Dato: Maj 2017
Revision: September 2023 (Luise)

