

TITLE NOT FOUND

ARTIKKEL

P5;1Nr. 6/96-16Helse og samfunn762/9583C;3P52985CP1;3Spesialisterkl{ringen og fastsettelseåv medisinskinvaliditet ved yrkesrelaterte lungesykdommer8;1z1Trygdemedisin21Lungesykdom21Arbeidsmedisin2zP19JohnyKongerud83Lungeavdelingen8Rikshospitalet i Oslo855Kurt I. Myhre83Avdeling for miljø- og yrkesrettet medisin8Ullev}lsykehus80407 Oslo855Odd A. Hauge83S|r-Norge Aluminiumverk85460 Husnes855Helge Kjuus8Erik Melbostad83Statensarbeidsmiljøinstitutt8Postboks 8149 Dep80033 Oslo855Tor Aasen83Yrkesmedisinsk avdeling8Haukeland Sykehus85021Bergen8T3Kongerud J, Myhre KI, Hauge OA, Kjuus H, Melbostad E, Aasen TB.84259,5p10The expert statement and evaluationof impairment in work-related respiratory disorders8448,5p85Tidsskr Nc L{geforen 1996; 116: 759%6386TThe NorwegianSocieties of Thoracic Medicine and Occupational Medicine established a working group to standardise diagnosticprocedures and evaluation of work-related respiratory disorders. In cases of suspected work-related diseases thephysician may be asked by the National Insurance Administration or an insurance company to make a statement which willbe one of the documents used to decide the patient's right to compensation benefit. We discuss the role of thephysician as an independent expert. This is different from his role as clinician. The statement J150.250.350shouldinclude a balanced presentation of information from different sources, including health J180.270.350and occupationalhistory, and the employer's information about the work environment (quantitative and qualitative exposure data). Thestatement must also include the results of a clinical examination an assessment of functional status based onobjective tests. The paper contains recommendations for evaluation of permanent impair in light of the presentNorwegian laws and regulations.8T;1P13Se redaksjonell kommentar side 7138P12;1Artikkelen inneholder anbefalingervedrjrende standardisering av spesiaZ-25listerkl{ringen ved yrkesbetingede lunZ-20gesykdommer, og er blitt til i etsamarbeid mellom Norsk forening for lungemedisin og Norsk yrkesmedisinsk forening. Vi diskuterer sakkyndigrollen, somer forskjellig fra behandlerrollen, og legens bevissthet for eget kompetanseomr}de og omstendigheter som kan flre tilinhabilitet. Vider fremsetter vi v}re synspunkter p} utformingen av spesialisterkl{ringen. Denne skal ikke bare v}reen gjengivelse av pasientens utsa} men blr ogs} bygge p} informasjon fra andre kilder, som opplysninger frabedriftshelsetjeneste og arbeidsgivers opplysninger om arbeidsplasseksponering.8I tillegg til en klinisk unders}kelseh}rer det ogs} med } vurdere funksjonsniv}et etter objektive kriterier. Fastsettelse av medisinsk invaliditetsgrad skalbygge p} Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell, men denne er lite detaljert } redusereZ-29forskjellsbehandling og diskrepans melZ-20lom spesialistvurderingene, presenterer vi forslag til fremgangsmt}te vedbed}mmelse av lungemedisinsk invaliditetsgrad, herunder tabeller som antyder sammenhengen mellom reduksjon ilungefunksjo medisinsk invaliditet.8TPasienter som har f}tt lungesykdom som fl}ge av p}virkning av stoffer iarbeidsmilj}et, har rett til s}rytelser folketrygden. Noen vil i tillegg ha rett til erstatning fra privateJ150.250.350Z-5forsikringsselskaper. Alle arbeidstakere med J180.270.350Z0yrkesskade oppst}tt etter 1.1.1990 vil v}redekket av private forsikringer. Ofte vil det v}re n}dvendig } innhente en spesialisterkl{ring for } klargj}re hvilkeytelser arbeidstakeren har rett til.8P44Spesialisterkl{ringenTLegens arbeid innenfor fagfelte yrkesrelatertelungesykdommer inneb}rer en rekke utfordringer som ikke er vanlige i det daglige kliniske arbeid med diagnostikk ogterapi av sykdom (1). Sluttresultatet er i mange tilfeller en spesialisterkl{ring som skal belyse saken i forhold tilgjeldende regelve Oppdraget } skrive en slik erkl{ring skal spesialisten f} direkte fra et trygdekontor eller etforsikringsselskap. I utgangspunktet er de p}beropt yrkessykdom trygdeetatens ansvar } fastsette det »faktiskegrunnlaget« som skal danne utgangspunkt for den medisinske vurderingen. Dette inneb}rer at den skal tilrettelegge sakenmed opplysninger om tidligere ansettelsesforhold, trygdesaker, sykmeldingsperioder og eksponeringsopplysninger, og denskal formulere de spl}rsm}l man vil at spesialisten skal svare p}. Hvis det foreligger divergerende opplysninger, skaltrygdeetaten bestemme hva som skal danne grunnlag for den medisinske vurdering. Men vil det v}re en del av denmedisinsk-faglige vurderingen } ta stilling til hva som er riktig } legge til grunn av opplysninger. Erkl{ring skalfra legens side inneholde opplysninger av medisinsk-faglig art, og de legges til grunn for oppdragsgiverensadministrative vurderinger av }rsaksforhold og rett til erstatninger. 8Hvilket kompetanseniv} legen har n}r detgjelder } samle inn og vurdere opplysninger, vil v}re av avgj}rende betydning for hvorvidt vedkommende er egnet fordenne oppgaven. Flere avdelinger har gode erfaringer med egne skjemaer for anamnese og funksjonsniv}, som pasientenfyller ut og sender tilbake flr konsultasjonen (2). Supplerende opplysninger om eksponering og arbeid kan komme frabedriftshelsetjenesten, pasienten selv, arbeidskamerater eller Arbeidstilsynet. Bedriften skal ha sendt skademelding omaktuelle arbeidsoperasjoner og eksponeringer. Trygdeetaten har utarbeidet skjemaer for innhenting av kompletterendeopplysninger om ansettelses- og eksponeringsforhold og personlige vaner. I en del tilfell det gjort vitenskapeligeunders}kelser p} samme eller tilsvarende arbeidsplass med tilsvarende arbeid og eksponeringsforhold. 8I enl sakerer det aktuelt } fordele oppgavene mellom bedriftslege, som kan gi utf}rlige opplysninger om ansettelsesforhold,eksponering o mulig relevante helseopplysninger, spesialist ved yrkesmedisinsk avdeling som foretar en gjennomgang avalle eksponeringer og vu disse, og lungelege som gj}r rede for sykdommer tidligere og n}, og st}rrelsen p} menet.Avhengig av kompetanse og tilgjengelighet lungelege eller yrkesmedisinser enten alene eller i fellesskap vurderesykdommens relasjon til yrket.8En spesialisterkl{ring skal v}re undertegnet eller gjennomg}tt og kontrasignert avspesialist i relevant fagfelt. Trygdeetaten har utarbeidet et spesielt skjema til bruk yrkesskadesaker, med ettilleggsskjema for lungesykdommer. Det er ikke noe krav om at disse skal anvendes, og spesialisterkl{ringe skrevet medtekstbehandlingsutstyr gir et mer ryddig inntrykk. Men trygdeetatens skjemaer gir en pekepinn om hvilke opplysninger: m} ansees som et minimum i slike saker (tab 1).8P55Legens vurderingTI oversendelsesbrevet skal oppdragsgiver h}p}resisert hvilke spl}rsm}l de }nsker at spesialisten skal svare p}. P} bakgrunn av mer eller mindre sikre opplysningerom eksponering, tidligere sykdo aktuelle sykdom vil legen vanligvis bli bedt om } vurdere om det er}rsakssammenheng mellom yrkeseksponering og sykdom, og h} skadefl}ge som foreligger. Det er viktig at legen gj}rrede for premissene for sin vurdering og med hvilken grad av sikkerhet konklusj er fremkommet. Denne vurderingen m}bygge p} eksisterende kunnskap om sykdom og eksponering basert p} unders}kelser ved tilsvarende arbeid og eksponering.Kravene om sammenliknbarhet n}r det gjelder eksponering og sykdom for den aktuelle pasient, c unders}kelser manhenviser til, er helt sentrale. Dette vil kunne kreve en kvalifisert arbeidsmedisinsk vurdering i tillegg til den

rentlungemedisinske. $\bar{u}$ P55Medisinsk invaliditetTS[r]elsen p} enkeltytelser er avhengig av graden av redusert funksjonsevne, bestemt som varig medisinsk invaliditetsgrad. Ved fastsettelse av medisinsk invaliditetsgrad er trygdemyndigheter og forsikringsselskaper avhengige av en sakkyndig vurdering som delvis bygger p} objektive kriterier og delvis p} skjønns. Av objektive kriterier st)r Sosialhelsedepartementets invaliditetstabell (tab 2) sentralt, men denne er litedetaljert. For } redusere forskjellsbehandling og diskrepans mellom spesialistvurderingene, presenterer vi forslag til fremgangsmåte ved bedømmelse av lungemedisinsk invaliditetsgrad, herunder tabeller som antyder sammenhengen mellom reduksjon i lungefunksjon og medisinsk invaliditet. $\bar{d}$ I Sosial- og helsedepartementets forskrifter om yrkesskadeerstatning er det bestemt at yrkesskadeerstatning under ingen omstendigheter kan ytes flr det er g}tt 12m}r fra skadetidspunktet, og ikke flr den trygdede har gjennomg}tt medisinsk behandling som kan begrense eller avklare skadens størrelse eller varighet, samt at det er den varige invaliditet som deretter foreligger, som skal legges til grunn n}r erstatningen ytes (4). I praksis gjr man bare unntak fra denne regelen ved sykdommer med spesielt rrlig prognose. Etter forskriftene skal menerstatningen v}re erstatning for redusert livskvalitet som flge av yrkesskade/yrkessykdom. Ved lungesykdom skal erstatningen gi kompensasjon for fl av den yrkesbetingede reduksjon av lungefunksjonen. Angivelse og vurdering av symptomene vil v}re subjektive i denne situasjonen. Det er derfor behov for en objektivisering med sikte p} } illustrere lungefunksjonen og dens implikasjoner for pasientens aktivitetsmuligheter. Kravet om likebehandling av trygdede forutsetter at de kriterier som ligger til grunn for vurderingene, samme hos alle. Dette tilsier valg av robuste metoder som er enkle } standardisere og kvalitets sikre under norske forhold. $\bar{d}$ Begrepet »medisinsk invaliditet« m} ikke forveksles med »yrkesmessig uf}rhet«, som uttrykker hvilken evne en person har til } ut}ve et spesielt yrke, eller med begrepet »erhvervsmessig uf}rhet« som angir evnen til } livn}re seg i et eller annet yrke (5). $\bar{d}$ Betegnelsen »medisinsk invaliditet« brukes i to forskjellige betydninger: $\bar{d}$ 1/2Synonymt med begrepet »tabellarisk invaliditet«. Ved tabellarisk invaliditet tar man bare hensyn til fysisk funksjonshemming (5). I Norge har Sosial- og helsedepartementet utarbeidet invaliditetstabeller (3), som er gjerne egen veiledning for leger (6). $\bar{d}$ 2/2Tabellarisk invaliditet justert for individuelle hensyn. $\bar{d}$ Denne vurderingen kommer sjelden til anvendelse, men kan brukes n}r individuelle forhold gjr det rimelig } anta at skaden erson}rlig byrdefull for vedkommende. $\bar{d}$ 3I forskriftene om yrkesskadeerstatning brukes bare ordet »invaliditet« med henvisning til invaliditetstabellen. N}r trygdeetaten bruker uttrykket »medisinsk invaliditet«, menes ogs} dentabellariske invaliditet. Forskriftenes 1/33} pner imidlertid for at man kan gi h}ly erstatning enn invaliditetstabellen tilsier (gruppeopprykk). }nsker man } argumentere for gruppeopprykk, m} man presisere isakutta hva som er invaliditet iflge tabellen, hvilke s}rlige forhold som foreligger, og hvilke fl}lger dette blr ha for erstatningen som skal utbetales. $\bar{d}$ 4Rsaken til denne restriktive holdning er at positiv s}rbehandling av noen fl}rer til negativ s}rbehandling av resten. S}rbehandling av en ut}vende trompetist som f}r fjernet ene lungen, vil defleste ha først}else for. Men skal en skadet uten hytte p} f} f} mindre i erstatning enn en som ikke lenger kan bruke sin hytte p} fjellet? $\bar{d}$ I vilk}rene til private forsikringsselskaper kan det v}re vanskelig } se om det med »medisinsk invaliditet« menes tabellarisk invaliditet eller tabellarisk invaliditet justert for individuelle hensyn (7), men i f.eks. Uni-Storebrands personalforsikring henvises det spesielt til Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell. Uttrykkene »invaliditet« og »medisinsk invaliditet« i resten av dette dokumentet brukes ibetydningen »tabellarisk invaliditet«. »Tabellen« betyr Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell fastsatt 5.5.1972 (3). $\bar{u}$ P4432 10Invaliditet ved forskjellige typer lungesykdommerTP66Partielt eller totalt tap av en lunge $\bar{d}$ Tilflge tabellen (tab 2) har man en invaliditetsgrad p} 35% ved »Tap av en lunges funksjon, total plastikk eller pulmonektomi. Den andre lungen frisk«. Denne regelen er grei } bruke i mange tilfeller. Det fl}lg denne atfering av deler av en lunge, f.eks. en lobektomi, m} gi mindre invaliditet enn fjerning av hele lungen. P} den annen side r vi at et inngrep med fjerning av en lungelapp blr gi s} h}ly invaliditet at personen f}r utbetalt erstatning, dvs. 15% eller mer. Her m} r ogs} vurdere spirometri og prestasjonsniv} ved arbeidsbelastning, som omtales senere. Kroniske smerter, bronkopleural fistel eller a}plagssomme senfl}lger av en torakotomi m} kunne v}re grunnlag for h}yere invaliditetsgrad. $\bar{u}$ P55 5LungecancerTEtter antatt kurativ k for lungecancer vurderes pasienten etter sammekriterier som ved partielt eller totalt tap av en lunge. $\bar{d}$ Etter antatt kurativ str}lebehandling eller kjemoterapi vurderes pasienten som ved kronisk obstruktiv eller restriktiv lungesykdom. $\bar{d}$ Ved uhelbredelig lungecancer forventes man en gradvis forverring av livskvaliteten. Vanligvis vil det v}re rimelig } sette invaliditeten til 100%. Ved uhelbredelig residiv av sykdom hos en pasient som har f}tt erstatning som antatt helbredet, er det viktig at trygdekontoret f}r raskt beskjed slik at medisinsk invaliditetsgrad kan oppjusteres. $\bar{u}$ P55 5Kronisk obstruktiv eller restriktiv lungesykdomTDen tabellariske funksjonsklassifiseringen hjerte- og lungesykdom bygger p} NYHA (New York Heart Association)-klassifiseringen fra begynnelsen av 50-}rene. Denne klassifiseringen er godt innarbeidet, og det foreligger rikelig med data om sammenhengen mellom objektive lungefunksjonstester (spirometri, gassdiffusjon og belastningstester med m}ling av oksygenopptak) og funksjonsniv}et i forhold til denne klassifisering. $\bar{d}$ Den del av Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell som gjelder hjerte- og/eller lungefunksjon, er gjengitt i tabell 2. Tabell 2 bygger p} den norske invaliditetstabellen (tab 2) og tabeller utarbeidet av American Medical Association (10). Denne tabellen m} se som et hjelpemiddel i invaliditetsbed}mmelsen, og er ingen fasit som norsketrygdemyndigheter har akseptert. $\bar{d}$ Vi vil anbefale at man bed}mmer funksjonsklasse (NYHA) p} bakgrunn av anamnese og enkle gangtester og ansl}r en forel}pig medisinsk invaliditetsgrad (12). Dermed kan spirometriverdier og gassdiffusjon m}lt ved karbondioksidtest (DLCO) bekrefte eller flre til justering av denne invaliditetsgrad (tab 3). Som trinn 3 kan bruk av maksimalt oksygenopptak ($V_{7,5p10O29,5p10}$ maks) v}re til hjelp. Men tolkingen av $V_{7,5p10O29,5p10}$ maks i denne sammenheng er omstridt, og resultatene m} brukes med forsiktighet. $\bar{d}$ Selv ved sikker lungesykdom det v}re andre faktorer som begrenser yteevnen (11). Vi vil spesielt nevne hjertefunksjon, nedsatt kondisjon og d}rlig treningsstilstand i muskulaturen i underekstremitetene som begrensende faktorer. Vi har fors}kt } tilpasse American Medical Associations anbefalinger vedr}rende $V_{7,5p10O29,5p10}$ maks og funksjonsgrad (10) til den norske invaliditetstabellen (tab 4). Er det ikke utstyr tilgjengelig for m}le $V_{7,5p10O29,5p10}$ maks direkte, kan man f} et inntrykk av funksjonsniv}et ved } sammenlikne prestasjoner ved standardiserte sykkeltester med en estimert, forventet prestasjon (12). Det finnes ogs} tabeller for utregning av $V_{7,5p10O29,5p10}$ maks p} basis av prestasjonen ved sykkelergometri. $\bar{u}$ P55 Variabel obstruktiv lungesykdomTEstimere en invaliditetsgrad for obstruktive lungesykdommer vedsvingende forl}p er vanskelig. Ofte m} vurderingen bygge p} observasjoner gjort gjennom lengre tid, og det er spesielt viktig } v}klare over at det er den varige funksjonsniv}et etter adekvat medisinsk behandling som skal bed}mmes. Eksempelvis vil det v}re vanskelig } godta en medisinsk invaliditet p} over 15% hos en person som ikke har fors}kt innhalasjonssteroider. En person med yrkesastma som fortsatt arbeider i milj} hvor han blir eksponert for støvmestremkallende agens, kan ikke sies } ha f}tt tilfredsstillende behandling. $\bar{d}$ En arbeidsgruppe opprettet av American Thoracic Society (ATS) mente at man fl}rst skal vurdere varig invaliditet to }r etter at eksponeringen er opph}rt (13). Varighetskravet i det norske regelverket tilsier at menet m} ha v}rt til stede i minst ett }r og er 4 varig 3 flr man har ret erstatning. Mange tilfeller av yrkesrelatert astma vil forsvinne eller bedres i s} betydelig grad etter opph}r av eksponering at rett til menerstatning ikke foreligger. Likevel kan den trygdede ha rett til atfering eller omskolering. $\bar{d}$ Flere aspekter ved sykdommen m} tre inn ved invaliditetsvurderingen: $\bar{d}$ 1/2Funksjonsniv}et i de beste periodene vurderes etter prinsippene ved kronisk obstruktiv eller restriktiv lungesykdom. $\bar{d}$ 2Deretter vurderer man om det foreligger en variabelitet som tilsier en }kning i invaliditetsgraden. Det er ikke tilstrekkelig i denne sammenheng } bygge vurderingen p} enkelte spirometrim}linger, som ofte vil v}re foretatt utp} dagen etter at pasienten har tatt morgenmedisin. Man blr supplere med daglige m}linger av toppstr}ms hastighet (PEF). Variasjon over 15% ((h}yeste-laveste)/h}yeste verdi) p} d}lg basis regnes som utenfor det normale variasjonsomr}de. Det er viktig at det opplyses om akutte legevaktsbes}k eller sykehusinnleggelser det siste }ret. I den sammenheng m} det tilf}yes opplysninger som »til tross for kontinuerlig behandling med inhalasjonssteroider har pasienten det siste }ret hatt treinnleggelser i sykehus for akutte astmaanfall«. Dette for } dokumentere at

innleggelser ikke skyldes underbehandling. ½ De medikamentene pasienten m) bruke for } holde sin astma under kontroll, er en an indikator p) sykdommens alvorlighetsgrad. Dersom pasient og lungelege er fornøyd med at pasienten bruker medikamenter »ved behov foreligger det etter vår oppfatning ingen »betydelig skadefølge av medisinsk art«, og invaliditeten er mindre enn 15%. En person med normal lungefunksjon i gode perioder som er tilfredsstillende kontrollert med steroider til inhalasjon, anses å ha en invaliditet i størrelsesorden 15-20%. Hyppige kurer eller kontinuerlig behandling med systemiskvirkende steroider tilsier en invaliditetsgrad på minst 30%. 8 American Thoracic Society (ATS) har nylig publisert retningslinjer for evaluering av funksjonsnedsettelsen ved astma FEV1 (forsert ekspiratorisk volum i det første sekundet), reversibilitet av FEV1 eller graden av spesifikk bronkial reaktivitet og medikasjon som kreves for god astmakontroll, poengberegnes. God astmakontroll er ikke nødvendigvis definert, men vi mener at daglig variasjon ikke bør overstige 15%, med unntak av infeksjonsperioder eller perioder med eksponering for forverrende faktorer. Summen av enkeltpoengene kan anvendes i en tabell som angir funksjonsnedsettelsen for bestemte poengintervaller. Metoden har sine fordele ulemper, men kan sikre en tilnærmet enhetlig vurdering. Imidlertid fører de amerikanske retningslinjene til lavere invaliditetsgrader enn hva det har vært praksis i godkjenne i Norge. 44 Bruk av referanseverdier TBegrepet »normalverdi« blir fortrinnsvis erstattet med »referanseverdi«.

Bruk av referanseverdier krever innsiktsfull tolking av og kunnskap om de forskjellige testene. For det første er det nødvendig å kjenne til sammensetningen av referansematerialet, slik at man finner populasjonene rimelig sammenliknbare. Norskereferanseverdier for spirometri kan for eksempel ikke anvendes på personer av asiatisk opprinnelse. Man bør også kjenne til presisjonen og reproduserbarheten av hver enkelt test, og man må ha kunnskaper om spredningen omkring »forventet« verdi. Som eksempel anses gassdiffusjon til ved karbonmonoksidtest hos ikke-rykere til 30% av forventet verdi (9). Hos rykere skal den utgjøre mer enn 60% (sammenliknet med ikke-rykemateriale) (14). Det er også viktig å være oppmerksom på at et prosentvis avvik fra referansematerialet ikke nødvendigvis tilsvarer den samme prosentvise medisinske invaliditet. 44 Generelle kommentarer T Skade eller sykdom som ikke er godkjent som yrkesskade, skal ikke komme i betraktning ved fastsettelsen av grunnlaget for yrkesskadeerstatning (4) (1/4). Dette er spesielt viktig å være oppmerksom på ved yrkesastma, som hos del pasienter forsvinner når eksponeringen forsvinner. Men eventuelle senvirkninger av tuberkulose eller tobakksbetinget kronisk obstruktiv lungesykdom forsvinner ikke. Dersom yrkespåkjenningen er så massiv at den fører til varig forverring av selve grunnlidelser kan forverringen godkjennes som yrkesbetinget. 8 Hos rykere bør man alltid forsøke å ta stilling til hva som er tobakksrelatert lungeskade og hva som er yrkesrelatert lungesykdom. Helst burde man ha data for eksponerte ikke-rykere, eksponerte rykere og ikke-eksponerte rykere for den aktuelle type og grad av eksponering, for derved å kunne fremme til et estimat for hvilken betydningsfulle yrkeseksponering har hatt for utviklingen av lungesykdommen. Slike data finnes for en del typer eksponering. Generelt er det et stort problem å vurdere hva som skyldes arbeidet og hva som skyldes andre forhold. Likevel kreves det i en spesialisterklæring at det gjøres en skjønnsmessig årsaksvurdering. 55 5 Objektivitet og habilitet T De opplysninger som legen skal gi, kan være farget av subjektive oppfatninger (f.eks. av pasient og lege) og vurderinger som i høy grad er skjønnsmessige, vil spårsmåle om objektivitet og habilitet kunne bli reist (15). At en person er inhabil, vil si at det foreligger omstendigheter som er egnet til å svekke tilliten til personens upartiskhet i en sak. Foruten opplagte kriterier for inhabilitet, som f.eks. familieforhold eller andre former for interessefellesskap, vil faglige eller faglige interesser kunne føre til at man er subjektivt forutinntatt. Dermed er man for eller (av og til) mot godkjenning av yrkessykdom på en måte som teater objektivitet og derved habilitet kan trekkes i tvil. 8 Legen må påse at han i yrkesskadesaker ikke inntar rollen som hjelper eller »advokat« for pasienten på en subjektiv måte og derved blir inhabil som rådgiver for trygdeetaten (16,17). Legelovens 1/30 og Etnisregler for leger er ment å regulere slike forhold, men det er grunn til å anta at kravene til legen om objektivitet og upartiskhet går utover enn lovens bokstav tilsier. 44 5 Konklusjon T I spesialisterklæringen må legen gi en balansert vurdering av styrke og svakheter ved bakgrunnsopplysningene og en konklusjon om årsakssammenheng og medisinsk invaliditet. Også grad av sikkerhet/usikkerhet i den vurderingen skal komme frem. Legen må beherske de grunnleggende begrepene og holde den medisinske-faglige vurderingen (som er legens oppgave) atskilt fra den trygdefaglige, administrative (som er trygdeetatens oppgave). 8 Ved vurdering av medisinsk invaliditet standardiserte lungefunksjonsmålinger samt J150.250.350 belastningstester nyttige i tillegg til de andre J180.270.350 nesten alle opplysningene. Kjennskap til tidligere lungefunksjonsmålinger er en fordel. Bruk av tabell som sammenlikner objektive målinger lunges funksjonsgradering kan være til hjelp i den endelige vurdering av den medisinske invaliditet. 8 På grunnlag av de innhentede opplysningene vil trygdeetaten fatte vedtak om årsaksforhold og godkjenning, samt erstatningens størrelse. Rettferdig og lik behandling over hele landet og over tid kan bare oppnås ved kvalitetsbevissthet ved gjennomføringen av de arbeidsoppgaver som er pålagt fagpersonene ved utredninger og kvalifiserte vurderinger og trygdeetaten ved dens administrative apparat. 10 48 13 Vi takker Sven Lindstrøm, Yrkesskadekontoret, Rikstrygdeverket for nyttige kommentarer til manus. 8 P1410 2 4 110 Litteratur 8 T1. Hanoa R, Brenne K. Legenes oppgaver i yrkesskadesaker. Tidsskr Nor L (1989; 109: 2669-73). 82. Bakke P, Overø O, Gulsvik A, Hanoa R. Brønnsanamnese skjema i en lungeavdeling. Tidsskr Nor L (1988; 108: 2729-30). 83. Invaliditetstabell. Fastsettelse 5. mai 1972 i med av 1/2, siste ledd i forskrifter om yrkesskadeerstatning gitt ved kongelig resolusjonsamme dag. Oslo: Sosialdepartementet, 1972. 84. Forskrifter om yrkesskadeerstatning. Fastsettelse ved kongelig resolusjon 5. mai 1972. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1972. 85. Kjinnstad A. Fem ulike utførelsebegreper. Tidsskr Nor L (1989; 109: 2111-15). 86. Veiledning for leger. Oslo: Rikstrygdeverket, 1984. 87. Norges offentlige utredninger. Erstatning og forsikring ved yrkesskade. NOU 1988: 6. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1990: 103-17. 88. Gulsvik A. Obstructive lung disease in an urban population. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, Rikshospitalet, 1979. 89. Gulsvik A, Bakke P, Humerfelt S, Omenaas E, Tosteson T, Weiss ST et al. Single breath transfer factor for carbon monoxide in an asymptomatic population of never smokers. Thorax 1992; 47: 167-73. 810. Guides to Evaluation of Permanent Impairment. Chicago: American Medical Association 1990. 811. Oren A, Sue DY, Hansen JE, Torrance DJ, Wasserman K. The role of exercise testing in impairment evaluation. Am Rev Respir Dis 1987; 135: 230-5. 812. Nordenfelt I, Adolfsson L, Nilsson JE, Olsson S. Reference values for exercise tests with continuous increase in load. Clin Physiol 1985; 5: 161-72. 813. American Thoracic Society. Guidelines for the evaluation of impairment/disability in patients with asthma. Am Rev Respir Dis 1987; 135: 1056-61. 814. Knudson RJ, Kaltenborn WT, Burrows B. The effects of cigarette smoking and smoking cessation on the carbon monoxide diffusing capacity of the lung in asymptomatic subjects. Am Rev Respir Dis 1989; 140: 645-51. 815. Norges offentlige utredninger. Forvaltningsetikk. NOU 1993: 15. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1993. 816. Legeloven. Lov av 13. juni 1980, nr. 42, 1/30. 817. Hvinden B. Legen 1/2 en bakkebyrkrat? Tidsskr Nor L (1994; 114: 1451-4). 818. 3 p 8 h j ø d 3 P 160 Tabell 13 Spesialisterklæringens innhold 8 P16280, 6.12.40, 6.41 8 Generell og spesiell yrkesanamnese 8 Generell: Hvor lenge og i hvilke bedrifter pasienten har vært ansatt, og hva arbeidsoppgavene har bestått i 8 3 Spesiell Kvalitativ og kvantitativ beskrivelse av eksponeringsfaktorene vedkommende har vært utsatt for 8 5 8 Tobakksrøyking 8 Startalder, røykeopphold, tobakksmengde og -type tidligere og nå. Gamle journalopplysninger og komparentopplysninger om røykevanene 8 8 Fritidseksponering 8 Eksempler: asbest, loddning, allergener 8 8 Tidligere sykdommer 8 Alle tidligere sykdommer, med spesielt lungesykdom, hjertesykdom og allergier 8 8 N) v) rende sykdommer 8 Alle de sykdommer som n) måtte være med på } preg av pasientens livssituasjon 8 8 Aktuell sykdom 8 Debut 8 Symptomer generelt 8 Symptomer ved anstrengelser 8 Symptomer i relasjon til arbeidet, spesielle eksponeringssituasjoner 8 Eventuell bedring i fridag 8 Betydningen av infeksjoner 8 Sykhusinnleggelse 8 Allergi 8 Andre forverrende faktorer som: 8 Røyking 8 Kulde 8 Anstrengelse 8 Psykisk påkjenning 8 8 Medikamenter 8 Ofte et godt mål på) ensykdoms alvorlighetsgrad 8 8 Status 8 En kortfattet status presens 8 8 Supplement

undersøkelser

Diagnostiske: F.eks. røntgenundersøkelser, allergitester

3 Funksjonstester: spirometri, PEF-måling av gassdiffusjon og blodgasser, belastningstester og test p

uspesifikk bronkial hyperreaktivitet

Vurdering

Drift differensialdiagnose

usikkerhet i opplysningene og mulige sammenhenger mellom sykdomsbildet og eksponering

Konklusjon

Besvar spørsmålene fremsatt av oppdrags giver p

en klar og utvetydig måte. Spesielt må det beskrives hvor stor andel av den totale medisinske invaliditet kan tilskrives yrkeseksponeringen

P16183P160Tabell23 Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell for nedsatt hjerte- og/eller lungefunksjon (3)

P16280, 6.5.34, 6.40, 6.41

Funksjons- og gruppe

Symptomer

Invaliditetsgrad (%)

P16280

I

De foreligger organisk sykdom eller lyte, men uten innskrenkning i fysisk aktivitet, det oppstår ikke unormal tretthet, palpitasjoner, dyspné eller angina pectoris ved f.eks. lett sport, turer i fjell og skog, eller gange i lange trapper og bakker

0%10

II

Det foreligger organisk sykdom eller lyte som medfører lett innskrenkning i fysisk aktivitet. Det oppstår unormal tretthet, palpitasjoner, dyspné eller angina pectoris ved vanlige anstrengelser ved f.eks. middels tungt kroppslig arbeid, hurtigere eller lengre gange på flat eller opp trapper i flere etasjer eller lange motbakker. Vedkommende følger seg vel når han holder seg i ro

15%40

III

Det foreligger organisk sykdom eller lyte, eventuelt med svikt eller demer som gir seg ved adekvat behandling. Den fysiske aktivitet er betydelig nedsatt. Vedkommende følger seg vel når han er i ro, men får symptomer ved moderate anstrengelser, f.eks. ved kort tids gange på flat vei, opp en kort motbakke eller trapp en etasje opp og ved lett kroppslig arbeid

45%65

IV

Det foreligger organisk sykdom eller lyte, eventuelt med demer som ikke gir seg helt ved adekvat behandling. Det oppstår symptomer ved de minste anstrengelser som f.eks. under tale, av- og påkledning, langsom gange inne på gulvet eller på flat mark ute og ved liknende daglige gjøremål

70%100

I

Tap av en lunges funksjon, total plastikk eller pulmonektomi. Den andre lungen frisk

35

P16183P160Tabell33 Sammenheng mellom funksjonsklasse, respirasjonsfysiologi og invaliditet bygd på den norske invaliditetstabellen (tab 2) og tabeller utarbeidet av American Medical Association (10). Anbefalte forventningsverdier for spirometri gassdiffusjon målt ved karbondioksidtest (DLCO) er basert på studier av Gulsvik og medarbeidere (8, 9)

P16280, 6.5.20, 6.26, 6.27

Funksjons- og gruppe

Respirasjonsfysiologi

Invaliditetsgrad (%)

P16280

I

FVK 92%380%, FEV1 92%380%, FEV% 92%370% og DLCO 92.3 65%70% av forventede verdier

0%10

II

FVK 60%79%, FEV1 60%79%, eller FEV% 60%69%, eller DLCO 50%65% av forventede verdier

15%40

III

FVK 50%59%, eller FEV 40%59%, eller FEV% 40%59%, eller DLCO 40%49% av forventede verdier

45%65

IV

FVK 92,3 50%, eller FEV1 92,40%, eller FEV% 92,340%, eller DLCO 92,3 40% av forventede verdier

70%100

P16183P160Tabell43 Sammenheng mellom funksjonsklasse og V7,5p10O29,5p10 maks (10). Det må vurderes om begrensning i V7,5p10O29,5p10 maks er helt eller delvis respiratorisk betinget

P16280, 6.7.16, 6.22, 6.27

Funksjons- og gruppe

V7,5p10O29,5p10 maks

Invaliditetsgrad (%)

P16280

0.325 ml/(kg6p10dj9,5p10min)

0%10

II

20%25 ml/(kg6p10dj9,5p10min)

0.15%40

III

0.15%20 ml/(kg6p10dj9,5p10min)

0.45%65

IV

0.92,315 ml/(kg6p10dj9,5p10min)

0.70%100

P16183

Publisert: 28. februar 1996. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 26. juli 2026.