

Anerkendelse af arbejdsskader. Udvidelse eller afskaffelse?

Af Tage Søndergaard Kristensen.

Arbejdsskadeloven og den måde, loven administreres på, er til stadighed til diskussion. I de senere år har man specielt diskuteret to emner: Dels den stærke stigning i anmeldelser af psykiske lidelser, hvoraf dog meget få ender med at blive anerkendt. Og dels den mangelfulde og fejlbehæftede sagsbehandling i Arbejdsskadestyrelsen, som har givet anledning til offentlig kritik, og som for nyligt har medført, at ministeren har givet grønt lys for genoptagelse af alle sager, hvor den skadelidte føler sig dårligt behandlet.

I det følgende vil jeg specielt se på det *første* spørgsmål. Og jeg vil i den forbindelse specielt forholde mig til den kritik, der er blevet fremført af venstrefløjen og fagbevægelsen. Den indeholder tre punkter: 1. Den store stigning i anmeldelsen af psykiske lidelser er udtryk for, at det psykiske arbejdsmiljø er blevet dårligere. 2. Kun omkring 5% af de anmeldte lidelser anerkendes, hvilket er alt for lavt. Der burde anerkendes langt flere. 3. Flere psykiske lidelser (end PTSD) burde anerkendes som arbejdsbetingede, hvilket ville gøre det lettere at få lidelserne anerkendt.

Min hovedpointe er, at venstrefløjens og fagbevægelsens argumenter er overfladiske og dårligt gennemtænkt, samt at man til syvende og sidst skader medlemmerne og modarbejder deres interesser.

Jeg vil fokusere på de psykiske lidelser, men de fleste argumenter gælder også for bevægeapparatlidelser og hjertekarsygdomme, hvor der også anerkendes meget få tilfælde.

Der er i denne sammenhæng fire hovedspørgsmål, som man er nødt til at kunne besvare: 1. Hvad er en sygdom? 2. Hvad vil det sige, at en sygdom er arbejdsbetinget? 3. Hvad sker der med den person, som får sin lidelse anmeldt? 4. Hvem har interesse i arbejdsskade-sektorens enorme vækst i de senere år?

Vi tager et spørgsmål ad gangen.

1. Hvad er en sygdom?

Man skulle tro, at det var let at definere, hvad *sygdom* er, men det har vist sig umuligt. I stedet opererer man med *sygdomme*, men også her støder man på problemer. De fleste kan blive enige om, at lungebetændelse og malaria er sygdomme, men hvad med stress, ondt i ryggen, piskesmæld, alkoholisme, ludomani, ADHD, udbrændthed og forhøjet blodtryk? Det er bestemt ikke let at besvare, og selv eksperterne er uenige. Som bekendt blev homoseksualitet betragtet som en sygdom for nogle år siden, og det gør man stadig i mange andre lande. Til

gengæld har vi fået nye tilstande på sygdomslisten. For nogle år siden havde mange drenge krudt i røven, men nu skal de have medicin mod sygdommen ADHD. Der er to parallelle hovedtendenser i vores samfund i øjeblikket: *Medikalisering og sygeliggørelse*. Medikalisering er en samfundsmæssig tendens, hvor flere og flere tilstande forstås og behandles som om, der var tale om sygdomme. (Gode eksempler er graviditet, fødsel, overgangsalder, sorg osv). Ved sygeliggørelse forstås, at individer med forskellige tilstande – som fx forhøjet blodtryk, urolig adfærd og manglende seksuallyst – henvises til læge, udstyres med en diagnose og behandles medicinsk eller terapeutisk. (Hvas, 2008).

Bag forvirringen om sygdom gemmer sig to helt forskellige sygdomsopfattelser. Ifølge den *essentielle* opfattelse er sygdomme "noget derude", som kan opdages, undersøges, diagnosticeres og (forhåbentlig) behandles. Dette gælder for eksempel for cancer, blodpropper i hjertet, malaria, kopper, pest, børnelammelse osv. Altså de "rigtige" sygdomme. Ifølge den *social konstruktivistiske* opfattelse er sygdomme derimod noget, vi *skaber* ved at italesætte bestemte tilstande som sygelige. En person, der taler i tunger, bliver i nogle kulturer betragtet som særligt klog, mens man hos os betragter personen som (sinds)syg. Det gør jo en forskel.

I de senere år har vi haft en enorm vækst i de socialt konstruerede sygdomme som fx anoreksi, ADHD, PTSD, OCD, ludomani, piskesmæld, stress, udbrændthed osv. Mange af sygdommene kommer fra USA (de såkaldte GOBSAT-sygdomme: "Good Old Boys Sitting Around a Table", hvilket refererer til, at disse sygdomme/syndromer ofte er et resultat af en konsensus mellem nogle mandlige eksperter, som mødes og bliver enige om nogle nye sygdomme, som herefter skaber et enormt marked for behandling, terapi og medicin). En fantastisk beretning om, hvordan man internationalt spreder den amerikanske sygdomsforståelse til resten af verden med en kraftig medikalisering til følge, kan man læse i bogen "Crazy like US". (Watters, 2010).

Når man i diskussionen om arbejdsskader kræver, at "sygdomme" som fx arbejdsbetinget stress, udbrændthed eller ondt i ryggen skal anerkendes, støder man således på det fundamentale problem, at langt fra alle vil anerkende disse tilstande som *sygdomme*. Og så kan det jo være lige meget, om de er arbejdsbetingede eller ej.

I forlængelse heraf er der to yderligere problemer, som man skal tage stilling til: 1. Hvor *alvorlig* skal lidelsen være, for at der er tale om en sygdom? Helt konkret: Hvor går grænsen mellem at være ked af det og at have en depression? Hvor er grænsen mellem nervøsitet og en invaliderende angst? 2. Hvordan kan man vide, om tilstanden er *stationær*? Kan den helbredes? Går den væk af sig selv? Hvor lang tid vil der gå, inden personen er "fit for fight" igen? Det ved vi utroligt lidt om. (Og i forbindelse med arbejdsskadesager er det nødvendigt at kunne afgøre, om tilstanden er stationær eller ej).

2. Er sygdommen arbejdsbetinget?

Der er med andre ord besvær nok med at finde ud af, hvad en sygdom er, især når det drejer sig om psykiske lidelser og lidelser i bevægeapparatet. Men problemerne bliver langt større, når man skal finde ud af, om sygdommen er *arbejdsbetinget* eller ej. For at sige det lige ud: *Det kan man principielt ikke, og nok så meget forskning løser ikke problemet.*

Lad os først se på, hvad man *kan*. Man kan ved hjælp af systematisk og god forskning identificere faktorer i og uden for arbejdet, som øger risikoen for forskellige sygdomme. Disse faktorer kalder man årsager eller risikofaktorer. For det første skal der være tale om forskning af høj kvalitet, for at man kan vide, om der reelt er tale om en årsag og ikke blot en statistisk sammenhæng. Og for det andet skal man have mange undersøgelser, som giver samme resultat, før man begynder at tro på det. Trods 30 års intensiv forskning er der således stadig tvivl og uenighed om sammenhængen mellem "job strain" og hjertekarsygdom. Og der er stadigvæk mange, som ikke rigtig tror på sammenhængen mellem natarbejde og brystcancer hos kvinder. I den slags situationer er der brug for mere – og især bedre – forskning.

Der findes ingen alment accepterede regler for, hvor meget forskning, der skal til, før man må bøje sig for "evidensen". Tænk blot på alle årene, hvor der blev sået tvivl om sammenhængen mellem passiv rygning og kræft. Både tobaksindustrien, mange politikere og fagbevægelsen var meget imod at anerkende denne forskning.

Men det største problem er ikke, om der er forskning nok til, at en sammenhæng må anses for dokumenteret. Det egentlige – og fundamentale – problem er at afgøre, om det *enkelte sygdomstilfælde* er arbejdsbetinget eller ej. Problemet er i al sin enkelthed, at det kan man ikke. *Man kan ikke stille en årsagsdiagnose*. Forskningen kan fortælle, at personer, der ryger cigaretter, har en fordoblet risiko for blodprop, men forskningen kan *aldrig* svare på, om den *enkelte* ryger, der får en blodprop, ville have fået den alligevel, selv om personen ikke havde røget cigaretter. Det ved kun Vorherre, og han forstår som bekendt at holde tæt.

Hvis en risikofaktor fordobler risikoen for en sygdom, så ved vi, at vi ville kunne fjerne halvdelen af sygdomstilfældene ved at fjerne denne faktor, og det er, hvad forskningen kan bruges til: forebyggelse. Men hvem der ville have fået sygdommen under alle omstændigheder, kan vi aldrig få at vide. Der er meget få personer, der har gjort sig klart, at det er sådan, landet ligger. Man forlanger mere forskning for at løse problemet, men mere forskning har ikke noget med sagen at gøre.

Blandt arbejdsmedicinere og andre forsøger man at løse problemet ved at operere med noget, man kalder "*konkurrerende årsager*". Man forestiller sig, at hvis der ikke er konkurrerende årsager, så må sygdommen være arbejdsbetinget. Det lyder plausibelt, men er noget vrøvl. Årsager konkurrerer aldrig – de samvirker. Den andel, der skyldes en bestemt faktor, er den samme både blandt dem med "*konkurrerende årsager*" og dem uden.

Det eneste lille halmstrå, vi har at holde os til, er, at en årsag skal komme før en virkning. Hvis personen har haft sygdommen *før* den relevante risikofaktor optræder, så kan vi med rimelighed konkludere, at sygdommen *ikke* er arbejdsbetinget.

Undertiden foreslår man, at man kan løse dette principielle problem ved at indføre omvendt bevisbyrde. Altså at arbejdsgiveren skal bevise, at sygdommen *ikke* er arbejdsbetinget. Da arbejdsgiveren ikke kan dette (af de samme grunde som at man ikke kan bevise det modsatte), vil det sige, at man skal anerkende alle tilfælde, hvor en person er blevet eksponeret for noget skadeligt på jobbet. Bortset fra, at dette er en uholdbar juridisk situation i et retssamfund, vil en sådan regel hurtigt vise sig at have uoverskuelige økonomiske konsekvenser.

Grundlæggende støder vi altså ind i to meget store problemer: Det er næsten umuligt at afgøre, hvad en sygdom er, og det er principielt umuligt at afgøre, om et sygdomstilfælde er arbejdsbetinget. Der er med andre ord gode grunde til at droppe hele dette system. Men der er ikke blot forskningsmæssige og principielle grunde. Det viser sig også, at anmeldelser af lidelser skader dem, som det hele skulle forestille at være til gavn for. Det vender vi os mod nu.

3. Konsekvenser for den skadelidte.

Det har i mange år været kendt, at folks egen sygdomsopfattelse ikke alene har umådelig stor betydning for deres adfærd, men også for deres risiko for hospitalsindlæggelser, førtidspensionering og dødelighed. Den første undersøgelse om sammenhængen mellem selvurderet helbred og dødelighed kom i 1982, og siden er der kommet snesevis af undersøgelser, der underbygger dette billede. Mange har endog konkluderet, at personens egen sygdomsopfattelse har større betydning for indlæggelser og dødelighed end de medicinske diagnoser.

I 1995 gennemførte Rohling og kolleger en tilsvarende undersøgelse vedrørende *anmeldelsen af arbejdsskader*. De ville se, om selve det at anmelde en arbejdsskade førte til mere sygdom og invaliditet hos den skadelidte, og svaret var entydigt ja. Deres gennemgang af litteraturen handlede specifikt om ryglidelser (dengang blev der kun anmeldt meget få psykiske lidelser), og de fandt, at anmeldelse såvel som erstatning gør patienterne mere syge og mindsker tilknytningen til arbejdsmarkedet. Konklusionen var krystalklar: *Det er meget vanskelig at blive rask, når man skal bruge al din tid og energi på at bevise, at man er syg.* Og det er jo lige præcis det, man skal, når man har en arbejdsskadesag kørende.

I 2005 publicerede Harris og kolleger så en gennemgang af over 200 undersøgelser, som omhandlede resultatet af operative indgreb på patienter med anmeldelse af arbejdsskader. Det viste sig, at risikoen for et dårligt resultat efter operationen var fire gange så høj blandt patienter med en arbejdsskadesag! Anmeldelse af arbejdsskader er med andre ord sygdomsskabende.

I 2009 gennemførte Rasmussen, Hestbæk og kolleger en række undersøgelser i Danmark om det samme emne. De fandt, at anmeldelse af en bevægeapparatlidelse førte til meget større risiko for udstødning fra arbejdsmarkedet, flere og længerevarende smerter, større medicinforbrug og større tab af funktionsevne. Endelig fik vi i 2013 en undersøgelse af Kolstad og kolleger, der viste, at anmeldelse af arbejdsskader fører til 46% større risiko for udstødning fra arbejdsmarkedet. Det vil med andre ord sige, at hver tredje af de udstødte blandt de personer, der får anmeldt en arbejdsskade, kan takke selve anmeldelsen (og ikke deres helbredstilstand) for, at de udstødes fra arbejdsmarkedet.

En person med en formodet arbejdsskade har brug for to ting: At blive rask og at komme tilbage i beskæftigelse. Og forskningen viser, at en anmeldelse gør begge dele sværere. Omkring 5% af de anmeldte med psykiske lidelser får en erstatning efter lang tids venten, men om den gør deres forhold bedre, er ikke undersøgt. Det samlede billede er nedslående. En anmeldelse af en arbejdsskade (specielt psykiske lidelser og bevægeapparatlidelser) er på ingen måde i de anmeldte personers interesse.

4. *Hvad holder systemet i gang?*

I mange år har antallet af anmeldte bevægeapparatskader ligget på cirka 1.500, mens antallet af anmeldte psykiske lidelser er steget til et niveau i nærheden af 5.000 per år. Disse mange anmeldelser har skabt beskæftigelse for mange hundrede mennesker. Ikke blot i Arbejdsskadestyrelsen, men også i fagbevægelsen, arbejdsgiverorganisationer, forsikringsselskaber, de arbejdsmedicinske klinikker, praktiserende læger, advokater, socialrådgivere m.v. De allerfleste af disse ser sig selv som de skadelidtes advokater, hvilket betyder, at de ikke blot anmelder lidelser, men også er aktive med at anke afgørelser, skaffe yderligere dokumentation, indhente speciallægeerklæringer osv. osv. Ingen har forsøgt at skabe overblik over hele denne sektor, men der er et stærkt behov herfor.

De mennesker, der arbejder i denne sektor, som har været i enorm vækst i de senere år, er naturligvis ikke kyniske personer. De ser på sig selv som personer, der prøver at hjælpe mennesker, der har problemer med helbred og i risiko for udstødning. Og de skadelidte har det på samme måde. De ser ofte på lægerne, konsulenterne, advokaterne, socialrådgiverne osv. som personer, der hjælper og støtter dem i deres kamp mod et stift og uretfærdigt system. Disse selvopfattelser hos både "hjælper" og "hjulpes" er lige præcis med til at gøre ondt værre. Når så mange arbejder på at få en lidelse anerkendt, har den skadelidte ingen interesse i at blive rask. Ja, man kan oven i købet sige, at mange skadelidte – bevidst eller ubevidst – ikke kan nænne at blive raske. Dette må ikke forveksles med de misbrugte begreber "renteneurose" eller "systemtænkning". Der er tale om helt banale og forståelige psykologiske mekanismer, som de allerfleste kan sætte sig ind i.

Da stort set alle mennesker har været udsat for ergonomiske eller psykosociale belastninger i arbejdet, der potentielt kan give enten bevægeapparatlidelser eller psykiske symptomer/lidelser, så vil der til stadighed kunne anmeldes tusinder af disse lidelser i de kommende år. Eneste resultat vil være et enormt spild af menneskelige ressourcer. Både hos de skadelidte og hos dem, der skal forestille at hjælpe dem.

5. *Hvad bør der gøres?*

Arbejdsskadesystemet er et barn af industrialismen og bør udfases i takt med, at de "gamle" erhvervssygdomme bliver reduceret og forhåbentlig forladt. (Høreskader, hjernesygdomme, blyforgiftning, eksemmer osv). Man bør for alt i verden ikke blande de "moderne" multifaktorielle sygdomme sammen med det historiske erhvervssygdomsbegreb. Derfor bør man undgå, at de fire store moderne sygdomme – cancer, hjertekarsygdomme, psykiske lidelser og bevægeapparatlidelser – bliver omfattet af arbejdsskadelovgivning. Det giver kun bøvvl, enorme sagsbunker, endeløse diskussioner om anerkendelse, krav om anerkendelse af nye sygdomme, årelange ankesager, frustrerede patienter og spild af menneskers liv og tid. Fra et økonomisk synspunkt er der tale om et enormt produktivitetstab.

Enhver, som har mødt mennesker, der fremviser tykke ringbind med sagsakter, som går 5-10 år tilbage i tiden, og som fortæller om Arbejdsskadestyrelsens uforstående sagsbehandlere og om uretfærdig behandling af et koldt og umenneskeligt system, ved hvad jeg taler om. Det er ikke for meget sagt, at sagen, den uretfærdige behandling og forurettelsen er blevet disse menneskers livsindhold. Tænk hvis der var nogen, der i stedet havde hjulpet dem med deres helbredsproblemer og deres beskæftigelsessituation!

For mig at se, er det ikke svært at se, hvad der er brug for:

1. At fokusere på *arbejdsfastholdelse og tilbageføring til arbejdspladsen* i stedet for erstatning. Arbejdsfastholdelse er fremadrettet og fokuserer på den skadelidtes ressourcer, mens erstatning er bagudrettet og fokuserer på den skadelidtes skavanker. Der er med andre ord brug for et fundamentalt skift i måden at tænke og arbejde på. Hele "arbejdsskadesystemet" bør omstilles til denne opgave.

2. At forsøge at hjælpe den skadelidte med de *helbredsproblemer*, som personen har, og som ofte er svære at diagnosticere og behandle. På dette område ved vi alt, alt for lidt. Her er der i sandhed brug for "mere forskning". Vi har spredt forskning om bevægeapparatlidelser, funktionelle lidelser m.v. , men det samlede sundhedsvæsen står usikkert og famlende over for patienter med "diffuse" lidelser.

Hvordan et sådant fremtidigt system skal skrues sammen rent organisatorisk, skal jeg ikke forsøge at forholde mig til. Men at der er et enormt behov for at skabe et sådant system, mener jeg ikke, at der kan være tvivl om.

Det er paradoksalt, at vi i et velfærdssamfund opretholder en lovgivning, som skaber så stor udstødning, så lidt velfærd og så stort et produktionstab – både hos behandlerne, der gør mere skade end gavn, og hos de skadelidte, som sygeliggøres og udstødes.

Referencer:

Harris I, Mulford J, Solomon M, van Gelder JM, Young J. *Association between compensation status and outcome after surgery*. Journal of the American Medical Association 2005; 293:1644-1652.

Hestbæk L, Rasmussen C, Leboeuf-Yde C. *Financial compensation and vocational recovery: a prospective study of secondary care neck and back patients*. Scandinavian Journal of Rheumatology 2009;38:481-487.

Hvas L. *Medicin til raske – en syg ide?* København: Center for Sundhed og Samfund, 2008. (Disputats).

Mik-Meyer N, Johansen MB. *Magtfulde diagnoser og diffuse lidelser*. København: Samfundslitteratur, 2009.

Rasmussen C, Leboeuf-Yde C, Hestbæk L, Manniche C. *Dårlig prognose for rygsmerter når patienten er involveret i erstatningssager – sekundær publikation*. Ugeskrift for Læger 2009; 171:1604-1607.

Rohling ML, Binder LM, Langhinrichsen-Rohling J. *"Money matters: a metaanalytic review of the association between financial compensation and the experience and treatment of chronic pain"*. *Health Psychology* 1995;14:537-547

Watters E. *Crazy like US. The globalization of the American psyche*. New York: Free Press, 2010.