

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

nelse, kan der udføres en randomiseret undersøgelse, idet man på forhånd skal have defineret, hvornår man vil søge at udføre stenekstraktionen på den ene eller på den anden måde for præcist at kunne vurdere den enkelte tekniks succesrate. Det skal dog først afklares, om stenekstraktion bør foregå laparoskopisk eller endoskopisk.

Korrespondance: Alan Patrick Ainsworth, Kirurgisk Afdeling A, Odense Universitetshospital, DK-5000 Odense C. E-mail: alan.ainsworth@dadlnet.dk

Antaget: 21. august 2006  
Interessekonflikter: Ingen angivet

**Litteratur**

1. Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for behandling af patienter med galdestenssygdomme. København: Sundhedsstyrelsen, 2006.
2. Adamsen S, Hansen OH. Laparoscopic cholecystectomy and ERCP. *Gastrointest Endosc* 1998;48:332-4.
3. Jørgensen T. Behandling af patienter med galdesten. En medicinsk teknologivurdering. København: Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi og Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering, 1999.
4. Schulze S, Damgaard B, Kristiansen VB. Laparoskopisk behandling af koledukussten. *Ugeskr Læger* 2004;166:2985-7.
5. Martin DJ, Vernon DR, Toouli J. Surgical versus endoscopic treatment of bile duct stones. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. Art. No.:CD003327.pub2. DOI:10.1002/14651858.CD003327.pub2.
6. Cuschieri A, Lezoche E, Morino M et al. E.A.E.S. multicenter prospective randomized trial comparing two-stage vs single-stage management of patients with gallstone disease and ductal calculi. *Surg Endosc* 1999;13:952-7.
7. Rhodes M, Sussman L, Cohen L et al. Randomised trial of laparoscopic exploration of common bile duct versus postoperative endoscopic retrograde cholangiography for common bile duct stones. *Lancet* 1998;351:159-61.
8. Ainsworth AP, Adamsen S, Rosenberg J. Kolecystektomi i Danmark 1989-2003. *Ugeskr Læger* 2005;167:2648-50.

## Anmeldelse af udvalgte arbejdsbetingede kræfttilfælde (1994-2002) til Arbejdsskadestyrelsen

Seniorforsker Johnni Hansen, overlæge Torben Riis Rasmussen, overlæge Øyvind Omland & Forskningschef Jørgen H. Olsen

Kræftens Bekæmpelse, Institut for Epidemiologisk Kræftforskning

**Resume**

**Introduktion:** I Danmark kan der gives erstatning for erhvervsbetingede sygdomme. Det er lægens ansvar at anmelde til Arbejdsskadestyrelsen, når mistanken opstår. For kræftsygdommenes vedkommende er antallet af anmeldte tilfælde lavere end ventet. Vi vurderede årsagerne til underrapporteringen for to erhvervsbetingede kræftformer.

**Materiale og metode:** Tilfælde af pleuralt mesoteliom og adenokarcinom i næse- og bihuler diagnosticeret i perioden 1994-2002 blev fundet i Cancerregisteret. Patienterne blev søgt i Arbejdsskadestyrelsens database over anmeldte kræftsygdomme. For uanmeldte tilfælde blev oplysninger om ansættelsesforhold siden 1964 og stillingsbetegnelser indsamlet fra Arbejdsmarkedets Til lægspension og Det Centrale Personregister, og sandsynligheden for en erhvervsmæssig udsættelse for asbest, henholdsvis træstøv blev vurderet.

**Resultater:** Til Cancerregisteret var anmeldt 695 personer med pleuralt mesoteliom og 108 personer med adenokarcinom i næse- og bihuler. I alt 381 (55%) tilfælde af mesoteliom og 44 (41%) af adenokarcinom blev genfundet i Arbejdsskadestyrelsen. Af disse blev henholdsvis 91% og 87% anerkendt som arbejdsbetingede. Simple erhvervsoplysninger var tilgængelige for tre fjerdedele af de patienter, som ikke var anmeldt til Arbejdsskadestyrelsen. For 60% af mændene og 3% af kvinderne med mesoteliom gav oplysningerne mistanke om asbestudsættelse; de tilsvarende tal for adenokarcinom og træstøvsudsættelse var 32% og 0%.

**Konklusion:** Vi fandt en betydelig underrapportering til Arbejdsskadestyrelsen af pleurale mesoteliomer og adenokarcinomer i næse- og bihuler. Underrapporteringen synes ikke at være mindre i dag end den var i 1980'erne. Vi anbefaler, at alle tilfælde af mesoteliom og kræft i næse- og bihuler, som man ikke finder grundlag for at anmelde til Arbejdsskadestyrelsen, henvises til ætiologisk udredning på en arbejdsmedicinsk afdeling.

Det skønnes, at 2-4% af alle kræfttilfælde i den vestlige verden skyldes kendte kræftfremkaldende påvirkninger i arbejdsmiljøet [1-3]. Men der er store variationer fra fag til fag og fra område til område, således at det for visse grupper af ufaglærte arbejdere er op mod 20% af kræftforekomsten, som kan tilskrives arbejdsmiljøet [4]. Herhjemme konstateres der årligt omkring 33.000 nye tilfælde af kræft [5]. Hvis andelen på 2-4% er gældende for Danmark, betyder det, at 650-1.300 kræfttilfælde om året er arbejdsbetingede. Læger og tandlæger, der konstaterer eller får mistanke om, at en person har pådraget sig en arbejdsbetinget sygdom, skal ifølge dansk lov anmelde sygdomme til Arbejdsskadestyrelsen og Arbejdstilsynet (fælles anmeldelsesblanket) [6, 7]. På sygehuse og klinikker påhviler anmeldepligten den ledende læge eller tandlæge. Når Arbejdsskadestyrelsen har anerkendt en lidelse som erhvervs sygdom, afgør styrelsen efterfølgende, om der skal gives: 1) godtgørelse for varigt men, 2) erstatning for tab af erhvervssevne, 3) erstatning til efterladte ved død 4) og dækning af eventuelle udgifter til behandling. Når sygdommen er

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

kræft, kan erstatningen for men og tabt erhvervssevne godt være betydelig, ofte i størrelsesordenen 1 mio. kr. eller mere.

I Arbejdsskadestyrelsen er der for perioden 1997-2003 i gennemsnit pr. år anmeldt 208 tilfælde af kræft [7, 8]. Af disse er godt halvdelen blevet anerkendt. Den forholdsvis lave anmeldeshyppighed i forhold til de forventede 2-4% kunne tyde på, at andelen af arbejdsbetingede kræfttilfælde i Danmark enten er mindre end i andre industrialiserede lande, eller at henvisningsvejen til en arbejdsmedicinsk udredning ikke fungerer tilfredsstillende. Med udgangspunkt i to erhvervsbetingede kræftformer, det pleurale mesoteliom og adenokarcinomet i næse- og bihuler, undersøgte vi omfanget af underanmeldelse og erhvervshistorien for de patienter, som ikke blev anmeldt til Arbejdsskadestyrelsen. For en stikprøve af patienter med mesoteliom eftersøgte vi tillige mulige forklaringer på den manglende anmeldelse.

### Materiale og metoder

Undersøgelsen er godkendt af Datatilsynet, j.nr. 2002-41-1785.

### Undersøelsesgruppen

Undersøelsesgruppen er afgrænset i Cancerregisteret, hvor man siden starten i 1942 har registreret kræftdiagnoser i Danmark med en høj dækningsgrad [9, 10]. Foruden navn og personnummer på patienten indeholder registreringen oplysning om den eksakte kræftdiagnose i henhold til International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O) [11], diagnosedato samt det makroskopiske og mikroskopiske grundlag for diagnosen. Fra Cancerregisteret udtrak vi samtlige personer over 20 år, som var født i perioden 1900-1980, og som stod registreret med pleuralt mesoteliom (topografi 162-163, morfologi 9050-9053 og malignitetskode 3) eller adenokarcinom i næse- og bihuler (topografi 160, morfologi 8140-8141 og malignitetskode 3) og var diagnosticeret i perioden 1994-2002.

### Individuelle erhvervsforløb

Med anvendelse af personnummeret på de to patientgrupper udtrak vi oplysninger fra Arbejdsmarkedets Tillægspension (ATP) om de virksomheder, som lønmodtagerdelen af patientgrupperne havde været ansat på fra ATP's start den 1. april 1964 og frem til diagnosedatopunktet for kræfttilidelsen. Hver virksomhed står anført med sit eget virksomhedsnummer (SE/CVR-nummer). Danmarks Statistik grupperer virksomhederne efter hovedaktivitet og tildeler en branchekode [12]. Af historiske grunde mangler ca. 9% af de registrerede virksomheder i ATP en branchekode. De to patientgrupper blev endvidere søgt i Det Centrale Personregister (CPR) med henblik på indhentning af den stillingsbetegnelse, som personen eventuelt har oplyst til det offentlige via skatteblanketten. I tilfælde af mangelfulde erhvervsoplysninger fra disse registre anvendte vi erhvervsoplysninger fra anmeldelsesblanketten til Cancerregisteret.

Vi skønnede, at den enkelte patient havde haft en sandsynlig erhvervsmæssig udsættelse for asbest, hvis vedkommende inden diagnosedatoen havde været ansat i virksomheder med branchekode 38411 (jernskibsværfter), 38420 (fremstilling af banemateriel), 41010-41030 (el- og varmemærker), 50160 (blikkenslagerforretninger) eller 50192 (isoleringsforretninger), eller hvis patienten havde en stillingsbetegnelse som bl.a. isoleringsarbejder, maskinarbejder, skibsværftsarbejder, automekaniker, blikkenslager eller snedker. Tilsvarende skønnede vi, at patienten havde haft en sandsynlig erhvervsmæssig udsættelse for træstøv, hvis vedkommende havde været ansat i virksomheder med branchekode 33000-33201 (træ- og møbelindustri), 50140 (tømmer- og snedkerforretninger) eller 61168 (engroshandel med træ, trælast og bygningsartikler), eller hvis vedkommende havde en stillingsbetegnelse som bl.a. snedker, tømmer, træ- eller møbelindustriarbejder. Endelig supplerede vi listerne med enkelte virksomheder, som ifølge Arbejdstilsynets historiske arkiv over arbejdshygiejniske målinger har haft et gennemgående arbejdsmiljø med asbest eller træstøv.

Ved hjælp af personnummeret blev undersøelsesgruppen også søgt i Arbejdsskadestyrelsens database over anmeldte henholdsvis anerkendte tilfælde af kræft [13].

### Analyse

Forskelle i frekvensen af anmeldte eller anerkendte kræfttilfælde mellem de to køn og mellem definerede aldersgrupper samt ændringer over tid blev vurderet ved hjælp af  $\chi^2$ -test og Fishers eksakte test.

### Resultater

#### Pleuralt mesoteliom

I perioden 1994-2002 blev der til Cancerregisteret anmeldt i alt 695 personer (591 mænd og 104 kvinder) med pleuralt mesoteliom (Tabel 1), svarende til i gennemsnit 77 tilfælde pr. år. Gennemsnitsalderen på diagnosedatopunktet var 66 år (spændvidde: 30-90 år). Af de 695 tilfælde blev 381 (55%) anmeldt til Arbejdsskadestyrelsen. Der sås igennem årene ingen systematisk ændring i anmeldelsesprocenten, der svinger imellem 43 (2001) og 67 (1997). Af de 381 anmeldte tilfælde havde 331 (87%) fået sygdommen anerkendt som arbejdsbetinget i Arbejdsskadestyrelsen. Der sås en svag stigning i anerkendelsesandelen igennem opgørelsesperioden fra 80% i perioden 1994-1996, 87% i 1997-1999 til 93% i 2000-2002 ( $p < 0,01$ ). Tabel 1 viser også, at andelen af anmeldte tilfælde var højere i aldersgruppen 50-64 år (68%) end i aldersgrupperne 20-49 år (45%) og 65-90 år (48%) ( $p < 0,001$ ). Samme tendens sås for andelen, der efterfølgende blev anerkendt i Arbejdsskadestyrelsen. Desuden var anmeldelsesfrekvensen højere for mænd (62%) end for kvinder (13%) ( $p < 0,001$ ), ligesom andelen, der blev anerkendt, var højere hos mænd (88%) end hos kvinder (50%) ( $p < 0,001$ ).

Tabel 2 giver en oversigt over de 224 mænd og 90 kvinder

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 1. Patienter med pleuralt mesoteliom i Cancerregisteret 1994-2002 og anmeldelsesfrekvens til Arbejdsskadestyrelsen (ASK).

Patientgruppe	Kalenderår									I alt	Alder (år)			Køn	
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002		20-49	50-64	65-90	mand	kvinde
Antal i Cancerregisteret <sup>a</sup>	69	64	68	82	73	97	80	90	72	695	40	245	410	591	104
Antal genfundet i ASK <sup>b</sup>	40	34	35	55	44	55	43	39	36	381	18	166	197	367	14
Andel (%)	0,58	0,53	0,51	0,67	0,60	0,57	0,54	0,43	0,50	0,55	0,45	0,68	0,48	0,62	0,13
Antal anerkendt i ASK	34	27	26	45	38	51	38	38	34	331	16	145	170	324	7
Andel (%)	0,85	0,79	0,74	0,82	0,86	0,93	0,88	0,97	0,94	0,87	0,89	0,87	0,86	0,88	0,50
Antal ikkeanmeldte tilfælde	29	30	33	27	29	42	37	51	36	314	22	79	213	224	90

a) Pr. 31. december 2003

b) Pr. 1. juli 2004

med pleuralt mesoteliom, som ikke blev anmeldt til Arbejdsskadestyrelsen. I de centrale registre stod 48 mænd (21%) og 29 kvinder (32%) med manglende oplysninger om erhverv. Blandt de resterende 176 mænd, for hvem der var erhvervsinformationer, gav oplysningerne i 60% af tilfældene anledning til mistanke om en erhvervsmæssig udsættelse for asbest. Blandt 61 kvinder, for hvem der var registerbaseret erhvervsinformation, var den tilsvarende andel 5%.

### Adenokarcinom i næse- og bihuler

I samme periode blev der til Cancerregisteret anmeldt i alt 108 personer (79 mænd og 29 kvinder) med adenokarcinom i næse- og bihuler (Tabel 3), hvilket i gennemsnit er 12 tilfælde om året. Gennemsnitsalderen var 65 år (spændvidde: 21-90 år). Af de 108 tilfælde blev 44 (41%) anmeldt til Arbejdsskadestyrelsen. Der synes ikke at være en systematisk ændring i anmeldelsesfrekvensen hen over perioden. Af de 44 anmeldte tilfælde havde 40 (91%) fået sygdommen anerkendt i Arbejdsskadestyrelsen. Igennem de seneste år er alle anmeldte tilfælde også blevet anerkendt. Tabel 3 viser, at frekvensen er markant lavere hos kvinder end hos mænd ( $p < 0,0001$ ).

Tabel 4 giver en oversigt over de 38 mænd og 26 kvinder med adenokarcinom i næse- og bihuler, som ikke blev anmeldt til Arbejdsskadestyrelsen. Der manglede registerbaserede erhvervsoplysninger for tre mænd (8%) og ni kvinder (35%). Hos 11 ud af 34 mænd (32%) gav registeroplysningerne anledning til

mistanke om en erhvervsmæssig træstøvsudsættelse. Hos ingen af de 17 kvinder (0%), for hvem der var erhvervsoplysninger, var det muligt at rejse en tilsvarende mistanke.

### Mesoteliomer, som ikke blev anmeldt

Et umiddelbart spørgsmål er, om de tilfælde af kræft, som ikke var anmeldt til Arbejdsskadestyrelsen, var kodet korrekt i Cancerregisteret. Det undersøgte vi på en delgruppe af patienterne med mesoteliom. Fra Cancerregisterets blanketarkiv var det muligt for os at finde de originale indberetningsblanketter for 87 af de 92 patienter med mesoteliom, som var diagnosticeret i treårsperiode 1994-1996, og som ikke efterfølgende var anmeldt til Arbejdsskadestyrelsen (Tabel 1). For de fem patienter, for hvem blanketterne ikke kunne lokaliseres, fik vi informationer om anmeldende afdeling fra Cancerregisterets elektroniske database. På baggrund af de samlede diagnostiske informationer på anmeldelsesblanketterne kunne der i to tilfælde rejses tvivl om rigtigheden af mesoteliomdiagnosen. I det ene tilfælde var der tale om en pleuratumor og en cytologisk undersøgelse, som viste »metastatisk karcinom eller malignt mesoteliom«, og i det andet tilfælde var der på anmeldelsesblanketten til Cancerregisteret anført, at biopsien fra patientens maligne pleuratumor viste »mesoteliom eller adenokarcinom«. Ifølge anmeldelsesblanketterne var den endelige diagnose i de øvrige 98% af tilfældene entydigt beskrevet som pleuralt mesoteliom.

Ud af det samlede tal på 90 patienter, som var anmeldt til Cancerregisteret som pleuralt mesoteliom blev diagnosen for 25 (28%) imidlertid først afklaret ved sektionen (14 patienter havde en erkendt, men ikke nærmere defineret tumor, mens de var i live, og 11 patienter fik diagnosen i form af et uventet fund ved sektionen). For de øvrige 65 patienter (72%) var mesoteliomdiagnosen enten stillet på en thoraxkirurgisk afdeling (15 patienter), en lungemedicinsk afdeling (15 patienter), en onkologisk afdeling (11 patienter), en almen medicinsk afdeling (16 patienter), en anden kirurgisk afdeling (fem patienter) eller andre afdelinger (tre patienter). En gennemgang af journalerne for 16 af patienterne fra henholdsvis Aalborg Sygehus og Århus Sygehus viste, at diagnosen i et tilfælde blev stillet

Tabel 2. Patienter med pleuralt mesoteliom 1994-2002 som ikke er anmeldt til Arbejdsskadestyrelsen, og for hvem der forelå registerbaserede erhvervsoplysninger og mulig erhvervsmæssig udsættelse for asbest.

Køn	I alt n	Uden stilling eller ATP- information	Med stilling og/eller ATP- information	Asbest- udsættelse n (%)
		n	n	
Mænd	224	48	176	105 (60)
Kvinder	90	29	61	3 (5)

ATP = Arbejdsmarkedets Tillægspension

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 3. Patienter med adenokarcinom i næse- og bihuler i Cancerregisteret 1994-2002 og anmeldelsesfrekvensen til Arbejdsskadestyrelsen (ASK).

Patientgruppe	Kalenderår										Alder (år)			Køn	
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	I alt	20-49	50-64	65-90	mand	kvinde
Antal i Cancerregisteret <sup>a</sup>	15	9	10	9	10	16	15	8	17	108	14	35	59	79	29
Antal genfundet i ASK <sup>b</sup>	6	5	6	4	6	5	6	2	4	44	4	15	25	41	3
Andel (%) . . . . .	0,40	0,56	0,60	0,44	0,60	0,31	0,40	0,40	0,24	0,41	0,29	0,43	0,42	0,52	0,10
Antal anerkendt i ASK .	5	5	5	3	5	5	6	2	4	40	3	14	23	38	2
Andel (%) . . . . .	0,83	1	0,83	0,75	0,83	1	1	1	1	0,91	0,75	0,93	0,92	0,93	0,67
Antal ikkeanmeldte tilfælde . . . . .	9	4	4	5	4	11	9	6	13	64	10	20	34	38	26

a) Pr. 31. december 2003

b) Pr. 1. juli 2004

postmortem, at der i tre tilfælde faktisk forelå et journalnotat om, at anmeldelse til Arbejdsskadestyrelsen var foretaget, og at der i yderligere tre tilfælde havde hersket usikkerhed om, hvilken af de involverede afdelinger, der havde ansvaret for at anmelde. I de sidste ni tilfælde havde man aktivt sammen med patienten overvejet muligheden af en erhvervsmæssig baggrund for sygdommen, men havde fundet, at erhvervsanamnesen ikke gav grundlag herfor.

### Diskussion

Vi har undersøgt anmeldelsesvejen til Arbejdsskadestyrelsen for to kræftformer, som begge har en dominerende erhvervsmæssig baggrund, nemlig det pleurale mesoteliom og adenokarcinomet i næse- og bihuler. Det er to sjældne kræftformer, men det er velkendt, at erhvervsmæssig udsættelse for henholdsvis asbest og træstøv er de dominerende årsager. I en tidligere undersøgelse fra Danmark har man påvist, at ca. 85% af alle tilfælde af mesoteliom hos mænd skyldes asbesteksponering [2]. En tilsvarende beregning er ikke gjort for det sinonasale adenokarcinom, men vi vurderer, at den ætiologiske fraktion for træstøv også er høj. På trods af den gode baggrundsinformation viser vores undersøgelse, at kun omkring halvdelen af tilfældene blev anmeldt til Arbejdsskadestyrelsen. For de tilfælde, som nåede frem til Arbejdsskadestyrelsen, blev omkring 90% anerkendt som erhvervsbetingede.

Anmeldelsesfrekvensen for de to kræftsygdomme har tidligere været undersøgt i Danmark [14, 15]. For perioden 1983-1987 var andelen af patienter, som blev anmeldt til Arbejdsskadestyrelsen på 43% for pleuralt mesoteliom og 34% for sinonasalt adenokarcinom [14], mens andelen i perioden 1988-1990 var på henholdsvis 53% og 20% [15]. Forbedringer hen over tid har altså været små. I den nuværende undersøgelse ser det ud til, at anmeldelsesfrekvens er en hel del højere hos mændene end hos kvinderne, og at opmærksomheden vedrørende en mulig erhvervsmæssig baggrund er størst i aldersgruppen 50-64 år sammenholdt med patienter, som på diagnosetidspunktet var yngre henholdsvis ældre.

Underrapporteringen kan forklares ved manglende erhvervsoplysninger for patienter, som ikke anmeldes til Ar-

bejdsskadestyrelsen. Forholdsvist enkle registeroplysninger fra ATP og CPR viser dog, at mere end halvdelen af de uanmeldte mænd med mesoteliom og en tredjedel af mændene med sinonasalt adenokarcinom har stillings- og brancheoplysninger, som er typiske for asbestarbejde henholdsvis træstøvs eksponering. For kvinderne er der langt færre erhvervsoplysninger til rådighed, så her kan det være en del sværere at afdække relevante eksponeringer.

Selv om loven entydigt placerer ansvaret for at anmelde arbejdsbetingede sygdomme hos lægen, kan der i praksis være forhindringer for, at det automatisk sker. Vores gennemgang af 90 uanmeldte pleurale mesoteliomer viste, at imellem en tredjedel og en fjerdedel af tilfældene først blev endeligt afklaret ved sektionen. De skal imidlertid også anmeldes, når sygdommen direkte eller indirekte er årsag til døden. I den situation kan de efterladte være berettiget til erstatning for tab af forsørger og til en såkaldt overgangsydelse. De øvrige tilfælde af uanmeldte mesoteliomer fordelte sig nogenlunde ligeligt på thoraxkirurgiske, onkologiske, lungemedicinske og almen medicinske afdelinger. De kan være et resultat af, at der tilsyneladende foreligger en blank erhvervsanamnese på patienten, en fejlagtig tro på, at anmeldelse er foretaget ved indlæggelse på en anden afdeling eller en ren forglemmelse.

På baggrund af resultaterne af denne og tidligere undersøgelser er der først og fremmest grund til at gentage, at vi som læger har pligt til at anmelde en formodet arbejdsbetinget

Tabel 4. Patienter med adenokarcinom i næse- og bihuler 1994-2002, som ikke er anmeldt til Arbejdsskadestyrelsen, og for hvem der forelå registerbaserede erhvervsoplysninger og mulig erhvervsmæssig udsættelse for træstøv.

Køn	I alt n	Uden stilling eller ATP- information	Med stilling og/eller ATP- information	Træstøvs- udsættelse n (%)
		n	n	
Mænd . . . . .	38	3	34	11 (32)
Kvinder . . . . .	26	9	17	0 (0)

ATP = Arbejdsmarkedets Tillægspension

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

sygdom – det gælder også for patologerne, når sygdommen opdages eller afklares ved sektion; den eneste undtagelse er, når vi ved, at anmeldelse allerede er sket fra anden side. Men vi vil også anbefale, at man i alle tilfælde af mesoteliom, uanset lokalisation, og alle tilfælde af kræft i næse- og bihuler, uanset histologi, hvor man af forskellige grunde har valgt ikke at anmelde til Arbejdsskadestyrelsen, henviser til ætiologisk udredning på en arbejdsmedicinsk klinik. Det kan ske, når diagnosen er afklaret, og den relevante behandling er igangsat.

Når anmeldeshyppighederne er for lave for mesoteliom og sinonasalt adenokarcinom, som har en dominerende erhvervsmæssig årsag, er der grund til at antage, at anmeldeshyppigheden af arbejdsbetingede kræfttilfælde i andre organer, som især er lunge, larynx, urinblære, nyrepelvis, nyreparenkym, lever, knoglemarv og hud er noget ringere. Når anmeldelsen er modtaget i Arbejdsskadestyrelsen, overtager man der ansvaret for, at den ætiologiske udredning føres til ende.

Korrespondance: *Jørgen H. Olsen*, Kræftens Bekæmpelse, Institut for Epidemiologisk Kræftforskning, DK-2100 København Ø. E-mail: [jorgen@cancer.dk](mailto:jorgen@cancer.dk)

Antaget: 16. oktober 2006  
Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelse: Arbejdsskadestyrelsen ved koordinerende overlæge *Bent Mathiesen* takkes for datamæssigt samarbejde og for konstruktive kommentarer til manuskriptet.

## Litteratur

- Doll R, Peto R. The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. *J Natl Cancer Inst* 1981;66:1192-308.
- Olsen JH, Andersen A, Dreyer L et al. Summary of avoidable cancers in the Nordic countries. *APMIS* 1997;105(suppl 76):141-6.
- Siemiatycki J, Richardson L, Straif K et al. Listing occupational carcinogens. *Environ Health Perspect* 2004;112:1447-59.
- Boffetta P, Kogevinas M, Siminato L et al. Current perspectives on occupational cancer risks. *Int J Occup Environ Health* 1995;1:315-25.
- Sundhedsstyrelsen. Cancerincidens i Danmark 2001. København: Sundhedsstyrelsen, 2006 (Sundhedsstatistikken).
- Beskæftigelsesministeriet. Læger og tandlægers pligt til at anmelde arbejdsbetingede lidelser til Arbejdstilsynet og Arbejdsskadestyrelsen. Bekendtgørelse nr. 950 af 26. november 2003.
- [www.ask.dk/Vejledning om arbejdsbetinget kræft/aug 2006](http://www.ask.dk/Vejledning%20om%20arbejdsbetinget%20kræft/aug%202006).
- Arbejdsskadestyrelsen. Arbejdsskadestatistik 3003. København: Arbejdsskadestyrelsen, 2004.
- Jensen AR, Overgaard J, Storm HH. Validity of breast cancer in the Danish Cancer Registry: a study based on clinical records from one county in Denmark. *Eur J Cancer Prev* 2002;11:359-64.
- Storm HH. Completeness of cancer registration in Denmark 1943-1966 and efficacy of record linkage procedures. *Int J Epidemiol* 1988;17:44-9.
- World Health Organization. International classification of diseases for oncology. Geneva: World Health Organization, 1976.
- Danmarks Statistik. Danmarks Statistik Erhvervsgrupperingskode, DSE 77. København: Danmarks Statistik, 1989.
- Hansen J, Schneider T, Olsen JH et al. Availability of data on humans potentially exposed to suspected carcinogens in the Danish working environment. *Pharmacol Toxicol* 1993;72 (suppl 1):77-85.
- Skov T, Mikkelsen S, Svane O et al. Reporting of occupational cancer in Denmark. *Scand J Work Environ Health* 1990;16:401-5.
- Danø H, Skov T, Lynge E. Underreporting of occupational cancers in Denmark. *Scand J Work Environ Health* 1996;22:55-7.

## 50-års-registerefterundersøgelse af 112 patienter med klassisk neurosedidiagnose

Overlæge Peter Winning Jepsen, seniorforsker Knud Juel & professor Per Bech

Rigshospitalet, Psykiatrisk Klinik,  
Distriktpsikiatrisk Center Sankt Joseph, afsnit 8101,  
Statens Institut for Folkesundhed, og  
Psykiatrisk Sygehus, Hillerød

### Resume

**Introduktion:** Register efterundersøgelse af en gruppe patienter med neurosedidiagnose, som udgjorde hospitalsmateriale i afdøde overlæge, dr.med. *Erling Jacobsens* disputats fra 1965.

**Materiale og metoder:** Materialet udgøres af 112 patienter (30 mænd (26,8%) og 82 kvinder (73,2%)), der var hospitalsindlagt i årene 1952-1957 og led af anxios, anankastisk (tvangs-) eller konversionshysterisk neurose. I en tidligere fase af undersøgelsen diagnosticeredes probanderne efter Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM)-III på baggrund af en gennemgang af de originale journaler. Resultaterne i den foreliggende un-

dersøgelse er overvejende baseret på DSM-III-diagnoserne. Med hensyn til død blev status fulgt frem til den 31. december 2004. Den maksimale opfølgningstid var således 53 år.

**Resultater:** Hverken den oprindelige diagnostiske kategorisering af patienterne eller kategorisering efter DSM-III havde prognostisk betydning for forløbet med hensyn til genindlæggelse eller død. I opfølgningstiden indtraf der 67 dødsfald. I populationen som helhed var der en svag, ikkesignifikant overdødelighed på 1,16 for mænd og 1,14 for kvinder. For både mænd og kvinder var der en signifikant overdødelighed pga. selvmord. De fleste selvmord optrådte forholdsvis tæt på udskrivningsdatoen efter indeksindlæggelsen. Af de 112 patienter skiftede 81,2% ikke diagnostisk hovedkategori fra neurose til psykose. 14,3% fik en psykosedidiagnose.

**Konklusion:** En klassisk dansk neurosedidiagnose er i praksis ganske stabil. En mindre andel af patienterne blev dog psykotiske. Den opfattelse, at »ægte« neurotikere ikke siden hen kan få en psykosediagnose, har således ikke kunnet bekræftes.