



# Pilots signaleren beroepslongziekten

Verslag van twee pilots in de eerste en tweede lijn



**LAN**

Long Alliantie Nederland



### **Long Alliantie Nederland**

De Long Alliantie Nederland (LAN) is de federatieve vereniging op het gebied van preventie en zorg van chronische longaandoeningen. Binnen de LAN bundelen partijen uit het longenveld, zoals patiëntenverenigingen, beroepsverenigingen, onderzoekers en bedrijven hun krachten.

De doelen van de LAN zijn:

- Het terugdringen van het aantal mensen met chronische longaandoeningen.
- Het terugdringen van de ernst van hun ziekte en het aantal sterfgevallen als gevolg van chronische longaandoeningen.
- Het bevorderen van de kwaliteit van leven van mensen met chronische longaandoeningen.

Meer informatie vindt u op de website van de LAN. [www.longalliantie.nl](http://www.longalliantie.nl)

### **Preventie werkgerelateerde longziekten**

De Long Alliantie Nederland zet zich in om meer aandacht te krijgen voor het signaleren en voorkomen van werkgerelateerde longziekten.

De doelen zijn:

1. vergroten bewustwording van de gevaren van stoffen bij werkgevers en werknemers in sectoren alsmede op
2. vergroten bewustwording van het belang van arbeid bij artsen en andere zorgverleners en het verbeteren van de arbocuratieve samenwerking.

De Long Alliantie Nederland werkt hierin samen met een klankbordgroep beroepslongziekten met daarin onder meer vertegenwoordiging van longartsen, bedrijfsartsen, arbeidshygiënist en andere deskundigen op het terrein van arbeid en gezondheid.

Meer informatie over onze activiteiten: [www.longalliantie.nl/beroepslongziekten](http://www.longalliantie.nl/beroepslongziekten)

Dit rapport is gepubliceerd door de Long Alliantie Nederland en mogelijk gemaakt met subsidie van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Deze pilotstudie is uitgevoerd in samenwerking met de pilotpartners in dit traject en met betrokkenheid van een aantal deskundigen uit de hierboven genoemde klankbordgroep beroepslongziekten.

Datum: 17 februari 2020

Auteurs:

- Drs. L.A.A. (Heleen) den Besten, Long Alliantie Nederland (LAN)
- Drs. T. (Tamara) Raaijmakers, Centrum Werk Gezondheid
- Dr. J.M. (Jos) Rooijackers, longarts, Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen (NKAL)
- Drs. G.J. (Gerda) de Groene, bedrijfsarts, Nederlands Centrum voor beroepsziekten (NCvB)
- Drs. E.P. (Emiel) Rolink, Long Alliantie Nederland (LAN)



# Inhoud

<b>Management samenvatting</b>	<b>7</b>
Doel en vraagstelling	7
Opzet pilot en methode	8
Resultaten	11
Conclusies	14
Aanbevelingen	15
<b>1 Inleiding</b>	<b>20</b>
Leeswijzer	22
<b>2 Methode, doelstelling en vraagstelling</b>	<b>23</b>
Doelstellingen	23
Vraagstelling	23
Betrokken zorgverleners	23
Patiëntenpopulatie, inclusiecriteria	24
Procesevaluatie	25
<b>3 Werving pilotregio's en opzet pilot</b>	<b>27</b>
Werving pilotregio's	27
Bevindingen werving	28
Achtergrond pilotpartners	28
Bevindingen uit oriënterende gesprekken met pilotpartners	29
Opbouw pilot	30
Coördinatie vanuit Cohesie en het Franciscus Gasthuis & Vlietland	32
<b>4 Procesevaluatie pilot Cohesie - Noord Limburg</b>	<b>33</b>
Introductie en aantal verwijzingen per praktijk	34
<b>Stap 0</b> Het volgen van de e-learning signaleren beroepslongziekten	35
<b>Stap 1</b> Het stellen van de screeningsvragen	35
<b>Stap 2</b> Het afnemen van de arbeidsvragenlijst	37
<b>Stap 3</b> Het MDO	38

<b>Stap 4</b> De terugkoppeling vanuit het MDO naar de huisartsenpraktijken en patiënten	40
Overige punten procesevaluatie	43
Samenvatting procesevaluatie pilot Cohesie Noord-Limburg	44
<b>5</b> <b>Procesevaluatie pilot Franciscus Gasthuis &amp; Vlietland - Rotterdam</b>	<b>45</b>
<b>Stap 0</b> Het maken van de e-learning signaleren beroepslongziekten	46
<b>Stap 1</b> Eerste screening aan de hand van de vier screeningsvragen	46
<b>Stap 2</b> Hoe is het uitzetten van de arbeidsvragenlijst ervaren?	47
<b>Stap 3</b> Het MDO	47
<b>Stap 4</b> De terugkoppeling vanuit het MDO naar de longartsen en patiënten	48
Samenvatting procesevaluatie pilot Franciscus Gasthuis & Vlietland	49
<b>6</b> <b>Opbrengsten pilots aan de hand van patiëntervaringen</b>	<b>51</b>
Uitkomsten interviews	51
Beschouwing en conclusie patiëntervaringen	55
Casusbeschrijvingen	58
<b>7</b> <b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>62</b>
Aanbevelingen voor vervolg	64
<b>Bijlagen</b>	
<b>Bijlage 1</b> Knelpunten signaleren beroepslongziekten samengevat	70
<b>Bijlage 2</b> Patiëntenpopulatie pilotregio's	71
<b>Bijlage 3</b> Vragenlijst arbeidsanamnese uit richtlijn werkgerelateerd astma, NVALT 2017	72
<b>Bijlage 4</b> Informatiebrief huisartsenpraktijken Cohesie	82
<b>Bijlage 5</b> Vragenlijst telefonisch interview huisartsen/POH-ers Cohesie	84
<b>Bijlage 6</b> Vragenlijst telefonisch evaluatie patiënten	86
<b>Bijlage 7</b> Deelnemers pilotteam	88





# Management samenvatting

Jaarlijks sterven er in Nederland ruim 3.000 mensen door blootstelling aan stoffen op het werk. Bij patiënten met astma en COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) spelen in 15% van de gevallen werkgerelateerde factoren een rol (1 op de 7 patiënten).<sup>1</sup> Toch wordt de relatie met het werk in veel gevallen niet, of pas in een laat stadium gelegd. Hierdoor laten de juiste diagnose en maatregelen tegen verergering van klachten lang op zich wachten. Het ontbreken van preventieve maatregelen is nadelig voor zowel de patiënt, als ook voor diens collega's die op dezelfde werkplek worden blootgesteld aan schadelijke stoffen.

Om de zorg voor patiënten met een beroepslongziekte te verbeteren heeft de Long Alliantie Nederland (LAN) met subsidie van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) in 2019 twee pilots 'signaleren beroepslongziekten' opgezet. In deze pilots hebben huisartsen, longartsen, praktijkondersteuners (POH-ers), longconsulenten en longfunctieanalisten zich ingezet om werkgerelateerde oorzaken bij luchtweg- en longklachten te signaleren en adequaat te behandelen. In de eerste pilot hebben acht huisartsenpraktijken meegewerkt, aangesloten bij zorggroep Cohesie in Noord Limburg (eerstelijns zorg). Daarnaast liep een pilot in het Franciscus Gasthuis & Vlietland in Rotterdam (tweedelijns zorg). In deze pilots is de expertise van een bedrijfsarts en arbeidshygiënist ingezet in een multidisciplinair team-overleg (MDO).

## Doel en vraagstelling

De pilots hebben als doel om:

1. Bewustwording te creëren over werkgerelateerde factoren bij longziekten bij betrokken zorgverleners in de pilotregio's
2. Verbeteren van vroegsignalering van beroepslongziekten
3. Advisering naar betrokken zorgverleners door handvatten te bieden in verdere begeleiding van patiënt met werkgerelateerde longziekten.

Overkoepelend doel is dat signalering van beroepslongziekten leidt tot preventieve maatregelen op de werkplek, opdat niet alleen bij de patiënt zelf, maar ook bij collega's wordt voorkomen dat schadelijke blootstelling aan stoffen zich voordoet. Uitgangspunt hierbij is dat de preventieve maatregelen op de werkplek ondersteund worden door de werkgever die vanuit de Arbwet hiervoor de verantwoordelijkheid

---

<sup>1</sup> Balmes J, Becklake M, Blanc P, et al. American Thoracic Society Statement: occupational contribution to the burden of airway disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2003; 167: 787–797. Blanc PD, Annesi-Maesano I, Balmes JR, Cummings KJ, Fishwick D, Miedinger D, Murgia N, Naidoo RN, Reynolds CJ, Sigsgaard T, Torén K, Vinnikov D, Redlich CA. The Occupational Burden of Nonmalignant Respiratory Diseases. An Official American Thoracic Society and European Respiratory Society Statement. *Am J Respir Crit Care Med*. 2019 Jun 1;199(11):1312-1334 [link](#)

heeft. Deze pilot richt zich op drie spelers in de arbocuratieve samenwerking: de werkende, de zorgverlener in de reguliere zorg en de bedrijfsarts. Bij signalering van werkgerelateerde luchtweg- en longklachten ligt het initiatief bij de patiënt om het gesprek aan te gaan met diens bedrijfsarts.

De pilots zijn door de LAN geëvalueerd waarbij we de volgende vragen beogen te beantwoorden:

1. Wat is de prevalentie van werkgerelateerde luchtweg- en longklachten bij patiënten met astma en COPD in de patiëntenpopulatie van Cohesie en Franciscus Gasthuis & Vlietland?
2. Wordt de signalering van beroepslongziekten verbeterd door het stellen van vier screeningsvragen arbeid door zorgverleners?
3. Wat is de toegevoegde waarde van de inzet van arbeidsgeneeskundige kennis (bedrijfsarts) en werkplekdeskundigheid (arbeidshygiënist) in een multidisciplinair overleg (MDO)?
4. Welke knelpunten ervaren patiënten met werkgerelateerde luchtweg- en longklachten?
5. Is de opzet van de pilot van toegevoegde waarde?
6. Is een verdere uitrol zinvol? En zo ja, aan welke voorwaarden moet worden voldaan?

### **Opzet pilot en methode**

Om pilotregio's te werven zijn verschillende oproepen uitgezet via meerdere kanalen, zoals via de verschillende beroepsverenigingen en een brief naar afdelingen longziekten van alle ziekenhuizen in Nederland. Aanvankelijk was er weinig animo om mee te werken. Het heeft veel tijd gevergd om ziekenhuizen te vinden die aan de pilot mee wilden werken. Daarnaast zijn vele inspanningen verricht om verschillende samenwerkingspartners bij elkaar te brengen en te komen tot een gezamenlijke bereidheid deel te nemen aan de pilots. Het verloop van dit wervingstraject laat zien dat er nog veel moet gebeuren om het onderwerp arbeid op de agenda te krijgen bij curatieve zorgverleners.

Uiteindelijk zijn 2 pilotregio's gestart in zowel de eerste- als tweede lijn, namelijk de zorggroep Cohesie in Noord-Limburg (acht huisartsenpraktijken) en het Franciscus Gasthuis & Vlietland in Rotterdam. In deze twee pilotregio's is de expertise van een bedrijfsarts en een arbeidshygiënist ingezet in de reguliere zorg. Beiden traden op als onafhankelijke adviseur.

Bij aanvang van de pilots zijn met de pilotpartners gesprekken gevoerd om in kaart te brengen:

1. welke bevorderende – en belemmerende factoren er zijn t.a.v. een duurzame implementatie van werkgerelateerde zorg
2. de arbeidsgeneeskundige hulpvragen van patiënten en de behandelaars op het gebied van werkgerelateerde longziekten.

Gezamenlijk is vastgesteld dat een betere signalering en het voorkomen van beroepslongziekten begint met het bespreken van de werkzaamheden tijdens het consult bij de arts en of de praktijkondersteuner/longverpleegkundige. Onderzoek



naar werkgerelateerde oorzaken maakt deel uit van de arbocuratieve zorg, maar dergelijk onderzoek kan alleen worden gestart als een mogelijke relatie met werk wordt overwogen door curatieve zorgverleners. Er zou daarom veel winst zijn te behalen als arbeid een vast onderdeel wordt in de anamnese in de curatieve sector (de eerste- en tweedelijns) en zorgverleners zich bewust zijn van het belang van vragen naar werkfactoren voor een goede behandeling en begeleiding van de patiënt. Verder is besproken dat een pilot laagdrempelig moet blijven en goed moet aansluiten bij de huidige werkwijzen van zorgverleners. In samenspraak met de pilotpartners is daarom een opzet vastgesteld waarbij is aangesloten bij de bestaande overlegstructuur in beide zorginstellingen. Bij beide zorginstellingen vindt eens in de paar weken een Multidisciplinair Team Overleg (MDO) plaats waarin patiënten casuïstiek wordt besproken. De inbrenger (arts) krijgt vervolgens van het team een advies over de benodigde vervolgacties voor de patiënt. Gedurende deze pilot werd een aantal van deze MDO's gewijd aan arbeid. Met projectsubsidie kon ten behoeve van deze pilot een bedrijfsarts en een arbeidshygiënist worden ingezet. De desbetreffende curatieve zorgverlener in de eerste- of tweede lijn, communiceert het werkgerelateerde advies met de patiënt, die het vervolgens met zijn eigen bedrijfsarts (indien aanwezig) kan bespreken.

**In figuur 1 is de opzet van de pilot te vinden:**

In **stap 0** hebben alle zorgverleners ter voorbereiding op de pilot een 'e-learning signaleren beroepslongziekten' gevolgd.<sup>2</sup> In deze e-learning kwam onder meer aan bod in welke beroepen blootstelling aan schadelijke stoffen kan voorkomen; welke bevindingen kunnen duiden op een beroepsgerelateerde aandoening; naar wie zorgverleners kunnen doorverwijzen en welke behandelopties/interventies er zijn.<sup>3</sup>

In **stap 1** zijn bestaande en nieuwe patiënten met long- en luchtwegklachten door praktijkondersteuners en longconsulenten bevraagd op een mogelijke relatie met het werk aan de hand van vier screeningsvragen :

1. Wat voor werk doet u?
2. Legt u een relatie tussen uw klachten en uw werk? Treden klachten op kort nadat u met bepaalde werkzaamheden bent gestart of na meerdere uren?
3. Verbeteren uw klachten als u langer thuis bent, tijdens weekenden of vakanties?
4. Wordt u op uw werk blootgesteld aan stof, nevel, rook, mist, gassen of dampen?

In **stap 2** ontvingen patiënten bij een positieve uitkomst op de screeningsvragen een verdiepende arbeidsvragenlijst.

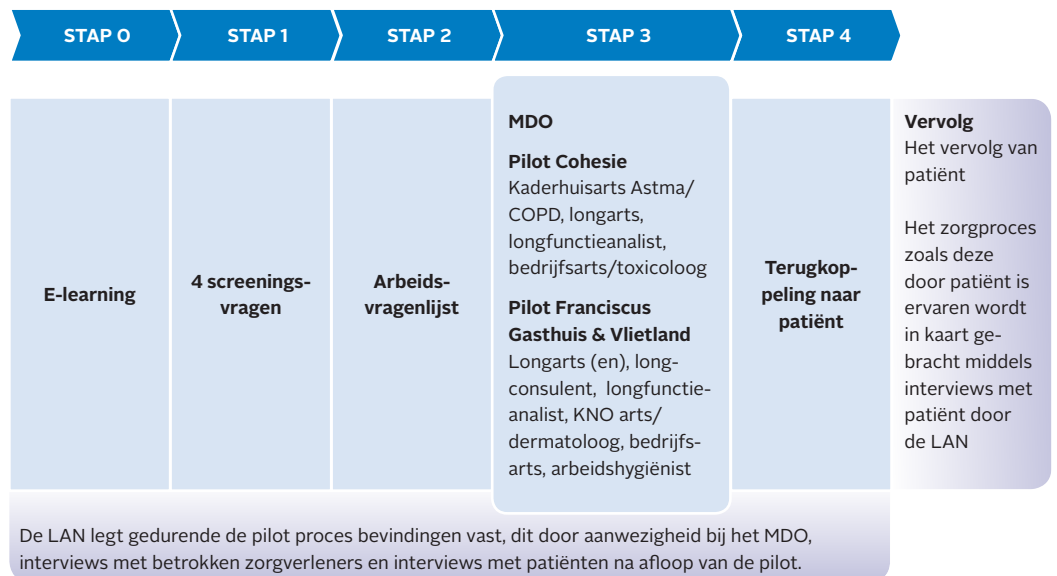
In **stap 3** werd werkgerelateerde casuïstiek besproken in het MDO.

In **stap 4** ontving de patiënt een werkgerelateerd advies uit het MDO door de behandelend arts/ POH-er/ longconsulent.

---

<sup>2</sup> [www.bsl.nl/beroepslongziekten](http://www.bsl.nl/beroepslongziekten)

<sup>3</sup> Deze vragen zijn gebaseerd op de Richtlijn 'Werkgerelateerd astma' van de NVALT (2017). Wordt op één of meerdere vragen positief geantwoord, dan moet een werkgerelateerde astma worden overwogen en is verdere evaluatie nodig.



*Figuur 1 Opzet pilot*

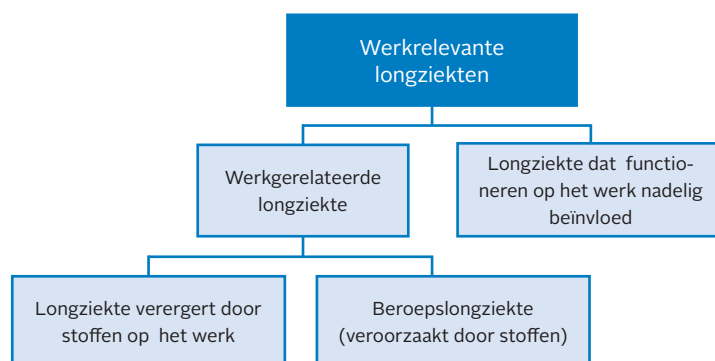
Een procesevaluatie van de hierboven genoemde vier stappen is uitgevoerd door het voeren van interviews met de betrokken pilotteamleden, huisartsen en POH-ers uit de betrokken huisartsenpraktijken in Noord-Limburg. Om in kaart te brengen tot welke vervolgacties de pilots hebben geleid voor de patiënten zijn in totaal 19 patiënten geïnterviewd.

### Patiëntenpopulatie

In deze pilot zijn patiënten met vermoedelijke ‘werkrelevante longziekten’ besproken. In figuur 2 is te zien wat hieronder wordt verstaan. De definitie hiervan is gebaseerd op de indeling zoals die wordt gehanteerd in de Richtlijn ‘Astma en COPD’ van de NVAB (2019).<sup>4</sup> In deze pilot zijn niet alleen patiënten met astma, maar ook patiënten met andere longklachten bevraagd en hebben we de definitie derhalve breder getrokken naar longziekten in het algemeen.

Bij werkgerelateerde longziekten kan onderscheid worden gemaakt in een beroeps-longziekte die veroorzaakt is door blootstelling aan stoffen op het werk (“occupational lung disease”). Ook kan een bestaande longziekte verergerd worden door blootstelling aan schadelijke stoffen op het werk (“work-aggravated lung disease”). Nog los van een eventueel causaal verband met de werkzaamheden, kan een longziekte aanleiding geven tot een verminderde inzetbaarheid en zelfs tot ziekteverzuim. Het is dan de taak van de bedrijfsarts om, samen met de werkgever, deze patiënt te re-integreren terug naar zijn eigen werkzaamheden of andere werkzaamheden. In dat geval spreken we van een werkrelevante longziekte.

<sup>4</sup> De richtlijn Astma en COPD van de NVAB (2019) beschrijft hoe beroeps-longziekten kunnen worden vastgesteld. Tevens zijn er registratierichtlijnen beschikbaar op de website van het Nederlands Centrum voor beroepsziekten (NCvB): [www.beroepsziekten.nl](http://www.beroepsziekten.nl)



Figuur 2 Werkrelevante longziekten

Het streven was om in beide pilots 25 patiënten met werkrelevante casuïstiek te bespreken in het MDO. Daarbij is er gekozen voor verschillende inclusiecriteria tussen de Cohesie zorggroep pilot en de Franciscus Gasthuis & Vlietland pilot. Bij de Cohesie zorggroep is er alleen een minimumleeftijd gehanteerd van ouder dan 18 jaar. Ook gepensioneerde patiënten zijn in deze pilot bevestigd aangezien blootstelling in het verleden een rol kan spelen bij de klachten, inclusief hobby's en nevenactiviteiten. Bij het Franciscus Gasthuis & Vlietland zijn alleen patiënten bevestigd in de werkzame leeftijd (18-67 jaar). In beide groepen zijn zowel nieuwe patiënten als patiënten met bestaande longklachten geïnccludeerd.

## Resultaten

Hieronder beschrijven we per deelvraag de resultaten.

### Deelvraag 1

Wat is de prevalentie van werkgerelateerde luchtweg- en longklachten bij patiënten met astma en COPD in de patiëntenpopulatie van Cohesie en het Franciscus Gasthuis & Vlietland?

Vanwege logistieke redenen (zie hoofdstuk 4 en 5) was het in deze pilot niet mogelijk om in beeld te krijgen hoeveel patiënten uiteindelijk zijn bevestigd. Alleen de patiënten met vermoedelijke werkgerelateerde long- en luchtwegklachten zijn geregistreerd. Hierdoor kunnen geen uitspraken worden gedaan over de prevalentie binnen de patiëntenpopulatie van Cohesie en het Franciscus Gasthuis & Vlietland.

Wel werden de vermoedens bevestigd dat werkgerelateerde long- en luchtwegklachten bij een groot aandeel van de patiënten een rol speelden. Gedurende de pilotperiode van een half jaar zijn er aan de hand van de screeningsvragen 80 patiënten gesignaleerd met vermoedelijke werkgerelateerde longproblemen (43 bij Cohesie in Noord-Limburg en 37 bij het Franciscus Gasthuis & Vlietland in Rotterdam). Aangezien gedurende deze pilot maximaal vijf MDO's (25 patiënten) konden worden gehouden, zijn de huisartsenpraktijken al na vier maanden gevraagd om te stoppen met het bevestigen van patiënten. Dit betekent dat er in een relatief korte periode een aanzienlijk aantal patiënten met werkgerelateerde longklachten gesignaleerd zijn.

### **Deelvraag 2**

Wordt de signalering van beroepslongziekten verbeterd door het stellen van 4 screeningsvragen arbeid?

De screeningsvragen bleken sensitief in de zin dat bij meer dan 90% van de patiënten besproken in het MDO daadwerkelijk vermoedens waren van werkgerelateerde longproblemen (25 van de 26 in Rotterdam, 21 van de 23 in Limburg).

Alle betrokken zorgverleners gaven aan dat de vier screeningsvragen goede en behulpzame vragen waren om te stellen. Ze waren kort en goed in te passen in een consult. Meerdere zorgverleners gaven aan de vragen na afloop van de pilot nog steeds te stellen. Het daagt zowel de zorgverlener als de patiënt uit om na te denken over werkgerelateerde factoren.

### **Deelvraag 3**

Wat is de toegevoegde waarde van de inzet van arbeidsgeneeskundige kennis (bedrijfsarts en arbeidshygiënist) in een multidisciplinair overleg (MDO)?

Het MDO met de inbreng van een bedrijfsarts en arbeidshygiënist is als zeer relevant ervaren. Het stimuleerde om op een andere manier naar casuïstiek te kijken. Hierdoor kon wederzijds van elkaar worden geleerd. In pilotregio Rotterdam werd ervaren dat de bedrijfsarts een belangrijke schakel vormt tussen de longarts en de arbeidshygiënist: een longarts heeft medische expertise op het gebied van longen, een arbeidshygiënist heeft expertise van blootstelling aan schadelijke stoffen op de werkplek, een bedrijfsarts kan een relatie leggen tussen deze twee expertisegebieden en zo de arbeidshygiënist een goede zoekrichting bieden en vice versa. Geconcludeerd werd dat het samenspel tussen deze drie expertisegroepen essentieel is om tot een goede beoordeling te kunnen komen van werkgerelateerde longproblematiek.

### **Deelvraag 4**

Welke knelpunten ervaren patiënten met werkgerelateerde longziekten?

Een van de belangrijkste belemmerende factoren bij werkende patiënten, was angst voor verlies van inkomen en werk. In sommige gevallen verhullen patiënten naar hun werkgever dat ze een longziekte hebben, of daardoor problemen ervaren in het functioneren op het werk. Soms gaat het zo ver dat de eigen gezondheid op het spel wordt gezet. Men bespreekt werkgerelateerde problemen liever met de behandelend arts of zorgverlener, dan dit te doen met een bedrijfsarts. De bedrijfsarts wordt regelmatig gezien als 'dokter van de baas' en niet ervaren als onafhankelijk. Patiënten die in actie willen komen zijn vaak onvoldoende op de hoogte welke weg ze kunnen bewandelen en wie ze om hulp kunnen vragen. Er is veel onwetendheid bij patiënten over de gewijzigde arbowetgeving, de vrije toegang tot de bedrijfsarts en het gegeven dat je op een bedrijfsarts af kunt stappen onafhankelijk van verzuim. Ook weet men niet altijd wat een bedrijfsarts voor hen kan betekenen en heeft men niet altijd vertrouwen dat dit iets op zou kunnen leveren. "Het is vechten tegen de bierkaai" en "Ik sta met mijn rug tegen de muur" waren uitspraken die werden gedaan. Ook wordt er door patiënten soms bij voorbaat al van uitgegaan dat de

werkgever niet bereid zal zijn om investeringen te doen in preventieve maatregelen. “Mijn werkgever zou afzuiging moeten plaatsen, gaan ze nooit doen want dat is te duur”, was wat één van de patiënten aangaf.

Daarnaast bleek een aanzienlijk aantal werkende patiënten geen toegang tot de bedrijfsarts te hebben. In totaal zijn 19 werkende patiënten geïnterviewd waarvan 12 patiënten geen contact hadden met een bedrijfsarts. Vijf van de 19 patiënten hadden geen bedrijfsarts omdat ze ZZP-er, ondernemer met personeel, uitzendkracht, of werkeloos waren. Drie werkende patiënten gaven aan geen contact te willen wat voortkwam uit wantrouwen en angst voor verlies baan en inkomen. Vijf werkende patiënten gaven aan contact met de bedrijfsarts niet nodig te vinden aangezien het bedrijf al preventieve maatregelen inzet om blootstelling aan schadelijke stoffen te voorkomen. Twee werkende patiënten gaven ten tijde van het interview aan het contact nog te zullen gaan leggen op advies van de longarts. In totaal hadden vijf werkende patiënten wel contact met een bedrijfsarts. In al deze gevallen was dit contact ontstaan naar aanleiding van eerder ziekteverzuim en ging het gesprek met de bedrijfsarts over re-integratie op de werkplek en niet over mogelijke blootstelling aan schadelijke stoffen tijdens de werkzaamheden. Bij één persoon is gedurende dit traject werkgerelateerd astma vastgesteld. Dit in samenspraak met de bedrijfsarts.

Bij vijf van de 19 gesproken werkende patiënten zijn preventieve maatregelen ingezet. Vier van deze patiënten waren zelf actief het gesprek aangegaan met hun werkgever en hebben open kunnen bespreken wat hun klachten waren en wat ervoor nodig is om deze te voorkomen. In alle vier van deze gevallen heeft dat geleid tot aanvullende preventieve maatregelen om toekomstige blootstelling aan schadelijke stoffen te voorkomen.

Kortom, in de meeste gevallen waarin preventieve maatregelen zijn ingezet, was er sprake van mondige werknemers die het gesprek durfden aan te gaan met een werkgever die bereid was tot het nemen van maatregelen. Voor werkende patiënten met een minder goede uitgangspositie (geen vast contract, uitzendkracht, geen alternatieven voor andere werk etc) en voor werkende patiënten die economisch afhankelijk zijn van werkgevers die in gebreke blijven in het bieden van goede arbeidsomstandigheden, is het moeilijker om de stap naar preventie te zetten. Het ontbreken van structurele toegang tot onafhankelijke arbozorg is daarbij een grote belemmerende factor.

### **Deelvraag 5**

Is de opzet van de pilot van toegevoegde waarde?

De uitkomsten van de procesevaluatie van de pilots wordt in meer detail besproken in hoofdstuk vier en vijf.

Algemene conclusie die kan worden getrokken is dat de opzet van de pilot met de vier stappen (stap 0: e-learning, stap 1: screeningsvragen, stap 2: arbeidsvragenlijst, stap 3: MDO met daarin bedrijfsarts en arbeidshygiënist, stap 4: terugkoppeling naar patiënt) goed heeft gefunctioneerd. In een vervolg kan het proces beter worden gefaciliteerd door bijvoorbeeld de screeningsvragen op te nemen in het informatiesysteem waarmee wordt gewerkt en heldere afspraken te maken over wie de terugkoppeling naar de patiënt doet.

De pilots signaleren beroepslongziekten hebben laten zien dat werkgerelateerde problemen en relatie met schadelijke stoffen wel degelijk voorkomt en dat het daarom

relevant is om patiënten hierop te bevragen. Het betrof voor een groot deel werkende patiënten die op het moment van bevragen (nog) geen toegang hadden tot een bedrijfsarts/of dit nog niet met bedrijfsarts en/of werkgever besproken hadden. Door patiënten hierop te bevragen stimuleerde zorgverleners hen hierover na te denken. Dit creëerde bewustwording over de mogelijke risico's van blootstelling aan schadelijke stoffen bij zowel de patiënten als de zorgverleners.

Het is van grote toegevoegde waarde geweest om de expertise van een bedrijfsarts en arbeidshygiënist in te zetten in het MDO. Deze expertise is nodig om tot een goede beoordeling te komen van werkgerelateerde casuïstiek. Na afloop gaven de betrokken zorgverleners unaniem aan dat deze pilot tot het inzicht heeft geleid dat arbeid relevant is om te bevragen bij patiënten en mee te nemen in de zorg.

De terugkoppeling naar de patiënten (stap 4) verliep minder goed. Zorgverleners staan onder grote tijdsdruk en is er weinig tijd beschikbaar in consulten om uitvoerig op de rol van werk in te gaan. Dit is met name lastig bij ingewikkelde casuïstiek en bij patiënten waarbij wantrouwen was jegens de bedrijfsarts/werkgever of waarbij er geen toegang is tot een bedrijfsarts. Dan is het zoeken naar welke mogelijkheden er wél zijn. Een aantal POH-ers uit de huisartsenpraktijken gaf als belemmerende factor aan het ontbreken van relevante kennis op het terrein van arbeid, wet- en regelgeving. Een betere kennis van deze kennisdomeinen zou de kwaliteit van de terugkoppeling naar de patiënten verbeteren.

## Conclusies

Deze pilot had drie doelen:

1. Bewustwording te creëren over werkgerelateerde factoren bij longziekten bij betrokken zorgverleners in de pilotregio's
2. Verbeteren van vroegsignalering van beroepslongziekten
3. Advisering naar betrokken zorgverleners door handvatten te bieden in verdere begeleiding van patiënt met werkgerelateerde longziekten.

Deze pilot 'signaleren beroepslongziekten' heeft voor bewustwording gezorgd bij de betrokken zorgverleners over de belangrijke rol die arbeid (en blootstelling aan stoffen) kan hebben in relatie tot luchtweg- en longklachten. Werkgerelateerde klachten kwamen meer voor dan aanvankelijk gedacht en in beroepen waar men geen weet van had. De zorgverleners gaven aan dat ze, ondanks dat de pilot was afgelopen, nog steeds hun patiënten op arbeid bevragen.

Gedurende een half jaar zijn 80 patiënten gesignaleerd met werkgerelateerde luchtwegklachten. In een MDO zijn 49 patiënten besproken (23 bij Cohesie en 26 bij Franciscus Gasthuis & Vlietland), waarbij bij 46 patiënten werkgerelateerde factoren vermoedelijk een rol speelde bij de longklachten.

Het is voor de longartsen en de andere pilotpartners waardevol geweest om de kennis van een bedrijfsarts en arbeidshygiënist in te brengen in de reguliere zorg. De longartsen hebben hiervan geleerd en hun blik verbreed naar mogelijke oorzaken en blootstelling aan schadelijke stoffen in het werk.

### **Heeft deze pilot geleid tot preventieve maatregelen op de werkplek?**

Het overkoepelend doel van deze pilot was dat signalering van beroepslongziekten

leidt tot preventieve maatregelen op de werkplek, opdat niet alleen bij de patiënt zelf, maar ook bij diens collega's wordt voorkomen dat schadelijke blootstelling aan stoffen zich voordoet. Deze pilots hebben helaas in veel gevallen niet geleid tot dit overkoepelende doel.

De pilotstudie liet zien dat dat alle knelpunten die de LAN eerder in kaart heeft gebracht aan de orde zijn in de dagelijkse praktijk:

- Er heerst bij patiënten (en zorgverleners) wantrouwen jegens bedrijfsartsen (als zijnde 'rechterhand van de werkgever' en daardoor niet zichtbaar onafhankelijk).
- Niet alle patiënten hebben toegang tot een bedrijfsarts, zoals ZZP-ers, uitzendkrachten en patiënten zonder dienstverband.
- Het contact dat er met de bedrijfsarts is, is meestal naar aanleiding van ziekteverzuim en gericht op re-integratie en weinig op preventie.

Curatieve zorgverleners willen de werkende patiënt goed begeleiden, maar hebben geen invloed op de situatie op de werkvloer, die niet altijd volgens de regels van de Arbowet is ingevuld. In de dagelijkse praktijk wordt niet door alle bedrijven uitvoering gegeven aan preventieve maatregelen om blootstelling aan stof te voorkomen. Werkende patiënten zijn niet altijd mondig en vaardig genoeg om in actie te komen in situaties waar de preventie tekortschiet. Zij bevinden zich in een kwetsbare positie als er sprake is van een grote financieel-economische afhankelijkheid van werkgevers met een gebrekkig arbobeleid.

Daarnaast zijn er meer en meer patiënten die zelfstandig werken en geen toegang tot reguliere arbozorg hebben. In die gevallen waarin er geen toegang is tot arbozorg, en er geen bedrijfsarts is die zich hard maakt voor preventie, is er voor patiënten en zorgverleners in de reguliere zorg geen handelingsperspectief mogelijk om de bron van de luchtweg- en longklachten aan te pakken.

Een conclusie is dan ook dat het ontbreken van structurele toegang tot onafhankelijke arbozorg bij kwetsbare werknemers een grote belemmerende factor is bij de preventie van beroepslongziekten.

Hoewel arbocuratieve samenwerking ermee begint dat zorgverleners patiënten op arbeid bevragen en de betrokken curatieve zorgverleners uit de pilotregio's handvaten voor interventies hebben gekregen, bieden deze pilots geen volledige oplossing voor de preventie van beroepsziekten, zolang de hierboven genoemde knelpunten niet zijn opgelost. Deze knelpunten liggen buiten de invloedssfeer van de betrokken curatieve zorgverleners en buiten de scope van deze pilotstudie.

## Aanbevelingen

### Deelvraag 6

- a. Is een verdere uitrol van deze pilots zinvol en
- b. aan welke voorwaarden moet worden voldaan?

De noodzaak en de relevantie van een verdere uitrol wordt door de in deze pilot betrokken zorgverleners, bedrijfsartsen en arbeidshygiënist ingezien. Een goed verlopende arbocuratieve samenwerking, met als voorwaarde dat de relatie naar preventie wordt gelegd, levert veel op:

1. Gezondheidsschade en arbeidsongeschiktheid worden voorkomen
2. Het voorkomt een verdere verslechtering van gezondheid
3. Het vormt de ingang tot preventie voor het individu, maar ook voor andere werkenden

Om de pilots verder succesvol uit te kunnen rollen moet voldaan zijn aan de volgende voorwaarden:

- Zorgverleners in de curatieve zorg moeten goede verwijsmogelijkheden hebben voor de werkende patiënt, inclusief ZPP-ers, werkenden zonder vast dienstverband en patiënten zonder een baan, maar die wel zouden willen werken.
- Zorgverleners in de curatieve zorg moeten toegang hebben tot zichtbaar onafhankelijke arbeidsexpertise voor het kunnen beoordelen van werkrelevante luchtweg- en longklachten.
- Het bevragen op arbeid moet leiden tot preventieve maatregelen op de werkvloer.
- Er is structurele financiering nodig voor het inbedden van de aandacht voor 'arbeid' in de curatieve zorg.

### **Mogelijkheden voor vervolg**

Structurele maatregelen zijn nodig om daadwerkelijk te komen tot een preventieve aanpak van werkgerelateerde luchtweg- en longklachten.

Aan de pilotpartners is gevraagd om suggesties hoe tot een betere preventieve aanpak kan worden gekomen en wat nodig is om de arbocuratieve samenwerking te verbeteren. De volgende zaken werden genoemd:

1. Arbeidsexpertise die in regionale expertisecentra is georganiseerd. Deze expertisecentra zijn door zorgverleners en patiënten te raadplegen.
2. Mogelijkheid van zorgverleners voor doorverwijzing naar een deskundige arbeid in de eerste lijn.
3. Aandacht voor preventie van luchtweg- en longklachten bij de bedrijfsarts en werkplekonderzoek
4. Arbeid als thema in opleidingen en nascholingen voor zorgverleners.
5. Informatie en ondersteuning voor (zelfstandig werkende) patiënten met werkgerelateerde luchtweg- en longklachten.

Hieronder worden genoemde zaken verder uitgewerkt.

#### **1. Arbeidsexpertise in regionale expertisecentra**

Het Franciscus Gasthuis & Vlietland is als expertisecentrum astma/ COPD bereid om het thema arbeid structureel in te bedden in de zorg die zij verlenen. Om dit te kunnen doen is structurele financiering nodig. De opzet van deze pilot, met een MDO met daarin de expertise van een bedrijfsarts en arbeidshygiënist, kan worden vastgehouden. Het Franciscus Gasthuis & Vlietland zou dan mogelijk hierin een regionale functie kunnen vervullen waar artsen in de regio naar toe kunnen verwijzen. Blijvende inbreng van de expertise van een bedrijfsarts en arbeidshygiënist is hiervoor nodig. Deze zijn in het kader van deze pilot echter vergoed met tijdelijk subsidiegeld. Voor een duurzame borging van deze werkgerelateerde expertise is een structurele financiering vereist.

Mogelijk zou ook de samenwerking met andere Nederlandse expertisecentra op



het terrein van gezonde en veilige arbeidsomstandigheden gezocht kunnen worden. Het voordeel van een dergelijke samenwerking is dat alle benodigde expertises en kennis kunnen worden gebundeld. Op deze manier kan er dan op termijn een landelijk expertisecentrum (of samenwerkingsverband) ontstaan met verschillende regionale vestigingen.

Vanuit een expertisecentrum kan nader klinisch arbeidsgeneeskundig onderzoek worden ingezet op de werkplek en kunnen (zelfstandig werkende) patiënten, zorgverleners en werkgevers worden voorzien van adequate adviezen rondom veilig werken met schadelijke stoffen, ziekteverzuim en re-integratie. Ook kunnen werknemers zelf met een advies in de hand afstappen op hun werkgever en/of bedrijfsarts om zo het gesprek verder aan te gaan.

Het voordeel van het inzetten van regionale expertisecentra is dat met een betere geografische verspreiding over het land, patiënten laagdrempelig en dicht bij huis gezien kunnen worden. Andere ziekenhuizen en huisartsenpraktijken kunnen bij werkgerelateerde problematiek door verwijzen naar een expertisecentrum in de regio.

Hierbij blijft het van belang dat artsen in de eerste- en tweedelijns patiënten bevragen op arbeid en op de hoogte zijn van verwijsmogelijkheid naar expertisecentra.

## 2. Mogelijkheid voor doorverwijzing naar een deskundige arbeid in de eerste lijn

Verschiedende huisartsenpraktijken in Limburg gaven aan behoefte te hebben om patiënten te kunnen doorverwijzen naar een deskundige op het gebied van arbeid van waaruit het contact met de bedrijfsarts kan worden gelegd. Het bevragen naar arbeid door POH-ers en huisartsenpraktijken verliep goed, de terugkoppeling bleek in de praktijk minder goed uitvoerbaar. Het ontbrak POH-ers aan achterliggende kennis op het terrein van arbeid, wet- en regelgeving et cetera om op een goede wijze terugkoppeling te kunnen geven aan patiënten. Dit speelde met name bij patiënten waarbij wantrouwen was jegens de bedrijfsarts en de werkgever. Daarnaast staan zorgverleners in de curatieve zorg onder grote tijdsdruk en is er weinig tijd beschikbaar in consulten om uitvoerig op de rol van werk in te gaan. Het zou zorgverleners daarom ondersteunen als dit gesprek gevoerd wordt door iemand die veel kennis heeft van arbeid en wetgeving rondom arbeidsomstandigheden. Bezwaren en belemmeringen die patiënten inbrengen kunnen dan beter besproken worden.

Een alternatieve organisatievorm zou daarom zijn dat patiënten met werkgerelateerde gezondheidsproblemen op een arbeidsgeneeskundig consult kunnen komen bij een 'klinische arbeidsgeneeskundige' of 'arbeidsarts' die gepositioneerd is in de curatieve zorg. Deze arbeidsarts zou bij een MDO aanwezig kunnen zijn en zo de linking pin vormen tussen de patiënt en het MDO en het advies vanuit eerste hand direct naar de patiënt en diens bedrijfsarts/ werkgever kunnen overdragen.

Deze suggestie sluit aan bij de aanbeveling die is gedaan voor een arbeidsarts in de zorg in het KNMG rapport "zorg die werkt". Het voordeel van een dergelijke arts is dat deze toegankelijk is voor alle patiënten, en dus ook voor patiënten zonder toegang tot de bedrijfsarts (ZZP-ers, uitzendkrachten etc) en ook voor patiënten met andere klachten dan luchtweg- of longklachten. Deze arts is daarmee een vraagbaak voor alle patiënten met chronische aandoeningen of werkgerelateerde klachten. Door het positioneren van deze arts in de reguliere zorg is er minder wantrouwen en drempels met betrekking tot de toegankelijkheid tot de bedrijfsarts en stimuleert het de

onderlinge communicatie tussen artsen. Deze arbeidsarts kan de schakel zijn tussen de bedrijfsarts van de patiënt, de longarts, de huisarts en de werkgever. Ook bij deze optie is het van belang dat artsen in de eerste- en tweedelijns patiënten bevragen op arbeid en indien nodig doorverwijzen naar het arbeidsconsult. Waar de arbeidsarts breed kan worden inzet voor alle werkgerelateerde aandoe-ningen, kunnen de hiervoor genoemde expertisecentra zich specifiek inzetten voor werkgerelateerde longaandoeningen. Structurele financiering is nodig om de inzet van een arbeidsarts in de eerstelijns te kunnen realiseren.

### 3. Aandacht voor preventie van luchtweg-en longklachten bij bedrijfsartsen en werkplekonderzoek

Om als bedrijfsarts bij werkgerelateerde longklachten goed te kunnen opereren, moet de slag naar preventie worden gemaakt. Zo moet een werkplekonderzoek kunnen worden uitgevoerd. Als een werkgever dat niet in het contract heeft zitten met de arbodienst, kan de relatie tussen longklachten en het werk niet worden gelegd. Om tot preventieve maatregelen over te kunnen gaan, zijn bedrijfsartsen afhankelijk van de wijze waarop ze daarin gefaciliteerd worden door hun opdrachtgever. Sinds de laatste wetwijziging van de Arbowet bestaat er de verplichting voor werkgevers om de bedrijfsarts toegang te verlenen tot alle werkplekken. Dit dient door werkgevers contractueel met een arbodienst/bedrijfsarts te worden vastgelegd. Uit de verhalen van de bevroegde patiënten in beide pilots blijkt echter dat bedrijfsartsen voornamelijk worden ingezet in het kader van verzuimbegeleiding. Werkgevers moeten gestimuleerd worden om meer aan preventie te doen en de bedrijfsarts daarin actief te betrekken. Om als bedrijfsarts de slag naar preventie te kunnen maken, is ondersteuning nodig vanuit een systeem dat dit met de juiste financiële prikkels faciliteert.

Daarbij zullen ook andere verplichtingen die bedrijven hebben vanuit de Arbowet goed moeten verlopen, zoals de uitvoering van de verplichte RI&E. Op dit moment heeft slechts 30% van de bedrijven de belangrijkste risico's geïnventariseerd in een RI&E<sup>5</sup> en laat de kwaliteit van de RI&E als het gaat om het in kaart brengen van de risico's van stoffen te wensen over. Al dit soort zaken betreft een goede naleving van de Arbowet.

### 4. Arbeid in opleidingen en nascholingen zorgverleners

Om aandacht te blijven geven aan arbeid in consulten met patiënten is kennis nodig bij zorgverleners. Informatie is nodig over wat de rol van stoffen kan zijn bij het ontstaan en verergeren van longziekten en te weten welke handelingsopties en verwijsmogelijkheden er zijn. De e-learning 'signaleren beroepslongziekten' is als nuttig ervaren, deze zou verder gepromoot moeten worden. Daarnaast is het goed om ook andere leervormen aan te bieden, zoals scholingsbijeenkomsten en informatiemateriaal dat kan worden nagelezen, zoals een stroomschema met verwijsmogelijkheden en 'wie doet wat in het veld'. Het zou goed zijn als bedrijfsartsen betrokken worden in de scholingen van curatieve zorgverleners. Hiermee krijgen reguliere zorgverleners een

---

<sup>5</sup> Arbo in bedrijf, 2018

beter beeld van wat er in dagelijkse praktijk kan spelen op de werkvloer en het werk dat de bedrijfsarts verricht.

#### 5. Informatie en ondersteuning voor patiënten

Vanuit de zorg zou goede toeleiding moeten zijn naar informatie over gezond werken met stoffen en de stappen die longpatiënten kunnen zetten als het gaat om duurzame inzetbaarheid en werken met een longziekte. Kinderlongartsen zouden jongeren met een bestaand astma advies kunnen geven om na te denken over hun beroepskeuze. Met astma is het niet handig om bijvoorbeeld een beroep te kiezen waarbij blootstelling aan stoffen niet kan worden vermeden.

Veel patiënten hebben geen weet van de informatie die beschikbaar is. Zo is op het Arboportaal informatie te vinden over werken met stoffen. Het Longfonds heeft een werkwijzer voor longpatiënten ontwikkeld. Ook de beroepsvereniging voor bedrijfsartsen (NVAB) heeft onlangs een website gelanceerd met daarop informatie voor patiënten. Het is belangrijk dat mensen weten welke stoffen schadelijk zijn, wat je kan doen om blootstelling te voorkomen en wat de rol is van bijvoorbeeld werkgevers en de bedrijfsarts.

Van belang is dat patiënten (en artsen) van het bestaan van deze informatie afweten en de route ernaar toe weten te vinden.

In onze samenleving wordt van (zelfstandig) werkenden verwacht dat zij zich actief opstellen in het kader van het beschermen van hun gezondheid (eigen regiemodel). Niet iedere patiënt beschikt echter over de vaardigheden om goed deze regie te kunnen nemen. Deze patiënten zouden hierin extra ondersteund en gefaciliteerd moeten worden.

De curatieve zorgverleners vormen daarbij voor veel patiënten een belangrijke signalerende rol, juist omdat zij vaak als eerste in contact komen met patiënten die door het werk luchtweg- of longklachten hebben gekregen.



# 1 Inleiding

Jaarlijks sterven er in Nederland ruim 3.000 mensen door blootstelling aan schadelijke stoffen op het werk.<sup>6</sup> Bij patiënten met astma en COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) spelen in 15% van de gevallen werkgerelateerde factoren een rol (1 op de 7 patiënten).<sup>7</sup> Een recente internationale literatuurstudie van Blanc. et al, 2019<sup>8</sup> geeft nadere specificatie van de werkgerelateerde factoren. De studie laat zien dat bij andere, meer zeldzame longziekten dit percentage nog hoger ligt, zoals bijvoorbeeld voor: longfibrose 26% , extrinsieke allergische alveolitis (EAA) 19%, sarcoïdose 30%, en long alveolaire proteïnose 29%.

Uitgaande van een gemiddeld aandeel van 15% werkgerelateerde factoren bij longziekten en 1,2 miljoen longpatiënten in Nederland, zou het hierbij gaan om 150.000 patiënten, een aanzienlijk aantal. In Nederland is er echter weinig zicht op de daadwerkelijke prevalentie van beroepslongziekten. Eén van de redenen hiervoor is dat werkgerelateerde factoren in het ontstaan van longziekten onvoldoende worden gesignaleerd.

## **Knelpunten signaleren beroepslongziekten**

In 2017 heeft de Long Alliantie Nederland (LAN), samen met verschillende organisaties en deskundigen in het veld, in kaart gebracht welke knelpunten er zijn als het gaat om het signaleren en voorkomen van beroepslongziekten. Dit resulteerde onder meer in het Manifest Integrale Aanpak Beroepslongziekten.<sup>9</sup> Bijlage 1 van dit rapport geeft een samengevat overzicht van deze knelpunten.

Werkgevers hebben volgens de Arboret de plicht om een arbeidsomstandighedenbeleid te voeren en ervoor te zorgen dat de arbeid die wordt verricht geen nadelige gevolgen heeft voor de gezondheid en veiligheid van medewerkers. Dit betekent dat voorkomen moet worden dat medewerkers worden blootgesteld aan schadelijke stoffen. In de praktijk wordt hier echter onvoldoende uitvoering aan gegeven. Enerzijds doordat werkgevers onvoldoende op de hoogte zijn van de risico's en niet voldoende kennis hebben om adequaat beleid te voeren. Anderzijds kunnen economische motieven een rol spelen in het onvoldoende aanbieden van gezonde arbeidsomstandigheden. De investeringen die nodig zijn om gezond en veilig te werken kunnen voor werkgevers hoog zijn.

---

<sup>6</sup> Arbobalans 2016, [www.monitorarbeid.tno.nl/publicaties/arbobalans-2016](http://www.monitorarbeid.tno.nl/publicaties/arbobalans-2016)

<sup>7</sup> Balmes J, Becklake M, Blanc P, et al. American Thoracic Society Statement: occupational contribution to the burden of airway disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2003; 167: 787–797.

<sup>8</sup> The Occupational Burden of Nonmalignant Respiratory Diseases. An Official American Thoracic Society and European Respiratory Society Statement. Paul D. Blanc, Isabella Annesi-Maesano, John R. Balmes, Kristin J. Cummings, David Fishwick, David Miedinger, Nicola Murgia, Rajen N. Naidoo, Carl J. Reynolds, Torben Sigsgaard, Kjell Tore ´ n, Denis Vinnikov, and Carrie A. Redlich; on behalf of the American Thoracic Society and European Respiratory Society 2019

<sup>9</sup> [www.longalliantie.nl/beroepslongziekten](http://www.longalliantie.nl/beroepslongziekten)

Door onvoldoende preventieve maatregelen op de werkvloer worden medewerkers ziek ten gevolge van blootstelling aan schadelijke stoffen. De link tussen luchtweg- en longklachten en de blootstelling aan schadelijke stoffen via het werk wordt echter onvoldoende vastgesteld. Werknemers met gezondheidsklachten realiseren zich niet altijd dat deze klachten worden veroorzaakt door omstandigheden op het werk. Bij gezondheidsklachten gaan ze in eerste instantie naar de huisarts, en niet naar een bedrijfsarts. Een huisarts ziet een brede patiëntenpopulatie en vraagt niet altijd meteen door naar mogelijke relaties met werk. Bij artsen en andere zorgverleners ontbreekt het aan kennis over werkgebonden factoren. Dat maakt dat patiënten lang door blijven lopen met klachten zonder dat de bron wordt aangepakt. Ook voor longartsen geldt dat niet altijd wordt doorgevraagd op werk en blootstelling aan mogelijke schadelijke stoffen. Bij aanhoudende klachten wordt bij de longarts nader onderzoek verricht, maar het ontbreekt hen aan diagnostische tools om het verband tussen schadelijke stoffen, werkfactoren en klachten vast te kunnen stellen. Dit alles maakt dat de relatie met het werk in veel gevallen niet, of pas in een laat stadium wordt gelegd. Hierdoor laten de juiste diagnose en maatregelen tegen verergering van klachten lang op zich wachten, en komen vaak pas na een lange intensieve zoektocht tot stand.

Om werkgerelateerde longklachten te kunnen vaststellen is het verrichten van werkplekonderzoek naar blootstelling aan stoffen noodzakelijk. Werkplekonderzoek kan alleen vanuit de werkgever worden geïnitieerd en dient door de werkgever te worden vergoed.

Het signaleren, diagnosticeren en het nemen van preventieve maatregelen vereist samenwerking tussen de huisarts, de longarts, de bedrijfsarts en de arbeidshygiënist. Deze samenwerking komt helaas onvoldoende tot stand. Enerzijds heeft dit te maken met de toegankelijkheid van de bedrijfsarts. Voor zorgverleners is het lastig om te weten wie de bedrijfsarts is van de patiënt. Anderzijds is er sprake van veel wantrouwen jegens de onafhankelijke positie van de bedrijfsarts. De bedrijfsarts wordt betaald door de werkgever. Ook voor patiënten is dit een reden om geen contact met de bedrijfsarts te willen. Daarnaast hebben veel werkenden geen toegang tot arbozorg, zoals ZZP-ers, uitzendkrachten en werkzoekenden.<sup>10,11</sup> In een verkenning uit december 2019 van de SER blijkt dat flexwerkers minder toegang hebben tot werkgerelateerde zorg en dat uitzendkrachten en zelfstandigen in de bouw meer aan gevaarlijke stoffen worden blootgesteld dan mensen met een vast arbeidscontract.<sup>12</sup> Uit onderzoek uit 2017 onder longpatiënten blijkt dat 15% van de patiënten met astma met een betaalde baan contact had met een bedrijfsarts, voor COPD patiënten was dit 7%.<sup>13</sup>

---

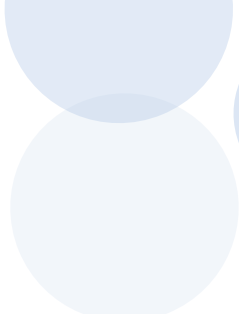
<sup>10</sup> KNMG-visiedocument Zorg die werkt, naar een betere arbeidsgerichte medische zorg voor (potentieel) werkenden, 2017

<sup>11</sup> SER advies, Een betere zorg voor werkenden,

Een visie op de toekomst van de werkgerelateerde zorg, 2014

<sup>12</sup> SER verkenning, Diversiteit arbeidsrelaties en arbeidsomstandigheden

<sup>13</sup> SNivel/Longfonds, Leven met een longziekte in Nederland 2018



Kortom, artsen en andere curatieve zorgverleners spelen een belangrijke signalerende rol door naar het werk van de patiënt te vragen. Om beroepslongziekten daadwerkelijk te kunnen vaststellen en nieuwe gevallen te kunnen voorkomen is samenwerking tussen zorgverleners en arboprofessionals essentieel.

### **Pilots signaleren beroepslongziekten**

Met subsidie van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid is de Long Alliantie Nederland (LAN) daarom gestart met het project preventie beroepslongziekten. Het doel van dit project is om beroepslongziekten te voorkomen, eerder op te sporen en beter te behandelen. Het project richt zich op:

1. bewustwording van de gevaren van stoffen bij werkgevers en werknemers in sectoren alsmede op
2. bewustwording van het belang van arbeid bij artsen en andere zorgverleners en het verbeteren van de arbocuratieve samenwerking.

De LAN werkt in dit project samen met een klankbordgroep beroepslongziekten met daarin verschillende deskundigen uit het veld.

Om de vroeg-signalering van beroepslongziekten te vergroten, zijn in 2019 twee pilot-projecten opgezet waarbij huisartsen, longartsen en andere zorgverleners zich inzetten om werkgerelateerde oorzaken van longziekten te signaleren en adequaat te behandelen. In deze pilots wordt de expertise van een bedrijfsarts en arbeidshygiënist ingezet in een multidisciplinair teamoverleg (MDO). In een pilot hebben acht huisartsenpraktijken meegewerkt die aangesloten zijn bij zorggroep Cohesie in Noord Limburg. Daarnaast liep een tweede pilot in het Franciscus Gasthuis & Vlietland in Rotterdam.

### **Leeswijzer**

In hoofdstuk 2 wordt de methode van uitvoering beschreven en de wijze waarop de pilots zijn geëvalueerd. In hoofdstuk 3 doen we verslag van het wervingsproces van de pilotregio's, de behoeften die er vanuit de pilotregio's naar voren zijn gekomen en de opzet voor de pilot die in samenspraak met de pilotregio's is opgesteld. Hoofdstuk 4 beschrijft de procesevaluatie van de pilot met de huisartsenpraktijken van Cohesie in Noord Limburg en de ervaringen van de huisartsenpraktijken. In hoofdstuk 5 komt de procesevaluatie van het Franciscus Gasthuis & Vlietland aan de orde. In hoofdstuk 6 worden de ervaringen van patiënten beschreven en komt aan de orde in welke mate deze pilots tot vervolgacties hebben geleid en preventieve maatregelen op de werkplek. Tot slot wordt in hoofdstuk 7 de conclusies beschreven gebaseerd op de twee pilots en de aanbevelingen voor vervolg.



## 2 Methode, doelstelling en vraagstelling

De pilots beogen de vroegsignalering van beroepslongziekten te vergroten en het zorgproces te versterken, zodat patiënten met werkgerelateerde klachten op een adequate manier worden begeleid en de samenwerking met bedrijfsartsen wordt gestimuleerd.

Overkoepelend doel van deze pilots is dat signalering leidt tot preventieve acties op de werkplek zodat patiënten aan het werk kunnen blijven en nieuwe gevallen van beroepslongziekten worden voorkomen.

### Doelstellingen

1. Bewustwording creëren over werkgerelateerde factoren bij longziekten bij betrokken zorgverleners in de pilotregio's.
2. Verbeteren van vroegsignalering van beroepslongziekten.
3. Advisering naar betrokken zorgverleners door handvatten te bieden in verdere begeleiding van patiënt met werkgerelateerde longziekten.

### Vraagstelling

1. Wat is de prevalentie van werkgerelateerde luchtweg- en longklachten bij patiënten met astma en COPD in de patiëntenpopulatie van Cohesie en Franciscus Gasthuis & Vlietland?
2. Wordt de signalering van beroepslongziekten verbeterd door het stellen van vier screeningsvragen arbeid?
3. Wat is de toegevoegde waarde van de inzet van arbeidsgeneeskundige kennis (bedrijfsarts) en werkplekdeskundigheid (arbeidshygiënist) in een multidisciplinair overleg (MDO)?
4. Welke knelpunten ervaren patiënten met werkgerelateerde luchtweg- en longklachten?
5. Is de opzet van de pilot van toegevoegde waarde?
6. Is een verdere uitrol zinvol? En zo ja, aan welke voorwaarden moet worden voldaan?

### Betrokken zorgverleners

Vanuit Cohesie hebben acht huisartsenpraktijken deelgenomen aan de pilot. Bij iedere huisartspraktijk is minimaal 1 huisarts en praktijkondersteuner (POH-er) betrokken geweest. In een aantal huisartsenpraktijken hebben meerdere POH-ers patiënten bevroegd. Bij het Franciscus Gasthuis zijn twee longartsen betrokken geweest in het MDO. Deze twee longartsen hebben zelf casuïstiek in gebracht, alsmede twee andere longartsen uit het Franciscus Gasthuis & Vlietland. Vier longconsulenten (longverpleegkundige) hebben patiënten bevroegd op arbeid. Eén van de longconsulenten heeft de pilot gecoördineerd en de drie andere longconsulenten geïnstrueerd op het bevroegen van arbeid.

## Patiëntenpopulatie, inclusiecriteria

In deze pilot zijn patiënten met vermoedelijke ‘werkrelevante longziekten’ besproken. In figuur 3 is te zien wat hieronder wordt verstaan. De definitie hiervan is gebaseerd op de indeling zoals die wordt gehanteerd in de Richtlijn ‘Astma en COPD’ van de NVAB (2019).<sup>14</sup>

Aangezien in deze pilot niet alleen patiënten met astma, maar ook patiënten met andere longklachten zijn bevestigd, hebben we de definitie derhalve breder getrokken naar longziekten in het algemeen.

Bij werkgerelateerde longziekten kan onderscheid worden gemaakt in een beroeps-longziekte die veroorzaakt is door blootstelling aan stoffen op het werk (“occupational lung disease”). Ook kan een bestaande longziekte verergerd worden door blootstelling aan stoffen op het werk (“work-aggravated lung disease”). Voor de bedrijfsarts is niet alleen een ‘werkgerelateerd longziekte’ van belang, maar ook longziekten die niet door het werk ontstaat of verergert, maar wel aanleiding geven tot ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid of op een andere manier het functioneren op het werk nadelig beïnvloedt: de werkrelevante longziekten.



Figuur 3 Werkrelevante longziekten

Het streven is om in beide pilots 25 patiënten met werkrelevante casuïstiek te bespreken in het MDO. Daarbij is er gekozen voor verschillende inclusiecriteria tussen de Cohesie zorggroep pilot en de Franciscus Gasthuis & Vlietland pilot. Bij de Cohesie zorggroep is er alleen een minimumleeftijd gehanteerd van ouder dan 18 jaar. Ook gepensioneerde patiënten worden in deze pilot bevestigd aangezien blootstelling in het verleden een rol kan spelen bij de klachten, inclusief hobby's en nevenactiviteiten. Bij het Franciscus Gasthuis & Vlietland worden alleen patiënten bevestigd in de werkzame leeftijd (18-67 jaar). In beide groepen worden zowel nieuwe patiënten als patiënten met bestaande longklachten geïncludeerd.

De patiëntenpopulatie tussen Cohesie en het Franciscus Gasthuis & Vlietland

<sup>14</sup> De richtlijn Astma en COPD van de NVAB (2019) beschrijft hoe beroeps-longziekten kunnen worden vastgesteld. Tevens zijn er registratierichtlijnen beschikbaar op de website van het Nederlands Centrum voor beroepsziekten (NCvB): [www.beroepsziekten.nl](http://www.beroepsziekten.nl)



onderscheidt zich onderling door het feit dat Cohesie eerstelijnszorg betreft en het Franciscus tweedelijnszorg. In de eerste lijn zullen meer patiënten komen met beginnende longklachten. Ook patiënten met chronische longklachten zijn bij Cohesie op werk bevestigd. Deze patiëntengroep wordt jaarlijks gezien op een controleafspraak bij de POH-er (indien er ketenzorgafspraken gemaakt zijn). Het Franciscus Gasthuis & Vlietland biedt tweedelijnszorg maar is daarnaast ook een expertisecentrum voor astma, COPD en allergie. Dit betekent dat hier niet alleen patiënten terecht komen die hebben gefaald op behandeling in de eerste lijn, maar ook patiënten die zijn doorverwezen uit andere ziekenhuizen in Nederland. Een groot aandeel in deze groep betreft patiënten met ernstig of moeilijk behandelbaar astma. In bijlage 2 is meer informatie opgenomen over de patiëntenpopulatie.

Bij Cohesie zijn voor het merendeel COPD-patiënten bevestigd. Dit heeft er mee te maken dat vier van de acht deelnemende huisartsenpraktijken alleen ketenzorg afspraken hadden voor COPD-patiënten. Deze patiënten komen jaarlijks terug voor controle. Zie bijlage 2 voor een overzicht van de patiëntenpopulatie per praktijk.

## Procesevaluatie

Om de pilot te evalueren wordt een procesevaluatie uitgevoerd door middel van interviews met betrokken zorgverleners, patiënten en het pilotteam.

### A. Interviews met zorgverleners

- Voorafgaand aan de start van de pilot ontvangen de huisartsen en POH-ers een instructie door de projectleider van de LAN over de opzet van de pilot. Tijdens dit gesprek wordt ook gevraagd naar de huidige gang van zaken bij patiënten met werkgerelateerde problemen, wordt er naar werk gevraagd? Tegen welke knelpunten loopt men tegenaan? Was er contact met bedrijfsarts? Hoe verliep dit contact? etc.
- Na afloop van de pilot voert de projectleider van de LAN opnieuw een interview met de betrokken huisartsen en POH-ers. In dit gesprek wordt geëvalueerd hoe het stellen van de screeningsvragen is verlopen en of men baat heeft gehad van de adviezen uit het pilotteam. Tevens wordt geëvalueerd hoe het vervolgtraject met de patiënt is verlopen, in zoverre dit mogelijk is.
- Bij het Franciscus Gasthuis & Vlietland zijn de betrokken longartsen en longconsulent ook lid van het pilotteam (MDO). Met hen wordt tussentijds telefonisch contact onderhouden en de pilot na afloop geëvalueerd middels een groepsinterview met het pilotteam.

### B. Interviews met leden pilotteam

- De projectleider van de LAN is aanwezig bij het MDO om daarmee het proces in kaart te brengen.
- Na afloop van de pilot wordt met het pilotteam een groepsinterview gehouden om de pilot te evalueren.

### C. Analyse van prevalentie werkgerelateerde longziekten bij patiëntenpopulatie

Om in beeld te krijgen bij hoeveel patiënten die bevroegd worden gedurende de pilot werkgerelateerde oorzaken een rol spelen ('werkrelevantie longziekten'), wordt een berekening gemaakt hoeveel positieve uitkomsten er volgen uit de vier screeningsvragen.

### D. Logboek

Gedurende de pilot houdt de LAN een logboek bij om tussentijdse bevindingen vast te leggen.

## Opbrengst pilots

### E. Telefonische interviews met patiënten

- Om in kaart te brengen wat deze pilot heeft opgeleverd voor patiënten, of er preventieve maatregelen zijn ingezet op de werkplek en of er contact is geweest met bedrijfsarts en werkgever etc. (zie vragenlijst in bijlage 4) worden er na afloop van de pilot in iedere pilotregio met tien patiënten een telefonisch interview gevoerd (zie vragenlijst in bijlage 4)
- Alleen bij patiënten waarvan in het MDO vermoedens bestaan van werkgerelateerde longklachten (veroorzaakt en/of verergerd door stoffen) vindt een telefonisch interview plaats.



## 3 Werving pilotregio's en opzet pilot

Alvorens verslag te doen van de procesevaluatie van de pilotregio's beschrijven we in dit hoofdstuk de wijze waarop pilotregio's zijn geworven en hoe tot een opzet van de pilot is gekomen.

### Werving pilotregio's

Om de aanpak voor de werving van pilotregio's vast te stellen zijn met acht leden uit de klankbordgroep beroepslongziekten oriënterende gesprekken gevoerd. Hierbij is gesproken met vier bedrijfsartsen, twee longartsen, een arbeidshygiënist en een huisarts. Aan hen is voorgelegd welke wervingskanalen kunnen worden ingezet en of zij connecties hebben die persoonlijk benaderd konden worden.

Het oorspronkelijk plan was om bij het werven van de pilots te focussen op geografische gebieden waar veel beroepslongziekten voorkomen. De LAN heeft hierover contact gehad met het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB), het RIVM, het Longfonds en TNO. Uit deze contacten bleek dat deze informatie niet voorhanden is. Bekend is wel in welke sectoren beroepslongziekten voorkomen, maar niet hoe beroepslongziekten in Nederland regionaal zijn verspreid. Daarom is besloten om landelijk te werven. Een oproep is onder meer uitgezet via de NVALT (vereniging voor longartsen), CAHAG (vereniging voor huisartsen met expertise op gebied van COPD en astma) en InEen (georganiseerde eerstelijns). Daarnaast is een brief uitgegaan naar alle ziekenhuizen in Nederland gericht aan de hoofden van de longafdelingen. Ondank de brede oproep en de verschillende kanalen die voor de werving zijn ingezet, kwamen er slechts enkele reacties binnen van geïnteresseerde partijen. Ook op de brief gericht aan ziekenhuizen kwam nauwelijks respons. Enkele ziekenhuizen zijn actief nagebeld om te vragen of ze de brief hadden ontvangen. Met de geïnteresseerde partijen, waaronder diverse ziekenhuizen en zorggroepen, vonden in 2018 verkennende gesprekken plaats. Het resulteerde in twee potentiële pilotregio's: in Noord-Limburg en in Rotterdam.

Het vergde veel tijd om de pilotregio's van start te kunnen laten gaan. Het bij elkaar brengen van de verschillende samenwerkingspartners binnen de regio en het komen tot gezamenlijke bereidheid om te werken aan een pilot was een intensief traject. Voor de regio Rotterdam was een geïnteresseerde arbeidshygiënist via de Nederlandse Vereniging voor Arbeidshygiëne (NVvA) snel gevonden. Het bleek echter erg lastig te zijn om een bedrijfsarts te vinden met bereidheid mee te werken aan de pilot, en dan bij voorkeur een bedrijfsarts met affiniteit voor longziekten en stoffen. Hiervoor is de Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) benaderd, diverse leden uit de klankbordgroep, en de Nederlandse Vereniging voor Klinische Arbeidsgeneeskunde (NVKA). Uiteindelijk is via connecties van de al aangehaakte arbeidshygiënist in december 2018 een bedrijfsarts bereid gevonden mee te werken voor Rotterdam.

Na oriënterende gesprekken, zijn begin 2019 de twee pilotregio's gestart: in de regio Noord-Limburg samen met Cohesie, en in Rotterdam met het Franciscus Gasthuis & Vlietland.

### **Bevindingen werving**

Het verloop van dit wervingstraject laat zien dat er aanvankelijk weinig animo was voor het thema 'arbeid'. Hoewel de aandacht voor werkgerelateerde factoren in de zorg rondom longziekten wel lijkt toe te nemen, is er nog veel inzet nodig om arbeid op de agenda te krijgen bij longartsen en andere zorgverleners.

### **Achtergrond pilotpartners**

#### **Cohesie**

Cohesie is een organisatie van, voor en door huisartsen en opgericht in 2006. Ruim 100 huisartsen in de regio Noord Limburg hebben zich bij Cohesie aangesloten. Binnen dit samenwerkingsverband bundelen alle huisartsen in Noord-Limburg hun kennis en krachten voor een sterke eerstelijnszorg die de individuele praktijken overstijgt. De praktische uitvoering hiervan wordt verzorgd door een aantal werkmaatschappijen die vallen onder de coöperatie. De aangesloten huisartsen worden actief betrokken bij de activiteiten van Cohesie. Veel huisartsen participeren in één of meerdere commissies die zich inzetten voor de belangen van de huisarts én de patiënt. Vanuit Cohesie worden verbindingen gelegd met andere zorg verlenende instellingen in de regio, overheden en zorgverzekeraars. Elke huisarts voert zijn eigen praktijk, maar door waar mogelijk zaken in gezamenlijkheid te organiseren, is de inzet dat er meer ruimte voor de zorg voor de patiënt overblijft. In deze pilot hebben acht aangesloten praktijken van Cohesie meegewerkt.

#### **Franciscus Gasthuis**

Het Franciscus Gasthuis & Vlietland levert zorg in de regio Rotterdam. Het Franciscus Astma, COPD & Allergie Centrum is een expertisecentrum waarvoor zij van de Stichting Topklinische Ziekenhuizen (STZ) een topklinische erkenning hebben gekregen. Dit houdt in dat zij specialistische zorg leveren op het gebied van astma, COPD en respiratoire allergie. Dit betekent dat hier niet alleen patiënten uit de directe omgeving komen (tweedelijnszorg), maar ook patiënten die op andere plekken in de zorg vastliepen in het omgaan met hun klachten. In het expertisecentrum wordt nader onderzoek verricht en samen met de patiënt gekeken hoe de ziekte onder controle kan worden gehouden, zodat de patiënt de dagelijkse dingen kan blijven doen. Het behandelteam van het Franciscus Astma, COPD & Allergie Centrum maakt gebruik van de nieuwste inzichten en behandelmogelijkheden. Naast het geven van specialistische zorg naar de laatste richtlijnen en inzichten houdt het expertisecentrum in dat de longartsen betrokken zijn bij nationaal en internationaal onderzoek en bij de ontwikkeling van richtlijnen.

In het Franciscus Gasthuis & Vlietland wordt het belang van werkgerelateerde factoren gezien en wordt naar werk gevraagd. De longartsen zien dat beroepsgerelateerde problematiek bij hun patiënten speelt. Met voorbeelden van patiënten werkzaam in

de graanoverslag, metaalbewerking, chemie of in de landbouw. Bij de laatste groep betreft het veel Poolse arbeiders. Aanleiding voor het ziekenhuis om mee te doen aan deze pilot is dat zij meer concrete handvatten willen hebben om de behandeling voor patiënten met werkgerelateerde longproblematiek te verbeteren.

### **Bevindingen uit oriënterende gesprekken met pilotpartners**

Bij aanvang van de pilots zijn met de pilotpartners gesprekken gevoerd om in kaart te brengen:

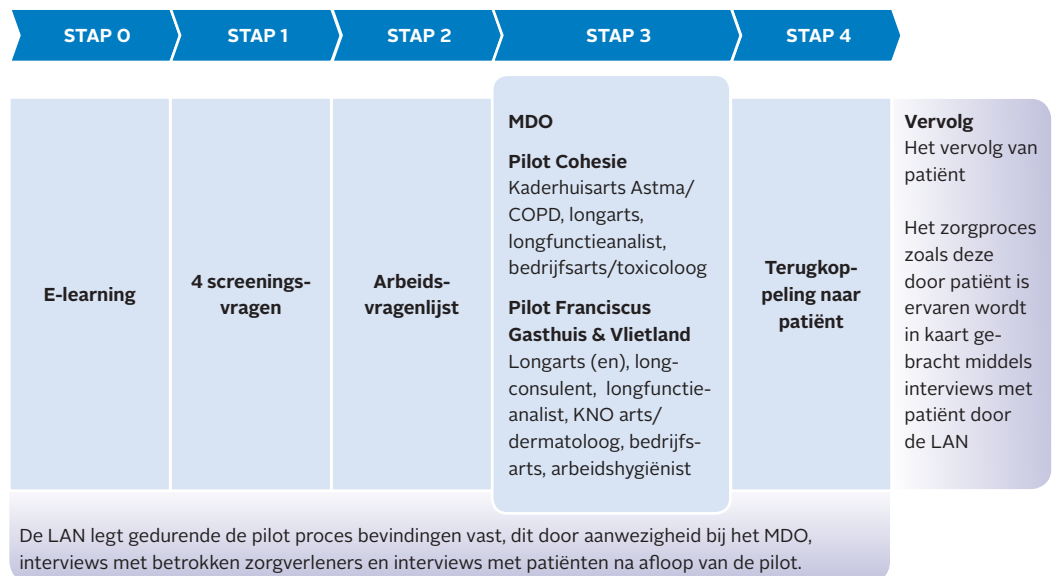
- welke bevorderende – en belemmerende factoren er zijn t.a.v. een duurzame implementatie van werkgerelateerde zorg
- de arbeidsgeneeskundige hulpvragen van patiënten en de behandelaars op het gebied van werkgerelateerde longziekten.

Zorgverleners noemden de onderstaande belemmerende factoren die aansluiten bij de knelpunten zoals die beschreven staan in de inleiding van dit rapport:

- Er is bij zorgverleners onvoldoende bewustzijn van werkgerelateerde oorzaken van ziekten.
- Diagnostische tools om werkgerelateerde problematiek inzichtelijk te krijgen zijn niet toegankelijk en of niet direct voorhanden voor zorgverleners.
- De diagnostiek van beroepslongziekten is ingewikkeld en vergt samenwerking met andere deskundigen. Deze samenwerking is er niet of onvoldoende.
- Het achterhalen van een relatie met werkgerelateerde oorzaken is gecompliceerd:
  - > De patiënten kunnen verschillende beroepen hebben gehad waarin blootstelling is geweest met schadelijke stoffen;
  - > Er is een lange latentietijd: een deel van de patiënten is al met pensioen als de longziekte zich openbaart, er wordt dan niet meer naar werk gevraagd;
  - > Er kan een interferentie zijn met roken.
- Signalering van beroepslongziekten leidt onvoldoende tot preventieve maatregelen op het werk.

Gezamenlijk is vastgesteld dat een betere signalering en het voorkomen van beroeps-longziekten begint met het bespreken van de werkzaamheden tijdens het consult bij de arts en of de praktijkondersteuner/longverpleegkundige. Onderzoek naar werkgerelateerde oorzaken maakt deel uit van de arbocuratieve zorg, maar dergelijk onderzoek kan alleen worden gestart als een mogelijke relatie met werk wordt overwogen door curatieve zorgverleners. Er zou daarom veel winst zijn te behalen als arbeid een vast onderdeel wordt in de anamnese in de curatieve sector (de eerste- en tweedelij) en zorgverleners zich bewust zijn van het belang van vragen naar werkfactoren voor een goede behandeling en begeleiding van de patiënt. Dit zou daarom de focus moeten krijgen in de pilot.

Gezien de hoge tijdsdruk waarin artsen en andere zorgverleners in de curatieve zorg mee te maken hebben werd als voorwaarde genoemd dat de pilot laagdrempelig moet blijven en ondersteuning biedt aan de betrokken zorgverleners. De pilot moet hen voorzien van praktische handvatten om patiënten te bevragen en van adviezen voorzien waarmee zij de patiënt bij werkgerelateerde problematiek kunnen ondersteunen. Vanuit het Franciscus Gasthuis & Vlietland werd de behoefte geuit om meer



Figuur 4 Opzet pilot

diagnostische tools in handen te hebben om de relatie tussen longklachten en blootstelling aan schadelijke stoffen op het werk vast te kunnen leggen. Gedurende de pilot brengt de LAN in kaart hoe verdere borging en betere samenwerking tussen zorgverleners en bedrijfsartsen kan worden opgezet.

### Opbouw pilot

Op basis van de bevindingen uit de verkennende gesprekken is in samenspraak met de pilotpartners een voorstel gemaakt voor een opzet van een pilot.

Bij de opzet van de pilot is verbinding gezocht met de bestaande overlegstructuur bij beide pilotpartners. Cohesie beschikt over een expertteam bestaande uit een kaderhuisarts astma & COPD, een longfunctieanalist en longarts. Huisartsenpraktijken kunnen vragen over patiënten met luchtwegklachten aan dit expertteam voorleggen. Ten behoeve van de pilot is de expertise van een bedrijfsarts die tevens toxicoloog is met kennis op het gebied van stoffen en longen aan dit expertteam toegevoegd.

Ook het Franciscus Gasthuis en Vlietland heeft een team dat eens in de twee weken een Multidisciplinair Team Overleg (MDO)) houdt. Dit team bestaat uit longartsen, longconsulent, longfunctieanalist, KNO arts en dermatoloog. Ten behoeve van de pilot zijn een arbeidshygiënist en bedrijfsarts in het team opgenomen.

Het uitgangspunt van de pilot is dat aangesloten wordt bij het arbozorgstelsel in Nederland. Dit betekent dat patiënten na signalering en het werkgerelateerde advies door de arts, zelf contact dienen op te nemen met de eigen bedrijfsarts/werkgever voor de uitvoering van preventieve maatregelen.

In figuur 4 is de opzet van de pilot te vinden. Deze opzet is in samenspraak met de betrokkenen opgesteld.

### **Stap 0: E-learning**

- Bij aanvang van de pilot volgen alle betrokken zorgverleners de door de LAN ontwikkelde e-learning 'Signaleren beroepslongziekten'. Dit is een e-learning met een duur van 1,5 uur waarmee 2 accreditatiepunten kunnen worden verdiend. Huisartsen en praktijkondersteuners (POH'ers) van de deelnemende huisartsenpraktijken bij Cohesie krijgen daarnaast een instructie van de projectleider van de LAN, telefonisch of in de praktijk. Bij het Franciscus Gasthuis & Vlietland geeft de longconsulent, die coördinator van de pilot is, een instructie aan de overige longconsulenten.

### **Stap 1: Screeningsvragen**

- Gedurende de pilot wordt door huisartsen en praktijkondersteuners vier screeningsvragen voorgelegd over arbeid in de anamnese. Zowel nieuwe als bestaande patiënten met luchtweg- en longklachten kunnen worden bevroegd. Het gaat om de volgende vragen:
  1. Wat voor werk doet u?
  2. Legt u een relatie tussen uw klachten en uw werk? Treden klachten op kort nadat u met bepaalde werkzaamheden bent gestart of na meerdere uren?
  3. Verbeteren uw klachten als u langer thuis bent, tijdens weekenden of vakanties?
  4. Wordt u op uw werk blootgesteld aan stof, nevel, rook, mist, gassen of dampen?Deze vragen zijn gebaseerd op de Richtlijn 'Werkgerelateerd astma' van de NVALT (2017). Wordt op één of meerdere vragen positief geantwoord, dan moet een werkgerelateerde astma worden overwogen en is verdere evaluatie aangewezen.
- Om tot een aantal van 25 patiënten in het MDO (multidisciplinair overleg) te komen zullen bij naar schatting 175 patiënten de vier screeningsvragen naar arbeid worden voorgelegd.

### **Stap 2: Arbeidsvragenlijst**

- Bij vermoedens van werkgerelateerde klachten op basis van de eerste vier screeningsvragen, wordt de casuïstiek voorgelegd aan het MDO.
- Voorafgaand aan het inbrengen verstuurt de coördinator van de regio de patiënt een verdiepende arbeidsvragenlijst met daarbij een toestemmingsformulier (informed consent).
- De arbeidsvragenlijst is gebaseerd op de vragenlijst uit de Richtlijn 'Werkgerelateerd astma' van de NVALT en geeft meer uitgebreide informatie die nodig is voor bespreking van de casus in het pilotteam (zie bijlage 3).
- Alleen patiënten die de vragenlijst invullen en terugsturen worden besproken in het MDO.

### **Stap 3: MDO**

- Gedurende de pilot worden vier /vijf multidisciplinair overleggen (MDO) georganiseerd.
- Gedurende de pilot worden 25 patiënten besproken in het MDO.
- Voor deze pilot wordt bij Cohesie als mogelijk een beveiligde omgeving ingericht (Vital Health) waarin werkgerelateerde casuïstiek middels e-consult kan worden besproken

Het MDO bespreekt:

- a. Ingebrachte casuïstiek van patiënten met vermoedelijke werkgerelateerde klachten;
- b. Welke verdiepende diagnostiek nodig is en welke expertise hiervoor kan worden ingezet;
- c. Welke vervolgacties en preventieve maatregelen nodig zijn voor de patiënt;
- d. Geeft terugkoppeling aan de huisarts of de longarts over benodigde vervolgacties.

#### Deelnemers aan het MDO bij Cohesie

Het pilotteam van Cohesie bestaat uit een kaderhuisarts astma/COPD, een longfunctieanalist, longarts van het ViCurie Medische Centrum te Venlo en een bedrijfsarts/toxicoloog met expertise op het gebied van beroepslongziekten en stoffen. Een arbeidshygiënist kon indien nodig worden geconsulteerd voor aanvullende expertise over de mogelijke blootstelling aan schadelijke stoffen. Het MDO arbeid is gedurende de pilot circa eens in de zes weken georganiseerd.

#### Deelnemers aan het MDO bij Franciscus Gasthuis & Vlietland

Het pilotteam van het Franciscus Gasthuis & Vlietland bestond uit 2 longartsen, een longfunctieanalist, longconsulent, een dermatoloog en KNO arts. Voor de pilot in het Franciscus Gasthuis & Vlietland zijn zowel een bedrijfsarts als een arbeidshygiënist ingezet. Het MDO-arbeid is gedurende de pilot ca. eens in de zes weken georganiseerd. Voor beide pilots geldt dat de bedrijfsarts in het pilotteam optreedt als medisch onafhankelijk adviseur. Patiënten zullen bij werkgerelateerde problemen contact dienen op te nemen met hun eigen bedrijfsarts zodat op het werk de nodige acties kunnen worden genomen.

#### Stap 4: Terugkoppeling naar de patiënt

- De 'aanvrager' (longarts of huisarts) krijgt vanuit het MDO advies over de benodigde vervolgacties en voert waar mogelijk deze acties uit

#### Coördinatie vanuit Cohesie en het Franciscus Gasthuis & Vlietland

Bij zowel Cohesie als het Franciscus Gasthuis & Vlietland is een contactpersoon/coördinator aangesteld die het contact heeft onderhouden met de projectleider van de LAN. Beide coördinatoren hebben het proces van de pilots intern gecoördineerd. De coördinator van Cohesie heeft het contact onderhouden met de acht huisartsenpraktijken, de coördinator van het Franciscus Gasthuis & Vlietland met de betrokken longartsen en longconsulenten.

Beide coördinatoren hebben ervoor gezorgd:

- Dat binnen de organisatie de vier screeningsvragen worden gesteld;
- Verzending van de arbeidsvragenlijst naar patiënten met vermoedelijke werkgerelateerde longklachten;
- Het toestemmingsformulier van de patiënten (informed consent) in orde was;
- De casuïstiek van het MDO voorbereid is, op basis van het dossier en de input uit de arbeidsvragenlijst;
- De terugkoppeling van advies uit het MDO naar de inbrengers (longarts/huisarts).



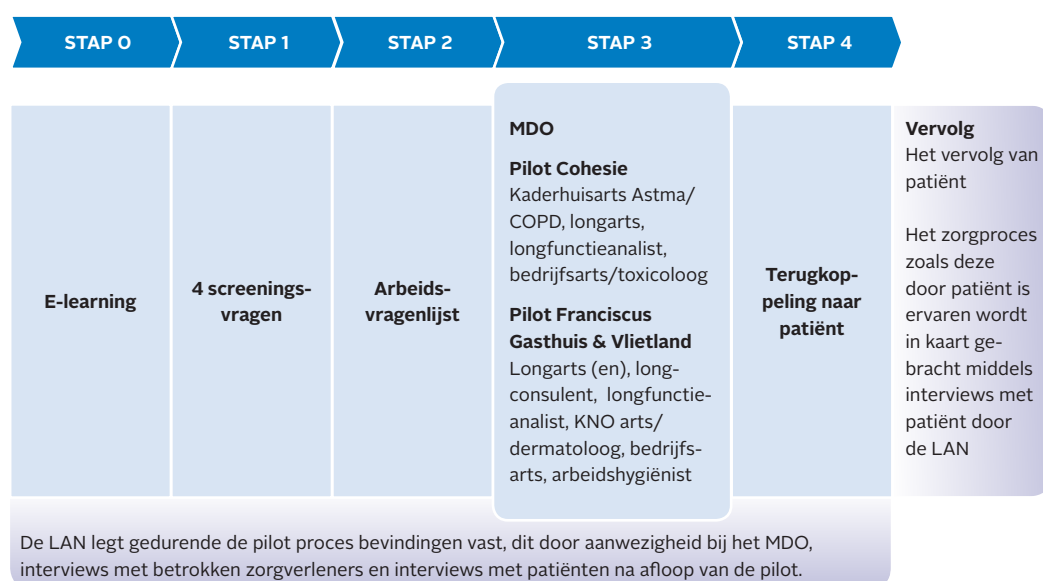
## 4 Procesevaluatie pilot Cohesie - Noord Limburg

Gedurende de pilot heeft de LAN het proces geëvalueerd door aanwezig te zijn bij de MDO's, gesprekken te voeren met de pilotpartners en de acht betrokken zorgverleners in de huisartsenpraktijken.

Met de acht huisartspraktijken die hebben deelgenomen is een interview gevoerd met de contactpersoon die voor deze pilot was aangesteld. In de meeste gevallen vond het interview plaats met de praktijkondersteuner (POH-er) aangezien zij in deze pilots het grootste aandeel hebben gehad in het bevragen van patiënten en het terugkoppelen van het advies naar de patiënten. In totaal zijn drie huisartsen gesproken en zes praktijkondersteuners. Van één praktijk is zowel de huisarts als de POH-er gesproken.

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten van de pilot volgens de volgende indeling (zie ook figuur 5):

- Introductie en aantal verwijzingen per praktijk
- **Stap 0** Het volgen van de e-learning signaleren beroepslongziekten
- **Stap 1** Het stellen van de screeningsvragen door de huisartsenpraktijken
- **Stap 2** De arbeidsvragenlijst
- **Stap 3** Het MDO
- **Stap 4** De terugkoppeling vanuit het MDO naar de huisartsenpraktijken/patiënten
  - > Stap 4a De terugkoppeling vanuit het MDO naar de huisartspraktijken
  - > stap 4b De terugkoppeling naar de patiënt en de opbrengst van het advies
- Algemene conclusies procesevaluatie



Figuur 5 Opzet pilot

## Introductie en aantal verwijzingen per praktijk

In tabel 1 is per praktijk te zien hoe groot de patiëntenpopulatie, het aantal patiënten in de ketenzorg voor astma en COPD (deze patiënten zijn bevroegd), het aantal verwijzingen naar het pilotteam en het aantal patiënten dat uiteindelijk door het pilotteam is besproken.

Deelnemende praktijk	Totale patiënten populatie	Ketenzorg astma	Ketenzorg COPD	Aantal verwijzingen naar pilotteam	Arbeidsvragenlijst ingevuld en besproken in MDO
Huisartsenpraktijk Meerlo	5.656	78	35	0	0
MC Groenveld	11.156	129	163	10	9
Huisartsenpraktijk de Wildenberg	2.555	24	24	3	2
Huisartsenpraktijk Buitenlust	10.171	0	113	2	1
Huisartsenpraktijk Venlo-Zuid	8.962	0	89	4	3
Huisartsenpraktijk Antoniusveld	11.097	0	95	10	5
MC Lambertus	13.043	0	203	6	6
Maasbree	6.087	52	89	8	5
<b>Totaal</b>	<b>68.727</b>	<b>283</b>	<b>811</b>	<b>43</b>	<b>31</b>

Tabel 1 Overzicht patiëntpopulatie per praktijk en aantal verwijzingen naar pilotteam arbeid

### Toelichting tabel 1

Alle praktijken hebben COPD-patiënten in de ketenzorg. Om die reden is het aandeel van patiënten met COPD in deze pilot het grootst. Voor astma hebben 4 van de 8 praktijken ketenzorg. Per praktijk is te zien hoeveel verwijzingen er zijn gedaan naar het pilotteam. In Meerlo zijn er geen verwijzingen geweest. De toelichting van deze praktijk is dat dit toeval moet zijn geweest. Gedurende de pilot was het wat rustiger op het spreekuur van astma en bij de COPD-controles. En bij de signalering van de eerste werkgerelateerde casus was de pilotperiode al ten einde. Na verwijzing naar het pilotteam is door Cohesie een arbeidsvragenlijst gestuurd naar de betreffende patiënt. Patiënten zijn alleen besproken door het pilotteam in het MDO indien een arbeidsvragenlijst retour is gestuurd. Van de 43 patiënten was dit bij 31 patiënten het geval.

## **Stap 0: Het volgen van de e-learning signaleren beroepslongziekten**

Alle betrokken zorgverleners (huisartsen en POH-ers) van de huisartsenpraktijken hebben voorafgaand aan de pilot de e-learning 'signaleren beroepslongziekten' gemaakt. Daarnaast hebben ze een mondelinge instructie over de pilots ontvangen van de projectleider van de LAN. In deze mondelinge toelichting is hen gevraagd hoe de e-learning is ervaren. Het merendeel van de zorgverleners gaf aan dat de e-learning een eye-opener was over de rol die blootstelling aan stoffen kan spelen bij longziekten. Dit onderwerp was eerder nog niet in de opleiding aan bod gekomen. De e-learning leerde wat je als zorgverlener kunt doen bij werkgerelateerde problemen en welke route je kunt lopen. De e-learning bood nieuwe informatie, maar was niet te ingewikkeld. Met een e-learning kun je niet eenvoudig informatie teruglezen. De behoefte werd dan ook geuit om ook een stroomschema of iets dergelijks te ontwikkelen die makkelijk erbij gepakt kan worden.

## **Stap 1: Het stellen van de screeningsvragen**

Voorafgaand aan de pilot hebben de acht deelnemende huisartsenpraktijken zowel een schriftelijke instructie (zie bijlage 3) als ook een mondelinge instructie ontvangen over de wijze van het stellen van de screeningsvragen, de doorverwijzing naar het pilotteam en het advies.

Gedurende de pilot zijn vier screeningsvragen gesteld aan zowel bestaande als nieuwe patiënten met luchtwegklachten:

1. Wat voor werk doet u?
2. Legt u een relatie tussen uw klachten en uw werk? Treden klachten op kort nadat u met bepaalde werkzaamheden bent gestart of na meerdere uren?
3. Verbeteren uw klachten als u langer thuis bent, tijdens weekenden of vakanties?
4. Wordt u op uw werk blootgesteld aan stof, nevel, rook, mist, gassen of dampen?

### **Inhoud vragen**

Alle drie gesproken huisartsen en zes POH-ers gaven aan dat de vier screeningsvragen goede, behulpzame vragen waren om te stellen. Ze zijn kort en goed in te passen in een consult. Het prikkelt zowel de zorgverlener als ook de patiënt om na te denken over mogelijke blootstelling aan schadelijke stoffen via het werk. De vragen zijn over het algemeen duidelijk voor de patiënt. Indien nodig hebben de zorgverleners wat extra toelichting gegeven. Soms was er onduidelijkheid over wat te doen als blootstelling in het verleden had plaatsgevonden. Eén van de huisartsen gaf aan dat het lastig was om op het verleden door te vragen gezien het feit dat patiënten meerdere werkgevers kunnen hebben gehad en aan verschillende stoffen kunnen zijn blootgesteld.

Over het algemeen dachten de patiënten goed mee en hadden er geen problemen mee om de vragen te beantwoorden. Een van de POH-ers gaf aan dat patiënten bij het stellen van de vragen argwanend werden. Deze patiënten wilden niet in het kader van de pilot besproken worden in het expertteam uit angst dat de inhoud van de gesprekken bij de werkgever terecht zou komen.

Meerdere praktijken gaven aan de vragen over mogelijke relatie met het werk na afloop van de pilot nog steeds te stellen.

“Ik vond het een eye-opener, ook nu de pilot is afgelopen merk ik dat ik er nog steeds naar vraag.”

**POH-er**

Aan patiënten is gevraagd of zij voorafgaand aan het gesprek met de huisarts of POH-er een verband hadden gelegd tussen hun werk en hun klachten. Van de tien ondervraagde patiënten, gaven vier patiënten aan dat ze hier eerder zelf al aan hadden gedacht. Drie patiënten hadden hier vermoedens van en drie patiënten hadden er niet eerder bij stil gestaan.

### **Proces**

In deze pilot zijn de screeningsvragen grotendeels gesteld door de POH-ers bij bestaande patiënten. Ook nieuwe patiënten zijn bevraagd door huisartsen, waarbij één van de huisartsen aangaf aan dat het stellen van de screeningsvragen nog geen automatisme is. Twee praktijken gaven aan gedurende de pilot minder COPD- en astmapatiënten op consult te hebben gehad. Hierdoor hebben ze aan weinig patiënten de vragen kunnen stellen. Oorspronkelijk was het de bedoeling dat de huisartsenpraktijken de screeningsvragen gedurende circa 6 maanden konden stellen aan patiënten. Het streefaantal van 25 patiënten dat diende te worden ingebracht in het MDO was echter al binnen vier maanden bereikt. Aangezien er binnen deze pilot slechts capaciteit was voor vijf keer MDO, hebben de praktijken bericht gekregen dat nieuwe verwijzingen naar het pilootteam niet meer mogelijk waren.

Hoewel het de bedoeling was dat alle patiënten bevraagd werden, hebben niet alle praktijken dit altijd consequent gedaan. In de dagelijkse praktijk bleek dit toch lastig en schoot het er soms bij in door de algehele drukte. En soms is er toch selectie geweest door de voorinformatie die men over patiënten had (bijvoorbeeld over het wel of niet hebben van werk en het soort beroep dat iemand heeft).

De huisartsenpraktijken hadden vooraf de instructie gekregen om de formulieren met de screeningsvragen zowel bij een positieve als een negatieve uitkomst in te vullen: dat wil zeggen bij zowel wel of geen vermoeden op werkgerelateerde klachten. Dit om zicht te krijgen op de prevalentie van werkgerelateerde luchtwegklachten. Dit is echter door de meeste praktijken niet uitgevoerd. Vaak zijn alleen bij een positieve uitkomst (vermoeden op werkgerelateerde klachten) de screeningsformulieren ingevuld. Ook hier werd algehele werkdruk als verklaring gegeven.

Gezien bovengenoemde punten is er geen volledig zicht op de prevalentie van het aantal werkgerelateerde casussen binnen de patiëntenpopulatie van Cohesie. Daarnaast is het van belang om te realiseren dat de screeningsvragen zijn voorgelegd aan een bestaande patiëntenpopulatie, en dus niet (alleen) aan nieuwe patiënten. Het feit dat er al in vier maanden tijd meer dan het beoogde aantal verwijzingen was bereikt doet vermoeden dat werkgerelateerde problematiek zeker voor komt.

#### **Mogelijke verbetering**

- a. Mogelijk had het geholpen om met iedere zorgverlener in het begin van de pilot persoonlijk contact te hebben over het stellen van de screeningsvragen en de wijze waarop de screeningsformulieren dienden te worden ingevuld.

- b. Wanneer de screeningsvragen een labcode (NHG-Tabel Diagnostische Bepalingen) krijgen, kunnen ze door elk huisartsinformatiesysteem (HIS) en of keteninformatiesysteem (KIS) worden opgenomen en zijn ze (standaard) in te vullen door de zorgverleners.

### **Inclusie gepensioneerden?**

In deze pilot bij Cohesie was afgestemd dat zowel werkenden als gepensioneerden konden worden bevraagd gezien de mogelijke blootstelling in het verleden, door hobby' en of bijklussen in vrije tijd. Het verschilt per praktijk hoe hier mee is omgegaan. Gepensioneerden zijn door de ene praktijk bevraagd, door de andere niet. Eén van de huisartsen gaf aan alleen oudere patiënten te hebben bevraagd als er sprake was van hobby's met blootstelling aan stoffen.

In totaal zijn 8 gepensioneerden in het MDO besproken. Uit de evaluatie met het pilotteam, blijkt dat het bij gepensioneerde patiënten lastig is om met terugwerkende kracht iets te zeggen over blootstelling in het verleden, zeker in het geval iemand meerdere werkgevers heeft gehad. Bij gepensioneerden kan er geen contact worden opgenomen met de werkgever of de bedrijfsarts omdat iemand al uit dienst is. Bij de gepensioneerden die zijn ingebracht in het MDO zijn meer medische zaken besproken. In een aantal gevallen klusten patiënten nog bij waarbij sprake was van blootstelling aan stoffen. In deze gevallen kan de patiënt gewezen worden op het nemen van beschermende maatregelen.

#### Mogelijke verbetering

- a. In een vervolg kan een filter op leeftijd worden gezet om meer werkgerelateerde casussen te vangen. De gepensioneerde patiënten kunnen dan worden betrokken als er een hele duidelijke oorzaak ligt in het werkverleden of als patiënten in hobby of huidige nevenwerkzaamheden worden blootgesteld aan stoffen.

## **Stap 2: Het afnemen van de arbeidsvragenlijst**

Deze arbeidsvragenlijst is naar alle 43 patiënten gezonden die door de huisartsenpraktijken op grond van de vier screeningsvragen zijn verwezen naar het pilotteam. Deze vragenlijst is per post naar hen verzonden door de contactpersoon van Cohesie. Patiënten zijn door Cohesie ook nagebeld om de vragenlijst retour te zenden. Dit vergde veel tijd. Persoonlijke contact bleek hierbij wel te helpen. Van de 43 patiënten die de arbeidsvragenlijst hebben ontvangen, hebben 31 patiënten de vragenlijst retour gestuurd. Deze 31 patiënten zijn besproken in het MDO. Hiervan waren 23 patiënten in de werkzame leeftijd en waren acht patiënten gepensioneerd (zie figuur 2). In totaal hebben 11 patiënten de arbeidsvragenlijst niet retour gestuurd. Een aantal patiënten heeft telefonisch aangegeven aan de coördinator van Cohesie dat ze de vragenlijst te moeilijk vonden om in te vullen. Bij de tien patiënten die zijn geïnterviewd vonden acht patiënten de vragenlijst goed in te vullen, twee patiënten vonden het lastig. Sommige patiënten hebben de vragenlijst gedeeltelijk ingevuld.

Mogelijke verbetering

- a. Alternatief zou kunnen zijn om patiënten tijdens een consult te vragen de arbeidsvragenlijst in te vullen. Of de vragenlijst voorafgaand aan een consult toe te sturen zodat ze het ingevuld mee kunnen nemen naar het spreekuur.
- b. In sommige gevallen zou het goed zijn geweest als een arts de patiënt nog had gesproken naar aanleiding van de antwoorden op de vragenlijst om zo in te kunnen gaan op eventuele onduidelijkheden.

### Stap 3: Het MDO

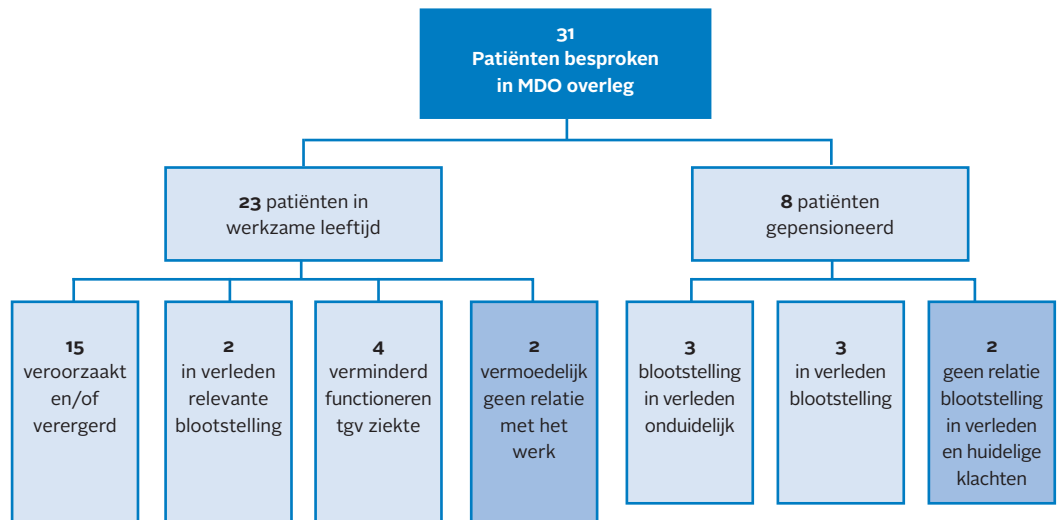
Stap 3 uit de pilot is geëvalueerd door een interview met de betrokkenen uit het MDO. De coördinator bij Cohesie heeft de multidisciplinaire overleggen voorbereid door voorafgaand aan het overleg de casuïstiek van de patiënt rond te sturen naar de betrokkenen uit het MDO. Tijdens het MDO overleg zijn de volgende zaken besproken:

- Patiëntkenmerken
- Co-morbiditeit
- Voorgeschiedenis
- Rookstatus
- Longstatus en spirometrie
- Medicatiegebruik
- Arbeidsanamnese (gebaseerd op ingevulde arbeidsvragenlijst)
- Blootstelling aan stoffen op werk
- Hobby's en of blootstelling aan stoffen in de omgeving

Op basis van de bespreking in het MDO werd bepaald of er vermoedens bestonden van werkgerelateerde klachten. Indien dat het geval was volgde een advies naar de verwijzer (huisarts) voor benodigde vervolgacties. Dit advies bestond eruit dat patiënten contact dienen te zoeken met de bedrijfsarts. Waar nodig werd ook een werkplekonderzoek door een arbeidshygiënist geadviseerd. Ook waren er adviezen gericht op het optimaliseren van de behandeling en de medicatie, stoppen met roken, en verwijzing naar de longarts.

Gedurende de pilot hebben de huisartsenpraktijken in totaal 43 verwijzingen gedaan naar het pilotteam. Deze patiënten hebben vanuit Cohesie een arbeidsvragenlijst ontvangen. Alleen patiënten met een ingevulde vragenlijst zijn besproken in het MDO. Uiteindelijk zijn 31 patiënten besproken. Hiervan waren 23 patiënten in de werkzame leeftijd en acht patiënten gepensioneerd. In figuur 6 is te zien hoeveel patiënten besproken zijn en welke conclusies er zijn getrokken t.a.v. de werkgerelateerdheid van de ingebrachte casuïstiek.

Van de 23 patiënten in de werkzame leeftijd bestonden er bij 15 patiënten sterke vermoedens op een link met blootstelling aan stoffen op het werk en de klachten. Bij twee patiënten waren er geen aanwijzingen voor relevante blootstelling in het huidige werk, maar wel in het verleden. Bij vier patiënten speelde er problemen met het functioneren op het werk ten gevolge van longklachten ('werkrelevante longklachten'). Bij twee patiënten werd geconcludeerd dat er vermoedelijk geen relatie lag met blootstelling aan stoffen op het werk.



Figuur 6 Overzicht besproken patiënten in MDO Cohesie

Acht patiënten zijn besproken die inmiddels gepensioneerd waren. Bij allemaal was het lastig om met terugwerkende kracht wat hierover te zeggen. In drie gevallen had de patiënt in meerdere beroepen gewerkt waarin relevante blootstelling kon hebben plaats gevonden. Bij drie patiënten bestond er onduidelijkheid of er relevante blootstelling plaats had gevonden. Bij twee patiënten werd er op basis van de gegevens geen relatie vermoed. Een aantal patiënten verrichtte nevenactiviteiten met mogelijke relevante blootstelling aan stoffen. In die gevallen is het zinvol als de arts wijst op de mogelijke risico's.

#### Wat ging goed in het MDO?

- Betrokkenheid van alle deelnemers in het MDO.
- Deelname van een deskundige bedrijfsarts met kennis over longen en stoffen aan het MDO.
- Het multidisciplinaire overleg is door de deelnemers als positief ervaren. De vier expertises in het MDO vullen elkaar goed aan: samen kom je tot conclusies waar je niet alleen op zou kunnen komen. Iedere deskundige heeft zijn of haar eigen vakgebied. Zo kun je van een longarts of huisarts niet verwachten dat deze ook kennis heeft van arbeid. Net zoals dat een bedrijfsarts of huisarts niet over de specialistische kennis over longen beschikt. Het is daarom als relevant ervaren om meerdere deskundigen bij elkaar te brengen als het gaat om werkgerelateerde longproblemen.
- Het multidisciplinair samenwerken groeit, naarmate men vaker bij elkaar komt.

#### Wat leverde het op?

- Bij veel van de ingebrachte casuïstiek speelden werkgerelateerde factoren een rol. Het MDO kon daarom goede input leveren voor een werkgerelateerd advies. In stap 4 wordt beschreven hoe de huisartsenpraktijken dit advies en de terugkoppeling naar patiënten hebben ervaren.

### **Wat kon beter volgens de pilotpartners?**

- Het lastige van de constructie in deze pilot is dat je aan handen en voeten bent gebonden omdat je niet zelf kunt handelen. Het zou goed zijn als je rechtstreeks met de bedrijfsarts van de patiënt contact kan hebben. In de opzet van deze pilot krijgt de patiënt het advies van de huisarts contact op te nemen met de bedrijfsarts.
- Het pilotteam had slechts beschikking over 'indirecte informatie': de verwijzing vanuit de huisartspraktijk, de arbeidsvragenlijst en het dossier van de patiënt. Omdat niemand uit het pilotteam de patiënt zelf had gesproken bleken sommige zaken nog onduidelijk. Het zou helpen als iemand vanuit het pilotteam de patiënt zelf zou hebben gesproken. Dan heb je de informatie uit eerste hand en heb je de mogelijkheid om door te vragen op zaken die relevant zijn. Patiënten weten zelf vaak heel goed te vertellen wat er in het verleden is gebeurd.
- Fysiek zit je met veel kapitaal bij elkaar. Het zou efficiënter zijn om het overleg op afstand te laten plaatsvinden (via systeem zoals skype) of het inzetten van een online omgeving zoals Vital Health.
- Het zou fijn zijn als de huisarts een patiënt naar een team kan doorverwijzen van waaruit ook meteen onderzoek kan worden gedaan. Zoals het meegeven van een piekstroommeter aan een patiënt om metingen op de werkplek te verrichten. Dit vergt echter een andere organisatievorm en financiering. Dit wordt bij de aanbevelingen in dit verslag verder uitgewerkt.

### **Stap 4: De terugkoppeling vanuit het MDO naar de huisartsenpraktijken en patiënten**

#### **Stap 4 is opgesplitst in twee onderdelen:**

Stap 4a: Het terugkoppelingsproces naar de praktijken

Stap 4b: De terugkoppeling van de praktijken naar de patiënt

#### **Stap 4a De terugkoppeling vanuit het MDO naar de huisartsenpraktijken**

Het advies dat uit het MDO volgde is door de coördinator van Cohesie teruggekoppeld aan de praktijken. Er zijn van tevoren geen afspraken gemaakt over de wijze waarop de terugkoppeling aan patiënten zou moeten plaats vinden: door de huisarts of de POH-er, telefonisch, in een consult of schriftelijk. Dit is aan de praktijken zelf over gelaten. Uit de gesprekken met de praktijken bleek dat de terugkoppeling in vrijwel alle gevallen door de POH-er in afstemming met de huisarts is gedaan. En dat deze terugkoppeling aan de patiënt telefonisch of in een consult heeft plaatsgevonden. Dit heeft ermee te maken dat de POH-ers meer tijd hiervoor hebben dan de huisartsen.

De huisartsenpraktijken gaven aan dat in het terugkoppelingsproces van het MDO naar de praktijk vertraging en ruis zijn ontstaan. Zo duurde het lang voordat de terugkoppeling de praktijken bereikte, soms wel 1,5 maand. Dit heeft ermee te maken dat het MDO eens in de 4 tot 6 weken plaatsvond.

Daarbij zijn alleen patiënten in het MDO besproken die een arbeidsvragenlijst retour hebben gestuurd. Patiënten die geen vragenlijst hebben ingezonden, zijn niet besproken. De praktijken waren hiervan echter niet op de hoogte, en bleven in afwachting van een advies voor deze patiënten.



De terugkoppeling van adviezen kwam via de e-mail bij een huisarts in één van de praktijken. Deze contactpersoon moest de informatie doorspelen naar de betreffende huisarts. Dit verliep door drukte niet altijd goed. In een aantal gevallen bleek bij het nabellen van patiënten dat nog niet iedereen de terugkoppeling had gekregen. De praktijken van de betreffende patiënten kregen daarop een herinnering zodat de terugkoppeling alsnog plaats kon vinden.

Mogelijke verbetering

- Om de administratieve druk bij Cohesie te verlichten zou het inzetten van een informatiesysteem (zoals Vital Health) het proces in de verwijzingen naar het MDO en de terugkoppeling naar de praktijken kunnen vereenvoudigen.
- Daarnaast zouden de huisartsen een grotere rol kunnen spelen bij het indienen van de aanvraag bij het MDO, zoals door het indienen van een verwijsbrief met daarin belangrijke informatie en het stellen van een concrete vraag. Nu is deze informatie uit het dossier en de arbeidsvragenlijst bij elkaar gezet door de contactpersoon van Cohesie.

#### Stap 4b De terugkoppeling van de huisartsenpraktijken naar de patiënt

Voor dit onderdeel zijn de acht huisartsenpraktijken bevroegd hoe zij het overbrengen van het advies en de opbrengst van het advies hebben ervaren.

#### Inhoud advies

Een aantal praktijken gaf aan dat het advies vanuit het pilotteam verduidelijking gaf en het de patiënt tot nadenken zet over de mogelijke oorzaken van hun klachten. Twee van de zes POH-ers gaven aan dat ze met het advies van het expertteam in de hand meer gewicht in de schaal konden leggen naar de patiënt omdat ze kunnen zeggen dat experts ernaar hebben gekeken.

Een aantal POH-ers gaven echter ook aan dat ze met het advies nog te weinig handvatten hadden om patiënten te motiveren tot het nemen van verdere actie. Dit had met twee redenen te maken:

1. Ten eerste merkte de POH-ers dat er veel wantrouwen is jegens de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts. POH-ers hebben bij hun advies de onafhankelijkheid en de vrije toegang tot de bedrijfsarts benadrukt, maar dit werd door patiënten niet zo ervaren. Een POH-er heeft dan goede argumenten nodig om de patiënt van het belang van contact met de bedrijfsarts te kunnen overtuigen.

“Patiënten denken heel snel, als ik naar een bedrijfsarts ga, dan komt het bij mijn baas terecht”.

**POH-er**

“Voor patiënten is het lastig om goed met een bedrijfsarts te communiceren. Ze hebben bij de bedrijfsarts het gevoel dat die voor hun baas werkt en vinden het heel moeilijk om dat te bespreken. De werkgever heeft weliswaar een bepaalde plicht om zaken aan te passen, maar als het bedrijf zegt ‘we doen het niet’, dan houdt het op.”

**Huisarts**

2. Ten tweede was er onduidelijkheid over wat het contact met de bedrijfsarts zou kunnen opleveren, zowel bij de patiënt als bij de POH-er. Voor de POH-ers was het advies uit het pilootteam te weinig concreet om dit op een overtuigende manier over te kunnen brengen op de patiënt. Patiënten denken al bij voorbaat dat het niets oplevert. Zorgverleners hebben de behoefte te weten welke concrete vervolgstappen een bedrijfsarts zou kunnen nemen, zoals bijvoorbeeld afzuiging op werkplek, om de patiënt verder te kunnen helpen.

“Patiënten kunnen niet zeggen, ‘laat me maar wat anders doen’. Ze zien geen alternatieven en zien het dan niet als de moeite waard om het te bespreken”.

**POH-er**

“Het argument dat je gezondheidsklachten kunt krijgen slaat niet aan. Mensen zijn toch meer bang om hun baan te verliezen”.

**POH-er**

De inhoud van het advies werd door een aantal huisartsen en POH-ers als te karig ervaren. Een aantal huisartsen gaven aan naast het advies ook een beknopte onderbouwing te willen ontvangen uit het MDO, bijvoorbeeld in de vorm van een brief of bijlage, zodat er voor de huisarts ook een leermoment was.

Twee huisartsenpraktijken gaven aan verwacht te hebben dat het laatste stukje, het contact met de bedrijfsarts, ook zou zijn opgepakt door het pilootteam, aangezien dat juist het probleem vormt in de huidige gang van zaken. Deze zorgverleners hadden verwacht dat bij patiënten met werkgerelateerde longklachten al een arbeidsgeneeskundig onderzoek op de werkplek had plaatsgevonden. Beide veronderstellingen berustten op een misvatting aangezien het uitgangspunt van deze pilots was dat patiënten bij werkgerelateerde problemen zelf het contact met de eigen bedrijfsarts zoeken. Deze opmerkingen zeggen echter wel iets over de knelpunten die worden ervaren.

De vraag of patiënten met het advies zijn geholpen was lastig voor de huisartsenpraktijken om te beantwoorden omdat men geen zicht had op het vervolg.

### **Opbrengst pilot volgens de huisartsenpraktijken?**

Vrijwel iedereen gaf aan de pilot en het doen van de e-learning een eye-opener is geweest en dat werkgerelateerde factoren voorheen werden onderschat.

“Eigenlijk pas sinds de pilot ben ik bewust van de mogelijke relatie met het werk. Ik stond er niet bij stil als patiënten het niet uit zichzelf aangaven. Het komt vaker voor dan je denkt”.

**POH-er**

Door de pilot realiseerde de betrokken zorgverleners zich dat werk en blootstelling aan stoffen een belangrijk onderwerp is om op door te vragen omdat het gerelateerd kan zijn aan de klachten. En dat het ook in beroepen voorkomt waar men niet aan had gedacht. Door patiënten te bevragen op beroep kunnen patiënten met werk-gerelateerde problemen worden opgespoord.

“Iedereen weet wel van mijnwerkers, bakkers, bouwvakkers etc. Maar ik had niet beseft dat je bijvoorbeeld in de tuinderij allergieën kunt krijgen”.

**POH-er**

Ook hebben zorgverleners zich gerealiseerd dat patiënten niet altijd beschermende maatregelen nemen om blootstelling te voorkomen.


“Ik was in de veronderstelling dat we goede arbovoorwaarden hadden in Nederland. Ik wist bijvoorbeeld niet dat als mensen de mogelijkheid hebben om een mondkapje te dragen, dit niet altijd doen vanwege de werkdruk. Dit hoor je vaker terug bij patiënten”.

**POH-er**

Door ernaar te vragen zet je mensen aan erover na te denken en creëer je bewustwording. Voorheen werd wellicht wel oppervlakkig naar beroep gevraagd, maar nu weten zorgverleners op welke wijze ze verder daarop kunnen vragen. Het merendeel gaf aan dat ze naar zowel beroep als hobby doorvragen, ook nu de pilot is afgelopen.

#### **Overige punten procesevaluatie**

- De geleerde les uit deze pilot is om niet alleen bij nieuwe patiënten maar ook bij bestaande patiënten goed door te vragen naar mogelijke blootstelling aan stoffen via werk en of hobby.
- Het is voor de coördinator van Cohesie veel werk geweest om de huisartsenpraktijken aan te sturen op het stellen van de screeningsvragen, het verzenden van de arbeidsvragenlijsten aan patiënten en het terugkoppelen van de adviezen naar de huisartsenpraktijken. Het vergde daarnaast meer tijd dan verwacht om de inbreng van de casuïstiek voor het MDO voor te bereiden. De informatie uit het dossier vergde soms ‘uitpluis’ werk en de uitkomsten uit de arbeidsvragenlijsten moesten worden samengevoegd tot heldere informatie voor het MDO.
- Inzet van een systeem zoals Vital Health zou de administratieve druk bij de coördinator van Cohesie kunnen verlichten. Vital Health is een keteninformatiesysteem waarbij er door verschillende professionals in hetzelfde dossier gekeken en gewerkt kan worden. Het systeem is gekoppeld aan het huisartseninformatiesysteem (HIS) en toont alleen de relevante informatie die van tevoren is vastgesteld. Door de screeningslijsten in de huisartsenpraktijk in het systeem te



verwerken, en een patiënt via dit systeem te verwijzen naar het MDO, is alle informatie adequaat vastgelegd. Ook een patiënt kan in dit systeem werken en een eventuele arbeidsanamnese invullen, mits deze is aangemaakt. Hierdoor staat alle relevante informatie bij elkaar.

### **Samenvatting procesevaluatie pilot Cohesie Noord-Limburg**

Het bevragen op arbeid bij huisartsenpraktijken van zorggroep Cohesie in Noord Limburg is als relevant ervaren. Werkgerelateerde klachten kwamen meer voor dan gedacht en ook in beroepen waar men geen weet van had. In relatief korte tijd hebben de huisartsenpraktijken patiënten gesignaleerd met werkgerelateerde long- en luchtwegklachten. Het is daarom waardevol om in consulten aandacht te besteden aan het werk van de patiënt en mogelijke blootstelling aan stoffen. POH-ers hebben meer tijd dan huisartsen en spelen derhalve hierin een belangrijke rol. Het bevragen op werkgerelateerde factoren zou in een vervolg gefaciliteerd moeten worden door de vragen te standaardiseren en op te nemen in het systeem waarmee in de praktijk wordt gewerkt.

Het MDO met inbreng van een bedrijfsarts met expertise op het gebied van stoffen is als heel waardevol ervaren. Het bespreken van casuïstiek met verschillende expertises levert nieuwe inzichten op.

De terugkoppeling van het advies naar patiënten verliep in sommige gevallen moeizaam. Dit betrof met name de gevallen waarbij patiënten er geen vertrouwen in hadden dat maatregelen op het werk mogelijk waren en de patiënt geen contact met de bedrijfsarts wilde of kon hebben. Bij ingewikkelde werkgerelateerde casuïstiek voelden de POH-ers zich te weinig toegerust om de patiënt hierbij te kunnen ondersteunen.

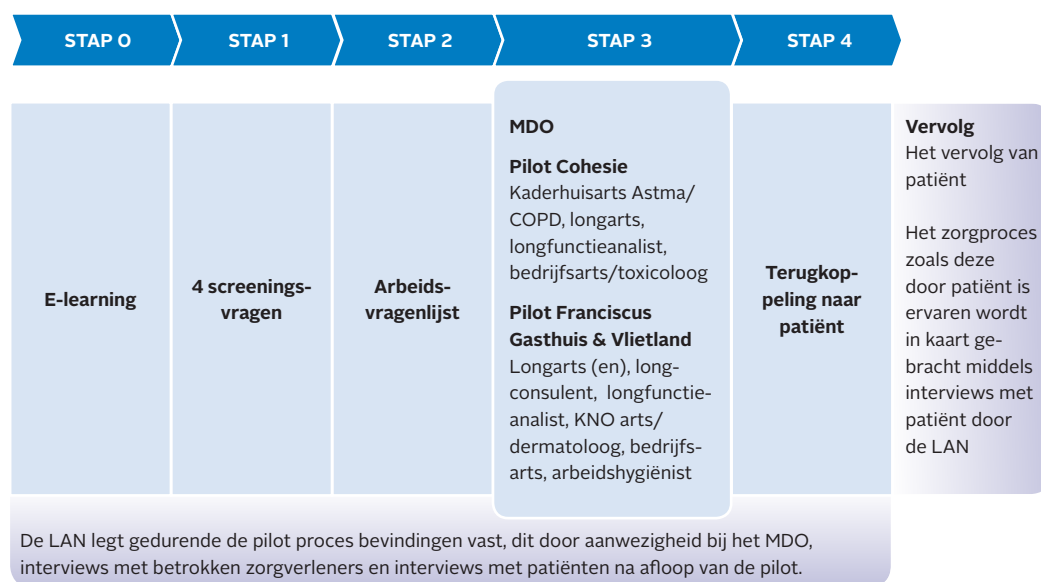
Het gebrek aan handelingsperspectief kan demotiveren om naar het werk te vragen. Signalering moet leiden tot vervolgacties voor de patiënt. Artsen en POH-ers geven aan behoefte te hebben aan een goede verwijsmogelijkheid naar een deskundige op het terrein van arbeid die vanuit een onafhankelijke positie opereert.

## 5 Proceसेvaluatie pilot Franciscus Gasthuis & Vlietland - Rotterdam

De pilot met het Franciscus Gasthuis & Vlietland in Rotterdam is geëvalueerd middels een bijeenkomst met het pilotteam waarin de twee betrokken longartsen, longconsulent (tevens coördinator van de pilot), de bedrijfsarts en de arbeidshygiënist aanwezig waren.

In dit hoofdstuk wordt de procesevaluatie beschreven aan de hand van de volgende indeling (zie ook figuur 7):

- Introductie en aantal verwijzingen
- Stap 0 Het volgen van de e-learning signaleren beroepslongziekten
- Stap 1 Het stellen van de screeningsvragen door de huisartsenpraktijken
- Stap 2 De arbeidsvragenlijst
- Stap 3 Het MDO
- Stap 4 De terugkoppeling vanuit het MDO naar de longartsen en de patiënten
  - > Stap 4a De terugkoppeling vanuit het MDO naar de longartsen
  - > stap 4b De terugkoppeling naar de patiënt en de opbrengst van het advies
- Algemene conclusies procesevaluatie



Figuur 7 Opzet pilot

### Algemeen

- De opzet van de pilot werd door de pilotpartners als zinvol en goed ervaren. Bij de inbreng in het MDO is er goed voorgesorteerd door het stellen van de vier screeningsvragen en het voorleggen van een arbeidsvragenlijst aan de patiënten.
- Hoewel er geen exacte cijfers zijn over de prevalentie binnen de patiëntenpopulatie van het Franciscus Gasthuis & Vlietland, werd door de betrokken longartsen

en longconsult uit deze pilot geconcludeerd dat werkgerelateerde factoren een rol spelen bij een aanzienlijk aantal patiënten en dat het relevant is om patiënten op arbeid te bevragen.

### **Stap 0 Het maken van de e-learning signaleren beroepslongziekten**

Alle betrokken zorgverleners aan de pilot (longartsen, longconsulenten en leden pilotteam) hebben voorafgaand aan de pilot een e-mail ontvangen met daarin een link naar de e-learning. Het merendeel heeft deze e-learning ook gemaakt. De e-learning werd als positief ervaren en gaf nieuwe inzichten over werkgerelateerde factoren in relatie tot longklachten.

### **Stap 1 Eerste screening aan de hand van de vier screeningsvragen**

#### **Hoe verliep het bevragen van patiënten?**

- De screeningsvragen waren duidelijk voor zowel de zorgverlener als de patiënt.
- De screeningsvragen bleken sensitief te zijn in de zin dat dat bij 25 van de 26 patiënten die in het MDO besproken zijn werkgerelateerde problemen speelden in relatie tot hun longziekte (zie ook figuur 7).
- Gedurende de pilot was er maximale bewustwording bij de betrokken om naar arbeid te vragen. Zoals één van de zorgprofessionals het verwoordt: “Aan het begin denk je er bij iedereen aan. Bij een vervolg is het wel zaak om het bevragen naar arbeid vast te blijven houden en ervoor te zorgen dat het een vast onderdeel van de klinische routine blijft”.
- Om, buiten de pilot om, het bevragen naar arbeid levend te houden en te stimuleren, helpt het om een MDO over arbeid structureel in te plannen zodat de aandacht op dit onderwerp blijft gevestigd.

#### **Mogelijke verbetering**

- De screeningsvragen zijn gedurende de hele pilot niet consequent aan alle patiënten gesteld. Ook is niet altijd door de longartsen geregistreerd wanneer er door de vragen geen werkgerelateerde aanwijzingen naar voren kwam. Dit maakt dat er een selectiebias zit in het aantal bevroegde patiënten en er geen uitspraken kunnen worden gedaan over de prevalentie van werkgerelateerde longziekten binnen de patiëntpopulatie van het Franciscus Gasthuis & Vlietland.
- De longconsulente heeft verschillende acties ingezet om de prevalentie in kaart te brengen zoals de longartsen te voorzien van gestickerde screeningsformulieren met daarop een patiëntnummer. Hiermee hoefden de longartsen niet zelf de uitkomsten van de screeningsvragen in het dossier van de patiënt vast te leggen. Door algehele drukte en dynamiek schoot het er weleens bij in om het formulier voor te leggen aan de patiënt. In een aantal gevallen zijn screeningsformulieren meegegeven met de patiënt. Na retour bleken hier toch onduidelijkheden in te zitten, die bij mondeling bevragen verduidelijkt hadden kunnen worden. Kortom, om de prevalentie in een vervolg goed vast te leggen zal de registratie op een gestructureerde manier moeten plaats vinden.
- De suggestie werd genoemd om patiënten in de werkzame leeftijd bij een consult bij de longarts een folder mee te geven met informatie over arbeid en de vier

screeningsvragen. De patiënt kan daarna ook doorverwezen worden naar de longconsulent voor een verdiepende vragenlijst.

- Een andere mogelijkheid die vanuit het Franciscus Gasthuis & Vlietland wordt genoemd is om de screeningsvragen op te nemen in 'mijn astma-online'. Daarmee kunnen ze onderdeel worden van de HIX rapportage van de longconsulent, en is inbedding voor aandacht voor werk verankerd in een bestaand systeem.

### **Stap 2 Hoe is het uitzetten van de arbeidsvragenlijst ervaren?**

- Tijdens de pilot is een arbeidsvragenlijst ingezet afkomstig uit de Richtlijn 'Werkgerelateerd Astma' (NVALT, 2017.) (zie bijlage 3)
- De vragenlijst is aan de patiënten overhandigd door de longconsulent.
- De vragenlijst is voor een deel op de poli ingevuld, deels thuis. Patiënten zijn door de longconsulent nagebeld om de vragenlijst retour te zenden.
- Gedurende de pilot zijn 37 patiënten gesignaleerd aan de hand van de vier screeningsvragen. 26 patiënten hebben de arbeidsvragenlijst ontvangen én retour gestuurd
- Over het algemeen waren de patiënten bereidwillig om de vragenlijst in te vullen. Enkele patiënten wilden niet meewerken. Twee daarvan gaven aan de vragenlijst niet in te willen vullen uit angst dat de gegevens bij de werkgever terecht zou komen. Ze zijn hierop nog nagebeld door de longconsulent om te benadrukken dat dit niet het geval zal zijn. Andere patiënten vonden het teveel gedoe of gaven er geen prioriteit aan.
- Het verschilt per patiënt hoe uitgebreid de vragenlijst is ingevuld. In sommige gevallen ontbrak er informatie.

### **Mogelijke verbetering**

- De vragenlijst was heel breed. In een aantal gevallen ontbrak specifieke informatie, zoals het melden dat er een schoonmaakmiddel op het werk wordt gebruikt, zonder vermelding welk middel het betrof. Of werd het tijdsbeloop niet helder. Om deze specifieke informatie te kunnen achterhalen, zou de longconsulent de patiënt mondeling verder kunnen bevragen aan de hand van de ingevulde vragenlijst.

### **Stap 3 Het MDO**

Gedurende de pilot zijn in totaal 26 patiënten besproken in het MDO. Bij 25 patiënten was er sprake van werkgerelateerde klachten. Twee patiënten van deze 25 waren nog in opleiding en hadden te maken met blootstelling aan stoffen in de opleiding die zij volgden. Bij één patiënt werd geconcludeerd dat er geen relatie lag met het werk.

### **Proces**

- De longconsulent heeft het MDO goed voorbereid door vooraf casuïstiek rond te zenden met daarin relevante medische gegevens en een toelichting op de werkgerelateerde klachten op basis van de arbeidsvragenlijst. Daarmee is er een goed overzicht gekregen en konden de patiënten op efficiënte wijze tijdens het overleg

worden besproken. Deze voorbereiding vooraf, die veel tijd vergde voor de longconsulent, is een belangrijke voorwaarde om het MDO succesvol en efficiënt te laten verlopen.

- De arbeidshygiënist en de bedrijfsarts hebben de vooraf rond gestuurde casuïstiek gezamenlijk voorbesproken. Voor de arbeidshygiënist was het van belang om via een bedrijfsarts inzicht te krijgen in de medische informatie die vanuit de longarts was verstrekt. De longarts heeft een medische en curatieve insteek. De bedrijfsarts legt de link tussen het medische domein en de werkplek. Daardoor wordt de arbeidshygiënist informatie geboden om te komen tot een goede zoekrichting voor eventuele werkgerelateerde factoren, en vice versa. Dit samenspel zorgde ervoor dat ze gericht voorwerk konden verrichten wat heeft bijgedragen aan een goede inbreng op het MDO.

#### **Wat leverde het op?**

- Het MDO was leerzaam. De arbeidshygiënist en bedrijfsarts hebben veel kennis overgebracht waar de longartsen van hebben geleerd.
- Bepaalde casuïstiek is verduidelijkt door het MDO. Sommige casussen kwamen vaker voor zodat de longartsen daar nu zelf meer zicht op hebben. Hierdoor is het minder noodzakelijk geworden om dergelijke situaties in te brengen in een volgend MDO.
- Patiënten vonden het fijn dat ze op het MDO besproken werden. Dit is vooral het geval bij patiënten die vermoedens hadden van werkgerelateerde klachten en zelf ook niet wisten wat ze ermee aan moesten.
- Tijdens de pilot heeft het Franciscus Gasthuis & Vlietland handspirometers uitgezet die patiënten konden meenemen om gedurende twee weken thuis en op de werkplek metingen te doen van hun longfunctie. Hiermee kon een mogelijke link worden gelegd tussen blootstelling aan stoffen op het werk en verminderde longfunctie. De betrokken zorgprofessionals vinden dat dit een vervolg moet krijgen, met een rol voor de longfunctieanalisten om dit verder uit te zetten.

#### **Wat kon beter?**

- De bedrijfsarts werd tijdens het MDO ingebeld, gezien de reisafstand die hij had. De ervaringen hiermee waren positief. Om ook tijd te besparen voor de andere deelnemers, zou in een vervolg video conferencing kunnen worden ingezet.

### **Stap 4 De terugkoppeling vanuit het MDO naar de longartsen en patiënten**

#### **Stap 4a De terugkoppeling vanuit het MDO naar de longartsen**

##### **Proces**

- De terugkoppeling van het MDO naar de patiënt liet in een aantal gevallen op zich wachten. De redenen hiervoor waren:
  - > Andere zaken waren meer urgent om besproken te worden.
  - > Tijdstip van bespreking: de patiënt is pas over paar maanden weer ingepland op consult bij de longarts.
  - > Er is geen terugkomafpraak ingepland.



In een aantal gevallen heeft de longconsulent in overleg met de longarts de terugkoppeling verzorgd.

#### **Wat kon beter?**

- Om het terugkoppelingsproces te verbeteren, geven longartsen er de voorkeur aan om de terugkoppeling standaard vanuit de longconsulent te laten plaats vinden. De longconsulent heeft ook de uitgebreide vragenlijst afgenomen. Indien er specifieke therapiegericht vragen zijn, dan kan alsnog een (telefonisch) consult met de longarts worden gepland.

### Stap 4b De terugkoppeling naar de patiënt en de opbrengst van het advies

#### **Inhoud**

- Het advies vanuit het pilotteam was nuttig: het geeft erkenning over hun situatie naar de patiënten toe. Patiënten durven dan toch wat makkelijker de stap te maken om problemen op het werk aan te kaarten.
- Het geeft een duidelijke tool richting bedrijfsarts. Zo is er enkele keren een brief opgesteld voor de bedrijfsarts met daarin een toelichting. Een brief geeft een bedrijfsarts mandaat, inhoudelijke informatie en is richtinggevend voor benodigde vervolgacties.


#### **Hebben we patiënten verder kunnen helpen?**

- De longartsen gaven aan dat het op het moment van evalueren nog te vroeg was om daar een antwoord op te kunnen geven. De behandeling van patiënten met ernstig of ongecontroleerd astma is vaak een langdurig traject waar je pas op langere termijn wat over kunt zeggen. De longartsen zien patiënten eens in de drie, vier maanden. Pas over een half jaar kan hier een beter antwoord op worden gegeven.

### Samenvatting procesevaluatie pilot Franciscus Gasthuis & Vlietland

Net als in de pilot bij de huisartsenpraktijken van Cohesie, is het bevragen van arbeidsomstandigheden als zinvol en relevant ervaren door de deelnemende longartsen en longconsulenten. Het blijkt dat werkrelevante casuïstiek bij patiënten vaker voorkwam dan aanvankelijk gedacht. Door dit te signaleren, kunnen specifieke vervolgacties worden ingezet op het gebied van preventie of ondersteunend aan een meer voorspoedig medisch herstel. Het uitzetten van een handspirometer geeft de longartsen een tool in handen om een vermoedelijke relatie tussen blootstelling aan schadelijke stoffen en luchtweg- en longklachten in de tijd vast te kunnen leggen. Hiermee kan er meer gericht geadviseerd worden of nader werkplekonderzoek nodig is. De inbreng van de bedrijfsarts en arbeidshygiënist in het MDO hebben de longartsen nieuwe inzichten gegeven over de relatie tussen blootstelling aan schadelijke stoffen en longklachten.

Het is relevant om de aandacht voor arbeid in het MDO door te blijven zetten. De vier screeningsvragen en de arbeidsanamnese vragenlijst zijn bruikbare tools gebleken hiervoor.



Het Franciscus Gasthuis & Vlietland is bereid om arbeid structureel in te bedden in de zorg die zij leveren en zien hier de toegevoegde waarde van in. De structuur (MDO) is aanwezig en een longconsulent kan worden ingezet om de aandacht voor arbeid te coördineren, zoals het uitzetten van de screeningsvragen en de arbeidsvragenlijst. Het voortzetten hiervan is alleen mogelijk als er structurele financiering komt om zo de expertise van een bedrijfsarts en arbeidshygiënist in te kunnen zetten binnen de omgeving van het ziekenhuis.



## 6 Opbrengsten pilots aan de hand van patiëntervaringen

De voorgaande twee hoofdstukken beschreven de procesevaluatie van de twee pilots in regio Noord-Limburg en regio Rotterdam. Uit deze procesevaluatie kunnen we concluderen dat het mogelijk is om het bevragen van arbeid in te passen in de consulten bij zorgverleners in de eerste- en tweede lijn en dat daarmee werkgerelateerde klachten kunnen worden gesignaleerd. De inbreng van de arbeidshygiënist en de bedrijfsarts in het MDO leverde de betrokken pilotteampartners waardevolle informatie op voor het herkennen van werkgerelateerde casuïstiek.

Het overkoepelende doel van deze pilots was dat het signaleren van werkgerelateerde longproblemen leidt tot vervolgacties voor de patiënt en preventieve maatregelen op de werkplek. Na het werkgerelateerde advies van de arts dient de patiënt zelf het contact te zoeken met de werkgever en/of bedrijfsarts.

Om in kaart te brengen welke vervolgacties zijn ingezet zijn telefonische interviews gevoerd met patiënten.

### Selectie patiënten voor interviews

In totaal zijn 19 patiënten geïnterviewd waarbij in het MDO 'werkgerelateerde longklachten' werden vermoed (longklachten veroorzaakt of verergerd door stoffen). Al deze patiënten (tien uit de pilotregio Noord-Limburg en negen in de pilotregio Rotterdam) hebben van hun zorgverlener het advies gekregen om contact op te nemen met de eigen bedrijfsarts.

### Uitkomsten interviews

Hieronder beschrijven we de uitkomsten van de interviews. Het is van belang om te realiseren dat alle bevindingen gebaseerd zijn op de ervaringen van de patiënten. Of preventieve maatregelen adequaat zijn doorgevoerd, zou beoordeeld moeten worden op de werkplek door bijvoorbeeld een arbeidshygiënist.

In tabel 2 zijn beknopt de uitkomsten van de interviews weergegeven van beide pilots. In bijlage 7 is te zien welke vragen aan de patiënten zijn gesteld. Aan patiënten is gevraagd of ze contact hebben gehad met hun bedrijfsarts en/of hun werkgever, welke redenen ze hebben om dit wel of niet te doen, en welke maatregelen genomen zijn.

Aan het einde van dit hoofdstuk beschrijven we drie cases die meer inzicht geven in zowel de gezondheids- als werksituatie van de patiënt, welke maatregelen zijn geadviseerd door het pilotteam, en welke maatregelen de werkgever op basis hiervan heeft genomen.

## Contact met bedrijfsarts



*Figuur 8 Contact met de bedrijfsarts*

Van de 19 patiënten gesproken hadden 12 patiënten geen contact met een bedrijfsarts. Als redenen gaven de patiënten aan:

- Ze gaven aan geen toegang tot de bedrijfsarts te hebben (5 keer genoemd). Deze patiënten werkten als zelfstandige (3x) of via het uitzendbureau (2x).
- Ze hadden geen vertrouwen in de bedrijfsarts. Patiënten zijn bang om baan te verliezen en of de patiënt wil niet dat werkgever weet van zijn/haar ziekte.
- Contact met bedrijfsarts is niet nodig:
  - Er zijn op dit moment geen problemen met het functioneren op het werk.
  - Er is goed overleg met werkgever over arbeidsomstandigheden (4 x genoemd)
  - Klachten zijn ontstaan bij vorige werkgever en op de huidige werkplek zijn goede preventieve maatregelen (1x genoemd).
  - Patiënt is langer dan twee jaar ziek, heeft alleen contact met verzekeringsarts van het UWV.

Van de 19 patiënten die we hebben gesproken, hadden vijf patiënten wel contact met de bedrijfsarts (vier in pilotregio Rotterdam, 1 in pilotregio Noord-Limburg). In al deze gevallen was het contact ontstaan naar aanleiding van eerder ziekteverzuim:

- Bij 1 patiënt is gedurende haar verzuim bij de longarts de diagnose astma en de relatie met blootstelling aan stoffen op het werk vastgesteld. Op basis hiervan wordt voor de werknemer naar alternatief werk gezocht onder begeleiding van de bedrijfsarts.
- Bij 1 patiënt is door de longarts een ondersteunende brief opgesteld voor de bedrijfsarts over de noodzakelijkheid van maatregelen die op de werkplek zouden moeten worden genomen.
- Bij 1 patiënt wordt geen actie meer opgenomen, deze werknemer gaat bijna met pensioen. Deze werknemer heeft wel haar zorgen over de blootstelling aan stoffen voor (toekomstige) collega's overgebracht aan haar werkgever.
- Bij 1 patiënt zijn de maatregelen te laat gekomen, zij is langdurig uitgevallen mede ook door andere oorzaken. Het contact met de bedrijfsarts is gelegd via een vertrouwenspersoon op het werk.

Van de 19 patiënten gesproken gaven twee patiënten aan nog contact te gaan leggen met de bedrijfsarts, redenen voor het leggen van contact:

- Bij 1 patiënt was dit op dringend advies van de longarts (de longarts heeft een brief opgesteld voor de bedrijfsarts gezien een duidelijk relatie die er lag met het werk).
- De andere patiënt gaf aan contact op gaan nemen met de bedrijfsarts naar aanleiding van het gesprek met de longarts. Uit dat gesprek kwam een duidelijk

verminderde longfunctie en inspanningscapaciteit naar voren. De patiënt maakt zich tevens zorgen over de luchtkwaliteit op zijn werkplek.

### Contact met werkgever



Figuur 9 Contact met de werkgever

Bij alle patiënten is gevraagd of er contact is opgenomen met de werkgever. Bij vijf van de 19 patiënten is dit niet het geval geweest.

Redenen die patiënten aangeven om geen contact te willen hebben met de werkgever:

- Ze willen niet dat de werkgever afweet van hun ziekte, uit angst om hun baan te verliezen (3 x genoemd).
- Ze zien relevantie er niet van in om hun werkgever te betrekken omdat ze verwachten dat verdere aanpassingen op het werk niet mogelijk zijn (2 x genoemd).

Drie van de patiënten waren zelfstandig werkend en hadden om die reden geen contact met een werkgever. Eén patiënt was langer dan 2 jaar ziek en had geen contact meer met de werkgever maar met het UWV.

Bij 11 van de 19 gesproken patiënten was er wél contact met de werkgever. Aan deze groep patiënten is gevraagd waar dit contact met de werkgever toe heeft geleid en welke preventieve maatregelen zijn ingezet.

### Ingezette maatregelen op het werk door advies uit pilot

Aan alle patiënten is gevraagd welke acties zijn ingezet naar aanleiding van het advies uit het pilotteam en welke maatregelen zijn genomen op de werkplek om blootstelling aan stoffen te voorkomen.

Ingezette maatregelen die werden genoemd zijn:

- Het verschaffen van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM).
- Aanpassing van vloer wegens huisstofmijt allergie.
- Het krijgen van alternatieve werkzaamheden bij huidige werkgever.
- Het zoeken naar werk bij andere werkgever.
- Stopzetting van het arbeidscontract in samenspraak met werkgever.

In de gevallen waarbij preventieve maatregelen werden ingezet, hadden de patiënten te maken met een bereidwillige werkgever waarmee ze open het gesprek aan konden gaan. Bij één van deze patiënten heeft de bedrijfsarts zich actief ingezet voor de patiënt bij de zoektocht naar andere werk (dit betrof een patiënt met allergie voor schoonmaakmiddelen).

Een aantal patiënten noemden dat ze andere medicatie hadden gekregen waarmee ze de klachten onder controle hadden gekregen. Hoewel de patiënten zelf tevreden waren met deze maatregel, stond dit los van het advies uit het pilotteam dat beoogde om blootstelling aan stoffen bij de bron weg te nemen.

### **Knelpunten bij het nemen van maatregelen op het werk**

Bij het nemen van de voorgestelde maatregelen op het werk, noemden patiënten de volgende knelpunten:

- Het is niet mogelijk om gehele blootstelling te vermijden. Zoals het geval is bij de beroepen van kapster en pedicure.
- Het bedrijf wil geen afzuiging plaatsen vanwege de grote investeringen die hiermee gemoeid zijn.
- Wat ontbreekt is goede informatievoorziening over gezond werken met stoffen, zowel voor werknemers als voor zelfstandigen en ondernemers met personeel.
- Het zich niet serieus genomen voelen in de klachten door hun werkgever. Dit betrof patiënten met ernstig astma die reageerden op prikkels in een omgeving waar andere patiënten zonder astma geen klachten van hebben, zoals slechte ventilatie, rokende collega's, koude en tocht.
- En vanwege gezondheidsklachten minder willen werken, maar dit niet kunnen wegens verlies van inkomsten. Dit betrof een ZZP-er.

### **Behoeftte aan ondersteuning bij werkgerelateerde klachten**

Aan de patiënten is gevraagd waar ze behoefte aan hebben als het gaat om ondersteuning bij hun werkgerelateerde klachten. De volgende zaken zijn genoemd:

- Meer informatie over de risico's van blootstelling aan stoffen voor werknemers en zelfstandig werkenden.
- Meer voorlichting over veilig werken met stoffen aan zelfstandigen.
- Meer begrip bij de Ministeries dat de praktijk er anders eruitziet dan het volgens de wetgeving zou moeten verlopen. Aandacht voor arbeidsomstandigheden is er wel, maar wordt niet altijd goed in de praktijk gebracht. Zo is het voor patiënten met een vaste baan makkelijker om zaken te regelen dan voor uitzendkrachten.
- Goede regelingen voor ZZP-ers bij verminderde inzetbaarheid.
- Aandacht voor de risico's van werken met stoffen door de huisarts.
- Informatie over welke stappen je kunt zetten bij werkgerelateerde problemen als je dit niet via je werkgever wilt bespreken.
- Kennis bij werkgevers hoe je kunt omgaan met werknemers met een chronische ziekte.
- Ondersteuning vanuit longarts/bedrijfsarts ter onderbouwing van de noodzakelijkheid van bepaalde maatregelen op het werk richting werkgever.
- En specifiek, meer geld voor goede schoolgebouwen: veel oude gebouwen met slechte luchtkwaliteit waar niet alleen leerkrachten maar ook leerlingen met astma gevoelig voor kunnen zijn.

### **Longfunctieonderzoek op het werk en werkplekonderzoek**

In het Franciscus Gasthuis zijn gedurende de pilot piekstroommetingen verricht door een aantal patiënten met vermoedelijk werkgerelateerd astma een handspirometer mee te geven. Deze patiënten kregen de mogelijkheid om gedurende twee weken hun longfunctie op verschillende momenten gedurende de dag testen, zowel thuis, als op de werkplek. Hiermee kon worden aangetoond of er sprake was van een tijdsrelatie tussen een verslechtering van de longfunctie en blootstelling aan een schadelijke stof.<sup>15</sup> Bij 1 van de patiënten (proefdiervverzorgster) leek er een beroeps-

gerelateerde relatie te liggen en verslechterde haar longfunctie bij blootstelling aan proefdieren.

Bij twee van de 19 patiënten is er geen onderzoek ingezet, maar op basis van de medische en werkanamnese en het verloop van de klachten door de tijd is geconcludeerd dat er sprake was van een beroepsgerelateerde aandoening. De eerste patiënt betrof een medewerker in zwembad (chlooramine). Als gevolg van haar arbeidsklachten is haar arbeidsovereenkomst beëindigd. De tweede betrof een schoonmaakster (allergische reacties door blootstelling aan bepaalde schoonmaakmiddelen) die hierbij werd begeleid door een bedrijfsarts.

Bij twee patiënten waren in het jaar voorafgaand aan het bezoek aan de longarts metingen op het werk verricht van de luchtkwaliteit. Bij 1 patiënt kwamen uit de resultaten van deze metingen geen overschrijdingen naar voren. Er was echter geen verdere historische informatie beschikbaar om een gevalideerde uitspraak over de luchtkwaliteit over de tijd te kunnen doen. Uit de ingezette handspirometer bij deze patiënt kwam geen relatie naar voren met stoffen op het werk. Een duidelijke beroepsgerelateerde component kon dus niet worden aangetoond. Bij de andere patiënt was door de arbodienst geconcludeerd dat de luchtkwaliteit slecht was. Na lang aandringen van de patiënt zijn hier maatregelen op ingezet door een beter ventilatiesysteem in te zetten. Voor de betreffende patiënt zijn deze maatregelen te laat gekomen aangezien ze ten tijde van dit onderzoek, ook wegens andere gezondheidsklachten, uitgevallen was op het werk.

### Beschouwing en conclusie patiëntervaringen

De belangrijkste bevinding die uit de gesprekken naar voren komt, is dat voor werkende mensen met een longziekte werk en inkomen als zeer belangrijk wordt ervaren en dat het een gevoelig onderwerp is om te bespreken. Veel patiënten hebben angst om baan en inkomen te verliezen als gevolg van de longklachten. In sommige gevallen willen patiënten het feit dat ze een longziekte hebben, of daardoor proble-

Beroep/branche	Contact bedrijfsarts?	Reden	Contact werkgever?	Maatregelen
Pilotregio Cohesie Noord Limburg				
Kippenstal	Nee	Geen toegang (uitzendbureau)	ja	PBM
Treinemachinist	Nee	Wil niet dat werkgever afweet van COPD/ angst verlies baan	Nee	Geen (met medicatie klachten onder controle), hoopt hiermee door te kunnen blijven werken tot aan pensionering
Zorgboerderij	Nee	Heeft goed overleg met werkgever	Ja	Aanpassing werkzaamheden
Bouw	Nee	Geen toegang (zelfstandige)	Nvt	Diverse maatregelen, klachten ontstaan in verleden
Pedicure	Nee	Geen toegang (zelfstandige)	Nvt	Diverse maatregelen, nog niet voldoende

<sup>15</sup> N.B. piekstroommetingen kunnen worden ingezet bij allergisch astma, maar kunnen niet bij alle beroepslongziekten worden ingezet om een relatie met stoffen aan te tonen

Beroep/branche	Contact bedrijfsarts?	Reden	Contact werkgever?	Maatregelen
Frezer/metaalbewerking	Nee	Geen toegang (uitzendbureau), angst om baan te verliezen	Nee	Geen adequate maatregelen
Tuinbouw	Nee	2 jaar ziek, UWV arts. relatie tussen longklachten en link werk nooit besproken	Nee	Geen adequate maatregelen
Lasser	Nee	Klachten ontstaan vorige werkgever	Nee	Nu veel beter geregeld dan bij vorige werkgever. Deze werkgever heeft onder meer afzuiging en vloer wordt niet met een bezem geveegd.
Operator freesmachines	Ja	Nav ziekteverzuim	Ja	Nog onduidelijk, uitval gedurende pilot wegens andere aandoening
Eigenaresse kapsalon	nee	Geen toegang (zelfstandige)	nvt	Diverse maatregelen, nog niet voldoende
Pilotregio Franciscus Gasthuis & Vlietland Rotterdam				
Zwembad	Nee	Vindt dit niet meer relevant, zelf besloten te stoppen	Ja	In samenspraak contract niet verlengd
Letselschadejurist	Nee	Was niet nodig, kon met werkgever oplossen	Ja	Nieuwe vloer (huisstofmijt allergie)
Hartfunctie-laborant	Ja	Nav ziekteverzuim	Ja	Geen adequate maatregel. klachten in eerste instantie niet serieus genomen, na lang aandringen maatregel ingezet, mevrouw was inmiddels uitgevallen, mede ten gevolge van andere gezondheidsklachten
Lerares basisschool	Ja	Nav ziekteverzuim	Ja	Geen adequate maatregel
Schoonmaakster	Ja	Nav ziekteverzuim agv ongeval, astma werd later bekend en gecommuniceerd naar bedrijfsarts, alsmede de link met blootstelling schoonmaakmiddelen besproken. Dit is door de bedrijfsarts opgepakt	Ja	Begeleiding naar ander werk
Kassa bouwmarkt	Ja	Nav ziekteverzuim	Ja	Geen adequate maatregel. longarts heeft brief opgesteld voor bedrijfsarts met daarin toelichting op noodzaak van nemen maatregelen op werkplek
Controleur woningen	Nee	Was niet nodig, kon met werkgever oplossen	Ja	PBM en hersteltijd
Proefdierverzorger	Nee→ja	Wilde stil houden op werk, angst baan te verliezen, gaat op aandringen longarts contact leggen	Nee	Handspirometer uitgezet: liet relatie zien met stoffen. Geen contact leidinggevende maar met vertrouwenspersoon. traject met bedrijfsarts wordt in gang gezet
kantoor-medewerker	Nee→ ja	Gaat alsnog contact leggen	Ja	Handspirometer uitgezet, liet geen relatie zien met stoffen. Meneer maakt zich nog wel zorgen over luchtkwaliteit en zijn inzetbaarheid. Gaat dit bespreken met bedrijfsarts

Tabel 2 Overzicht patiënten, contact met bedrijfsarts en werkgever en ingezette maatregelen



men ervaren in het functioneren op het werk verhullen naar hun werkgever of opdrachtgever. De eigen gezondheid wordt soms zelf daarvoor op het spel gezet. Men bespreekt dit liever met de behandelend arts of zorgverlener, dan dit te doen met een bedrijfsarts. De bedrijfsarts wordt regelmatig gezien als 'dokter van de baas' en niet ervaren als onafhankelijk. Soms zijn maatregelen genomen waarmee de patiënt zelf tevreden is, maar die in het kader van preventie op de lange termijn niet adequaat zijn. Dit omdat de bronoorzaak niet wordt aangepakt. Zo kan iemand dan voor de korte termijn met behulp van medicijnen of medische behandeling zijn werkzaamheden hervatten, maar voor de lange termijn biedt dit geen soelaas.

Patiënten die in actie willen komen, zijn vaak onvoldoende op de hoogte welke weg ze kunnen bewandelen en wie ze om hulp kunnen vragen. Er is veel onwetendheid bij patiënten over de gewijzigde arbowetgeving die vrije toegang biedt tot de bedrijfsarts. En het gegeven dat je op een bedrijfsarts af kunt stappen onafhankelijk van verzuim. Ook weet men niet altijd wat een bedrijfsarts voor hen kan betekenen en heeft men niet altijd vertrouwen dat dit iets op zou kunnen leveren. Daarnaast wordt er door werkende patiënten -vaak op voorhand - van uitgegaan dat de werkgever niet bereid zal zijn om investeringen te doen in preventieve maatregelen vanwege de hoge kosten.

Daarnaast gaf een aanzienlijk aantal patiënten aan geen toegang tot een bedrijfsarts te hebben, dit betrof zelfstandig werkenden en uitzendkrachten. In de gevallen die in deze pilot leidden tot preventieve maatregelen, was dit vooral te danken aan goed werkgeverschap en mondige patiënten die het gesprek durven aan te gaan met hun werkgever. Voor patiënten met een minder goede uitgangspositie (geen vast contract, uitzendkracht, geen alternatieven voor andere werk etc) en voor degenen die niet goed weten welke stappen je kunt zetten, is het moeilijker om de stap naar preventie te zetten als de werkgever dit niet goed faciliteert.

### **Werkplekonderzoek en de relatie naar preventieve maatregelen**

In dit onderzoek zijn patiënten betrokken met werkgerelateerde longklachten waarbij een beroepsziekte (veroorzaakt door stoffen) in sommige gevallen kon worden overwogen. Zoals eerder aangegeven, zijn de bevindingen gebaseerd op de ervaringen van patiënten. In de meeste gevallen hebben er geen werkplekonderzoeken plaatsgevonden wat nodig is om betrouwbare uitspraken te kunnen doen over een eventuele relatie met beroepsgebonden oorzaken.<sup>16</sup> Alleen door uitvoering van een kwalitatief goed werkplekonderzoek en een adequate RI&E, kan inzichtelijk worden gemaakt of er sprake is van relevante blootstelling aan schadelijke stoffen. Dit niet alleen relevant voor de werknemer zelf, maar ook voor zijn of haar (toekomstige) collega's. Op grond van deze gegevens kunnen dan gerichte preventieve maatregelen worden ingezet. Zo is bij de patiënt waar op grond van haar longklachten het arbeidscontract niet werd verlengd (medewerker in zwembad) onduidelijk welke maatregelen rond luchtkwaliteit op het werk nog mogelijk waren geweest waarmee

---

<sup>16</sup> In de Richtlijn Werkgerelateerd astma (NVALT, 2017) wordt beschreven welke stappen dienen te worden gezet om een werkgerelateerde longziekte of beroepslongziekte vast te stellen

ook collega's gebaat zouden zijn. Volgens de arbeidsomstandighedenwet heeft iedere werknemer recht op een periodiek medisch onderzoek (PMO). Ontslag van deze medewerker was wellicht te voorkomen geweest als het zwembad over een PMO had beschikt. Helaas, uit nader onderzoek bleek dat de zwembadbranche noch over een RIE, noch over een specifieke PMO beschikt. Deze casus onderstreept het belang van een laagdrempelig werkplekonderzoek en vroegsignalering, zoals beschreven in deze pilot.

### Casusbeschrijvingen

Om een beter beeld te krijgen van de casuïstiek worden hieronder 3 casussen besproken.

#### Casus 1: Werken met dieren

##### **Achtergrond**

Typering: vrouw 45 jaar

Gezondheid: Allergisch astma, klachten zijn niet goed onder controle, heeft regelmatig longaanvallen

Functie: proefdierversorgster

Dienstverband: vast contract

##### **Relatie tussen klachten en het werk**

Vermoedelijk relatie tussen klachten en stoffen op het werk (dieren)

##### **Werkgerelateerd advies aan patiënt uit MDO**

Spirometrie op werkplek uitvoeren. Nagaan of beschermmiddelen mogelijk zijn of andere werkplek nodig is. Vooralsnog geen medische indicatie voor overgaan op biologicals, aangezien mevrouw nog 22 jaar werk voor de boeg heeft en andere werkplek veel gezondheidswinst kan geven.

##### **Interview met patiënt**

Mevrouw is al in het begin van haar loopbaan gestart als proefdierversorgster en heeft veel plezier in het werk. Haar werkgever weet dat ze astma heeft, maar niet dat ze een allergie heeft voor proefdieren. Sensitisatie voor proefdieren werd aangetoond door middel van bloedtesten. Van de longarts heeft ze vervolgens een handspirometer meegekregen waarmee ze op verschillende momenten in de week haar longfunctie heeft gemeten ('piekstroommetingen'). Hieruit blijkt dat haar longfunctie op haar werk minder is. Op grond van deze gegevens werd geconcludeerd dat er sprake is van een werkgerelateerd astma.

Mevrouw geeft aan dat ze haar werkgever er buiten wil laten, ze wilde in eerste instantie ook niet meedoen met dit onderzoek uit angst dat dit bij de werkgever terecht komt. Ook wil ze geen contact met de bedrijfsarts. Mevrouw geeft aan dat ze niet wist dat je een bedrijfsarts kunt benaderen zonder dit te bespreken met de werkgever. Mevrouw geeft aan dat er op de werkplek veel

veranderd is afgelopen jaren: er is veel betere afzuiging en de dieren staan in afgesloten kasten.

De longarts heeft aangegeven dat haar klachten bij blijvende blootstelling alleen maar erger zullen worden. Op dringend advies van de longarts heeft ze uiteindelijk alsnog de contactgegevens van de bedrijfsarts via een vertrouweling op het werk (dus niet via haar leidinggevende) weten te achterhalen.

De longarts heeft een brief opgesteld die zal worden verstuurd naar de bedrijfsarts.

Op het moment van het interview was nog niet meer dan dit bekend.

### **Beschouwing**

Voor iemand met ernstige allergische klachten is absolute vermijding van het allergeen de beste optie. Verdere beschermende maatregelen op het werk zoals mondkapjes zullen dan onvoldoende bescherming bieden. Deze casus laat zien dat er veel kosten bespaard zouden kunnen worden als wordt ingezet op het vermijden van blootstelling aan schadelijke stoffen op het werk. Biologicals zijn dure medicijnen (ca 20.000 euro per jaar) terwijl zorgkosten voor 'gewoon' astma zo'n 671 euro per jaar kosten ([www.volksgezondheinzorg.info](http://www.volksgezondheinzorg.info)).

Met preventie op de werkplek kunnen aanzienlijke zorgkosten worden bespaard. Het heeft echter persoonlijke consequenties voor de patiënt waarbij ze mogelijk het vak waarvan ze houdt los moet laten.

## Casus 2: Metaalbewerking

### **Achtergrond**

Typering: man, 57 jaar

Gezondheid: long- en huidklachten (eczeem)

Functie: Frezer, metaalbewerker

Dienstverband: uitzendkracht

### **Relatie tussen klachten en het werk**

Blootstelling aan risicovolle stoffen op het werk en geen gebruik van PBM, kan vermoedelijk verband houden met klachten.

### **Werkgerelateerd advies aan patiënt uit MDO**

Advies aan patiënt is om contact op te nemen met de bedrijfsarts. De bedrijfsarts kan werkplekonderzoek initiëren met vraag of er sprake is van werkgerelateerde long- en of huidaanandoening. Als patiënt niet naar de bedrijfsarts wil gaan gezien zijn onzekere werkrelatie, is het advies om een afspraak te maken met de dermatoloog die de eczeem klachten kan analyseren. Mogelijk kan bij dit onderzoek ook een relatie met arbeid aan het licht komen. Leg aan patiënt voor wat hij belangrijker vindt; zijn gezondheid of zijn baan. Het is een kwestie van tijd dat hij zowel zijn baan als zijn gezondheid kwijt raakt.

### **Interview met patiënt**

Meneer heeft geen contact opgenomen met een bedrijfsarts aangezien hij dit als een verloren zaak beschouwd. Meneer zit in financieel slecht weer en wil zijn baan niet verliezen. “Je kunt er lang en breed over lullen, als je te lastig bent, dan lig je eruit”, aldus meneer. Hij werkt bij een uitzendbureau en noemt dat “Als je je meer dan 3 keer ziek meldt, je op gesprek moet komen.” Meneer geeft aan dat hij het met zijn werkgever niet wil bespreken. Als reden geeft hij aan “Onze bedrijfsleider is een lompe boer, toen ik zo verkouden was en hoestte zei hij ‘stel je niet aan!’”

Bij de vraag of de werkgever aandacht heeft voor gezonde arbeidsomstandigheden, vertelt meneer dat er onlangs op het prikbord is aangekondigd dat er metingen zijn geweest van de luchtkwaliteit. Meneer heeft nog niets gehoord van de uitkomsten. Hij heeft pas een foto gemaakt van de lucht, je ziet dat deze heel vervuild is. Als gereedschap wordt gewisseld vindt verneveling van oliedampen plaats. Er zit geen afzuiging op de machines. Meneer weet zelf niet precies aan welke stoffen hij wordt blootgesteld.

Bij de vraag of meneer wat heeft gehad aan het advies van zijn POH-er: “Ik kan niets met het advies, het is niet haalbaar.” “Ik zou er alleen wat mee doen als het mij wat oplevert, maar dit levert mij alleen maar problemen op”. Zo gaat het dragen van een mondkapje niet goed volgens de patiënt omdat hij een leesbril heeft. Voor de eczeem klachten gebruikt hij nu handschoenen, daarmee zijn de klachten minder geworden. Hij gebruikt de handschoenen echter niet consequent: “Aan en uit doen kost veel tijd en dan wordt je meteen erop aangesproken dat je minder productie draait”.

Op zich is er wel aandacht voor arbeidsomstandigheden, maar het wordt niet altijd goed in de praktijk gebracht. “Mijn werkgever zou afzuiging moeten plaatsen, gaan ze nooit doen want is te duur.” Meneer heeft zich hierbij neergelegd. “Als je een vaste baan hebt kun je makkelijker een potje breken.” “Ik ben blij dat ik nog werk heb en sta met mijn rug tegen een muur.”

### **Beschouwing**

Bij deze patiënt heeft de signalering van vermoedelijke werkgerelateerde klachten niet tot preventie geleid. In een interview met de betrokken POH-er geeft deze aan niet te weten hoe deze patiënt verder te kunnen helpen. Zij heeft geen argumenten meer om de patiënt te overtuigen dit wél met een bedrijfsarts of de werkgever te bespreken. Baan en inkomen zijn dermate belangrijk dat de eigen gezondheid op het spel wordt gezet. De patiënt weet dit ook. Hoewel de arbozorg via het uitzendbureau zou moeten lopen, geeft de patiënt aan ervan niet op de hoogte te zijn dat hij toegang heeft tot een bedrijfsarts.

### Casus 3: Werken in een zwembad

#### **Achtergrond**

Typering: vrouw 55 jaar

Gezondheid: bronchiale hyperreactiviteit, diagnose (nog) niet bekend

Functie: medewerker in een zwembad

Dienstverband: jaarcontract

#### **Relatie tussen klachten en het werk**

Vermoedelijke relatie tussen klachten en stoffen op het werk. Is doorverwezen door longarts gezien een groot aantal longontstekingen en vermoeden van relatie met het werk.

#### **Werkgerelateerd advies aan patiënt uit MDO**

Relatie met werk verder uitzoeken door uitvoeren spirometrie op werkplek

#### **Interview met patiënt**

Mevrouw geeft aan dat ze geen contact heeft gezocht met de bedrijfsarts. Dit heeft ze ook niet overwogen of gevraagd aan haar werkgever waarbij ze als reden aangeeft niet te verwachten dat maatregelen mogelijk zijn. Ze vond het zelf ook niet meer relevant. Meteen na de longfoto's heeft mevrouw zelf besloten om te stoppen met werken. Gezien haar leeftijd vindt ze het zelf niet meer nodig om te werken en haar man heeft werk. In goed overleg met werkgever is besloten om haar contract niet te verlengen wegens teveel ziek zijn (5 longontstekingen). Mevrouw heeft hier vrede mee. Bij de vraag of maatregelen op werkplek mogelijk waren geweest geeft ze aan: "Betere ventilatie, maar dat doen ze niet, dat kost te veel geld". Hierbij licht ze toe dat roosters om de zoveel tijd vervangen moeten worden, maar dit wordt te weinig gedaan. Mevrouw heeft 6 jaar geleden ook in een zwembad gewerkt en had in één jaar tijd 3 longontstekingen. Mevrouw heeft destijds de relatie met het werk niet gelegd. Ze is vervolgens ander werk gaan doen in de sportbranche vanwege een andere reden. Ze is een jaar geleden weer in een zwembad gaan werken waar de klachten opnieuw ontstonden.

Mevrouw had gewild dat de relatie met werk al 6 jaar geleden was gelegd door de huisarts. Nu heeft ze onnodig schade opgelopen. Mevrouw geeft aan: "Ik wist niet dat je door longontstekingen schade aan je longen kunt krijgen". Als ze dit eerder had geweten zou ze nooit opnieuw zijn gestart in een zwembad. Mevrouw zou willen dat personeel in zwembaden beter wordt geïnformeerd.

#### **Beschouwing**

In deze casus is de relatie met het werk laat gelegd. Onduidelijk is wat de luchtkwaliteit op de werkplek is en of andere medewerkers mogelijk ook worden blootgesteld. Dit maakt dat preventieve maatregelen niet zijn genomen.



## 7 Conclusies en aanbevelingen

Gedurende een half jaar hebben twee pilotregio's, acht huisartsenpraktijken aangesloten bij zorggroep Cohesie in Noord Limburg en het Franciscus Gasthuis & Vlietland in Rotterdam, patiënten met luchtweg- en longklachten bevroegd op arbeid en blootstelling aan stoffen op het werk.

De pilots 'Signaleren beroepslongziekten' laten zien het relevant is om in de curatieve zorg patiënten te bevragen op arbeid. Werkgerelateerde klachten en een relatie met stoffen kwamen meer voor dan op voorhand werd gedacht. Binnen een half jaar tijd zijn er in beide regio's aan de hand van vier screeningsvragen 80 mensen gesignaleerd met vermoedelijke werkgerelateerde problemen. Een groot deel van de patiënten die konden worden besproken in het MDO overleg had op het moment van bevragen (nog) geen toegang tot een bedrijfsarts, of hadden hun mogelijk werkgerelateerde klachten nog niet met bedrijfsarts en of werkgever besproken. Door patiënten hierop te bevragen werden zij gestimuleerd om stil te staan bij mogelijke oorzaken voor hun klachten in het werk.

Deze pilot heeft voor bewustwording gezorgd bij de betrokken zorgverleners over de belangrijke rol die werk en blootstelling aan stoffen kunnen hebben in relatie tot luchtweg- en longklachten. Werkgerelateerde klachten kwamen niet alleen meer voor dan werd gedacht, maar ook in beroepen waar men geen weet van had. De zorgverleners gaven aan dat ze ondanks dat de pilot was afgelopen nog steeds hun patiënten op arbeid bevragen.

Het is voor alle deelnemende zorgprofessionals heel waardevol geweest om de kennis van een bedrijfsarts en arbeidshygiënist in te brengen in het MDO. De longartsen hebben hiervan geleerd en hun blik verbreed naar mogelijke oorzaken en blootstelling aan stoffen in het werk. De bedrijfsarts en arbeidshygiënist vormden hierdoor de 'linking-pin' en hebben artsen gestimuleerd om mogelijke oorzaken in het werk in overweging te nemen en contact te zoeken met de bedrijfsarts van de patiënt.

### **Succesfactoren van de pilots**

- De betrokken zorgverleners waren goed voorbereid en ingelicht over werkgerelateerde longziekten door voorafgaand aan de pilot de e-learning signaleren beroepslongziekten te volgen
- Binnen de betrokken zorgorganisaties was er draagvlak voor het onderwerp arbeid en werd het thema als relevant gezien.
- Er is aangesloten bij de huidige overlegstructuur, binnen beide organisaties bestond al een MDO waarin verschillende deskundigen casuïstiek van patiënten bespreken.
- De organisatie van de pilots is goed verlopen door zeer betrokken coördinatoren die intern voor de aansturing, de communicatie met de huisartsenpraktijken

(Cohesie) en de andere longconsulenten/longartsen (Franciscus Gasthuis & Vlietland), de verzending van de arbeidsvragenlijst en het verzorgen van de inbreng voor het MDO hebben gezorgd.

- De screeningsvragen arbeid en de verdiepende arbeidsvragenlijst uit de Richtlijn ‘Werkgerelateerd Astma’ (NVALT, 2017) bleken ondersteuning te bieden en goede informatie op te leveren, voor zowel de patiënt als de zorgverlener.

Echter, de pilots laten zien dat alle knelpunten die de Long Alliantie Nederland (LAN) eerder in kaart heeft gebracht ook hier aan de orde zijn:

- Er heerst bij patiënten (en zorgverleners) wantrouwen jegens bedrijfsartsen (als zijnde ‘rechterhand van de werkgever’ en daardoor niet zichtbaar onafhankelijk).
- Niet alle patiënten hebben toegang tot een bedrijfsarts, zoals ZZP-ers, uitzendkrachten en patiënten zonder dienstverband.
- Het contact dat er met de bedrijfsarts is, is meestal naar aanleiding van ziekteverzuim en gericht op re-integratie en weinig op preventie.

Het overkoepelend doel van deze pilot was dat signalering van beroepslongziekten leidt tot preventieve maatregelen op de werkplek, opdat niet alleen bij de patiënt zelf, maar ook bij diens collega’s wordt voorkomen dat schadelijke blootstelling aan stoffen zich voordoet. Deze pilots hebben helaas in veel gevallen niet geleid tot dit overkoepelende doel.

Curatieve zorgverleners willen de werkende patiënt goed begeleiden, maar hebben geen invloed op de situatie op de werkvloer, die niet altijd volgens de regels van de Arbwet is ingevuld. In de dagelijkse praktijk wordt niet door alle bedrijven uitvoering gegeven aan preventieve maatregelen om blootstelling aan stof te voorkomen. Werkende patiënten zijn niet altijd mondig en vaardig genoeg om in actie te komen in situaties waar de preventie tekortschiet. Zij bevinden zich in een kwetsbare positie als er sprake is van een grote financieel-economische afhankelijkheid van werkgevers met een gebrekkig arbobeleid.

Daarnaast zijn er meer en meer patiënten die zelfstandig werken en geen toegang tot reguliere arbozorg hebben. In die gevallen waarin er geen toegang is tot arbozorg, en er geen bedrijfsarts is die zich hard maakt voor preventie, is er voor patiënten en zorgverleners in de reguliere zorg geen handelingsperspectief mogelijk om de bron van de luchtweg- en longklachten aan te pakken. Een conclusie is dan ook dat het ontbreken van structurele toegang tot onafhankelijke arbozorg bij kwetsbare werknemers een grote belemmerende factor is bij de preventie van beroepslongziekten.

Hoewel arbocuratieve samenwerking ermee begint dat zorgverleners patiënten op arbeid bevragen en de betrokken curatieve zorgverleners uit de pilotregio’s handvaten voor interventies hebben gekregen, bieden deze pilots geen volledige oplossing voor de preventie van beroepsziekten, zolang de hierboven genoemde knelpunten niet zijn opgelost. Deze knelpunten liggen buiten de invloedssfeer van de betrokken curatieve zorgverleners en buiten de scope van deze pilotstudie.

## Aanbevelingen voor vervolg

De noodzaak en de relevantie van structurele aandacht voor arbeid in de curatieve zorg wordt door de betrokken zorgverleners ingezien. Een goed verlopende arbocuratieve samenwerking, met als voorwaarde dat de relatie naar preventie wordt gelegd, levert veel op:

1. Gezondheidsschade en arbeidsongeschiktheid worden voorkomen
2. Het voorkomt verdere verslechtering van gezondheid
3. Het vormt de ingang tot preventie voor het individu maar ook voor andere werkenden

Om de pilots verder succesvol uit te kunnen rollen moet voldaan zijn aan de volgende voorwaarden:

- Zorgverleners in de curatieve zorg moeten goede verwijsmogelijkheden hebben voor de werkende patiënt, inclusief ZPP-ers, werkenden zonder vast dienstverband en patiënten zonder een baan, maar die wel zouden willen werken.
- Zorgverleners in de curatieve zorg moeten toegang hebben tot zichtbaar onafhankelijke arbeidsexpertise voor het kunnen beoordelen van werkrelevante luchtweg- en longklachten.
- Het bevragen op arbeid moet leiden tot preventieve maatregelen op de werkvloer.
- Er is structurele financiering nodig voor het inbedden van de aandacht voor 'arbeid' in de curatieve zorg.

## Mogelijkheden voor vervolg

Structurele maatregelen zijn nodig om daadwerkelijk te komen tot een preventieve aanpak van werkgerelateerde luchtweg- en longklachten.

Aan de pilotpartners is gevraagd om suggesties hoe tot een betere preventieve aanpak kan worden gekomen en wat nodig is om de arbocuratieve samenwerking te verbeteren. De volgende zaken werden genoemd:

1. Arbeidsexpertise die in regionale expertisecentra is georganiseerd. Deze expertisecentra zijn door zorgverleners en patiënten te raadplegen.
2. Mogelijkheid van zorgverleners voor doorverwijzing naar een deskundige arbeid in de eerste lijn.
3. Aandacht voor preventie van luchtweg- en longklachten bij de bedrijfsarts en werkplekonderzoek
4. Arbeid als thema in opleidingen en nascholingen voor zorgverleners.
5. Informatie en ondersteuning voor (zelfstandig werkende) patiënten met werkgerelateerde luchtweg- en longklachten.

Hieronder worden genoemde zaken verder uitgewerkt.

### 1. Arbeidsexpertise in regionale expertisecentra

Het Franciscus Gasthuis & Vlietland is als expertisecentrum astma/ COPD bereid om het thema arbeid in te bedden in de zorg die zij verlenen. Om dit te kunnen doen is structurele financiering nodig. De opzet van deze pilot, met een MDO met daarin de



expertise van een bedrijfsarts en arbeidshygiënist, kan worden vastgehouden. Het Franciscus Gasthuis & Vlietland zou dan mogelijk hierin een regionale functie kunnen vervullen waar artsen in de regio naar toe kunnen verwijzen. Blijvende inbreng van de expertise van een bedrijfsarts en arbeidshygiënist is hiervoor nodig. Deze zijn in het kader van deze pilot echter vergoed met tijdelijk subsidiegeld. Voor een duurzame borging van deze werkgerelateerde expertise is een structurele financiering vereist.

Mogelijk zou ook de samenwerking met andere Nederlandse expertisecentra op het terrein van gezonde en veilige arbeidsomstandigheden gezocht kunnen worden. Het voordeel van een dergelijke samenwerking is dat alle benodigde expertises en kennis kunnen worden gebundeld. Op deze manier kan er dan op termijn een landelijk expertisecentrum (of samenwerkingsverband) ontstaan met verschillende regionale vestigingen.

Vanuit een expertisecentrum kan nader klinisch arbeidsgeneeskundig onderzoek worden ingezet op de werkplek en kunnen (zelfstandig werkende) patiënten, zorgverleners en werkgevers worden voorzien van adequate adviezen rondom veilig werken met schadelijke stoffen, ziekteverzuim en re-integratie. Ook kunnen werknemers zelf met een advies in de hand afstappen op hun werkgever en/of bedrijfsarts om zo het gesprek verder aan te gaan.

Het voordeel van het inzetten van regionale expertisecentra is dat met een betere geografische verspreiding over het land, patiënten laagdrempelig en dicht bij huis gezien kunnen worden. Andere ziekenhuizen en huisartsenpraktijken kunnen bij werkgerelateerde problematiek door verwijzen naar een expertisecentrum in de regio.

Hierbij blijft het van belang dat artsen in de eerste- en tweedelijns patiënten bevragen op arbeid en op de hoogte zijn van verwijsmogelijkheid naar expertisecentra.

**2. Mogelijkheid voor doorverwijzing naar een deskundige arbeid in de eerste lijn**  
Verschillende huisartsenpraktijken in Limburg gaven aan behoefte te hebben om patiënten te kunnen doorverwijzen naar een deskundige op het gebied van arbeid van waaruit het contact met de bedrijfsarts kan worden gelegd. Het bevragen naar arbeid door POH-ers en huisartsenpraktijken verliep goed, de terugkoppeling bleek in de praktijk minder goed uitvoerbaar. Het ontbrak POH-ers aan achterliggende kennis op het terrein van arbeid, wet- en regelgeving et cetera om op een goede wijze terugkoppeling te kunnen geven aan patiënten. Dit speelde met name bij patiënten waarbij wantrouwen was jegens de bedrijfsarts en de werkgever. Daarnaast staan zorgverleners in de curatieve zorg onder grote tijdsdruk en is er weinig tijd beschikbaar in consulten om uitvoerig op de rol van werk in te gaan. Het zou zorgverleners daarom ondersteunen als dit gesprek gevoerd wordt door iemand die veel kennis heeft van arbeid en wetgeving rondom arbeidsomstandigheden. Bezwaren en belemmeringen die patiënten inbrengen kunnen dan beter besproken worden.

Een alternatieve organisatievorm zou daarom zijn dat patiënten met werkgerelateerde gezondheidsproblemen op een arbeidsgeneeskundig consult kunnen komen bij

een 'klinische arbeidsgeneeskundige' of 'arbeidsarts' die gepositioneerd is in de curatieve zorg. Deze arbeidsarts zou bij een MDO aanwezig kunnen zijn en zo de linking pin vormen tussen de patiënt en het MDO en het advies vanuit eerste hand direct naar de patiënt en diens bedrijfsarts/ werkgever kunnen overdragen.

Deze suggestie sluit aan bij de aanbeveling die is gedaan voor een arbeidsarts in de zorg in het KNMG rapport "zorg die werkt". Het voordeel van een dergelijke arts is dat deze toegankelijk is voor alle patiënten, en dus ook voor patiënten zonder toegang tot de bedrijfsarts (ZZP-ers, uitzendkrachten etc) en ook voor patiënten met andere klachten dan luchtweg- of longklachten. Deze arts is daarmee een vraagbaak voor alle patiënten met chronische aandoeningen of werkgerelateerde klachten. Door het positioneren van deze arts in de reguliere zorg is er minder wantrouwen en drempels met betrekking tot de toegankelijkheid tot de bedrijfsarts en stimuleert het de onderlinge communicatie tussen artsen. Deze arbeidsarts kan de schakel zijn tussen de bedrijfsarts van de patiënt, de longarts, de huisarts en de werkgever.

Ook bij deze optie is het van belang dat artsen in de eerste- en tweedelijns patiënten bevragen op arbeid en indien nodig doorverwijzen naar het arbeidsconsult.

Waar de arbeidsarts breed kan worden inzet voor alle werkgerelateerde aandoeningen, kunnen de hiervoor genoemde expertisecentra zich specifiek inzetten voor werkgerelateerde longaandoeningen.

Structurele financiering is nodig om de inzet van een arbeidsarts in de eerstelijns te kunnen realiseren.

### **3. Aandacht voor preventie van luchtweg-en longklachten bij bedrijfsartsen en werkplekonderzoek**

Om als bedrijfsarts bij werkgerelateerde longklachten goed te kunnen opereren, moet de slag naar preventie worden gemaakt. Zo moet een werkplekonderzoek kunnen worden uitgevoerd. Als een werkgever dat niet in het contract heeft zitten met de arbodienst, kan de relatie tussen longklachten en het werk niet worden gelegd. Om tot preventieve maatregelen over te kunnen gaan, zijn bedrijfsartsen afhankelijk van de wijze waarop ze daarin gefaciliteerd worden door hun opdrachtgever.

Sinds de laatste wetswijziging van de Arbowet bestaat er de verplichting voor werkgevers om de bedrijfsarts toegang te verlenen tot alle werkplekken. Dit dient door werkgevers contractueel met een arbodienst/bedrijfsarts te worden vastgelegd. Uit de verhalen van de bevraagde patiënten in beide pilots blijkt echter dat bedrijfsartsen voornamelijk worden ingezet in het kader van verzuimbegeleiding.

Werkgevers moeten gestimuleerd worden om meer aan preventie te doen en de bedrijfsarts daarin actief te betrekken. Om als bedrijfsarts de slag naar preventie te kunnen maken, is ondersteuning nodig vanuit een systeem dat dit met de juiste financiële prikkels faciliteert.

Daarbij zullen ook andere verplichtingen die bedrijven hebben vanuit de Arbowet goed moeten verlopen, zoals de uitvoering van de verplichte RI&E. Op dit moment heeft slechts 30% van de bedrijven de belangrijkste risico's geïnventariseerd in een RI&E<sup>17</sup> en laat de kwaliteit van de RI&E als het gaat om het in kaart brengen van de risico's van stoffen te wensen over. Al dit soort zaken betreft een goede naleving van de Arbowet.

#### **4. Arbeid in opleidingen en nascholingen zorgverleners**

Om aandacht te blijven geven aan arbeid in consulten met patiënten is kennis nodig bij zorgverleners. Informatie is nodig over wat de rol van stoffen kan zijn bij het ontstaan en verergeren van longziekten en te weten welke handelingsopties en verwijsmogelijkheden er zijn. De e-learning 'signaleren beroepslongziekten' is als nuttig ervaren, deze zou verder gepromoot moeten worden. Daarnaast is het goed om ook andere leervormen aan te bieden, zoals scholingsbijeenkomsten en informatiemateriaal dat kan worden nagelezen, zoals een stroomschema met verwijsmogelijkheden en 'wie doet wat in het veld'. Het zou goed zijn als bedrijfsartsen betrokken worden in de scholingen van curatieve zorgverleners. Hiermee krijgen reguliere zorgverleners een beter beeld van wat er in dagelijkse praktijk kan spelen op de werkvloer en het werk dat de bedrijfsarts verricht.

#### **5. Informatie en ondersteuning voor patiënten**

Vanuit de zorg zou goede toeleiding moeten zijn naar informatie over gezond werken met stoffen en de stappen die longpatiënten kunnen zetten als het gaat om duurzame inzetbaarheid en werken met een longziekte. Kinderlongartsen zouden jongeren met een bestaand astma advies kunnen geven om na te denken over hun beroepskeuze. Met astma is het niet handig om bijvoorbeeld een beroep te kiezen waarbij blootstelling aan stoffen niet kan worden vermeden.


Veel patiënten hebben geen weet van de informatie die beschikbaar is. Zo is op het Arboportaal informatie te vinden over werken met stoffen. Het Longfonds heeft een werkwijzer voor longpatiënten ontwikkeld. Ook de beroepsvereniging voor bedrijfsartsen (NVAB) heeft onlangs een website gelanceerd met daarop informatie voor patiënten. Het is belangrijk dat mensen weten welke stoffen schadelijk zijn, wat je kan doen om blootstelling te voorkomen en wat de rol is van bijvoorbeeld werkgevers en de bedrijfsarts.

Van belang is dat patiënten (en artsen) van het bestaan van deze informatie afweten en de route ernaar toe weten te vinden.

In onze samenleving wordt van (zelfstandig) werkenden verwacht dat zij zich actief opstellen in het kader van het beschermen van hun gezondheid (eigen regiemodel). Niet iedere patiënt beschikt echter over de vaardigheden om goed deze regie te kunnen nemen. Deze patiënten zouden hierin extra ondersteund en gefaciliteerd moeten worden.

---

<sup>17</sup> Arbo in bedrijf, 2018

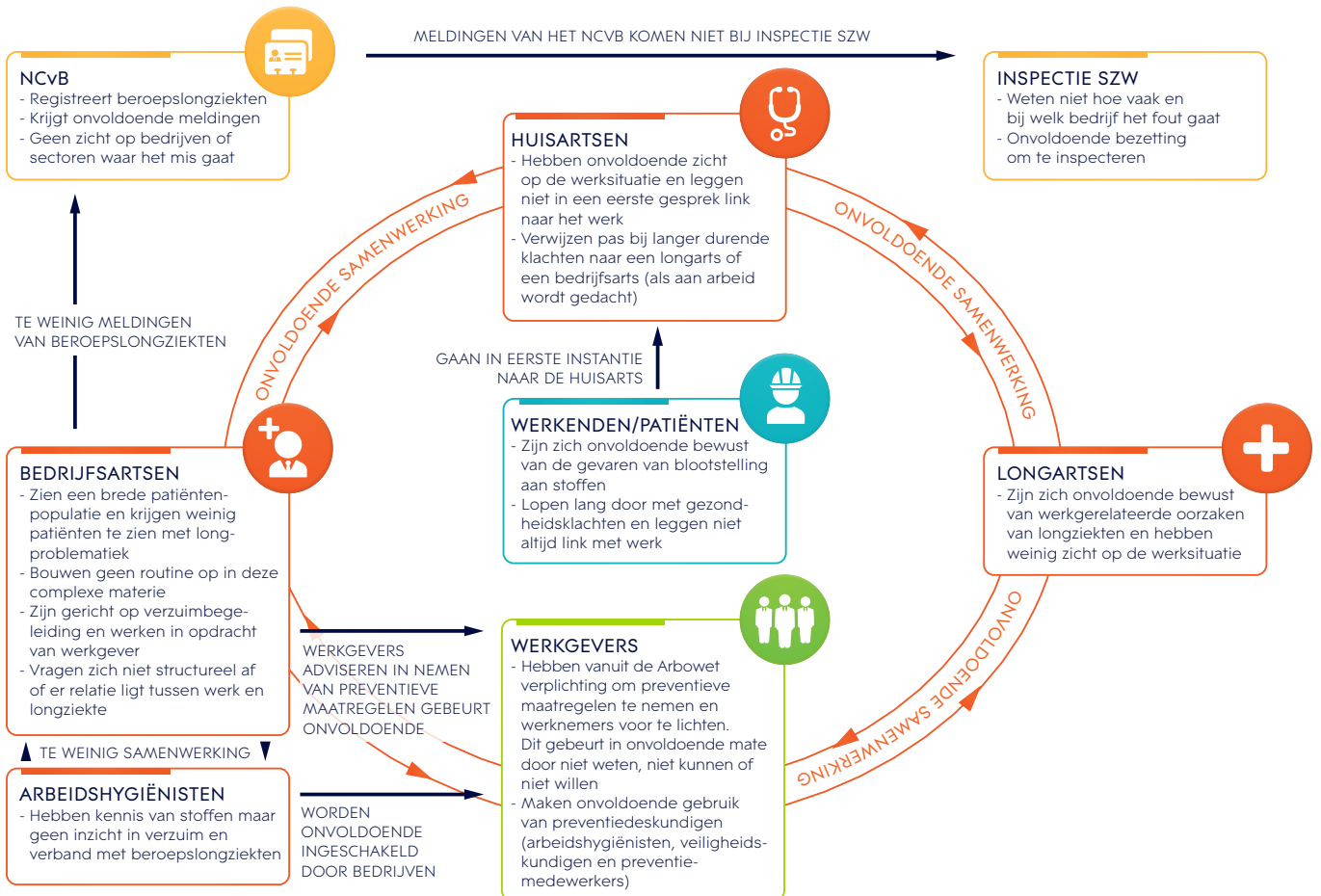


De curatieve zorgverleners vormen daarbij voor veel patiënten een belangrijke signalerende rol, juist omdat zij vaak als eerste in contact komen met patiënten die door het werk luchtweg- of longklachten hebben gekregen.

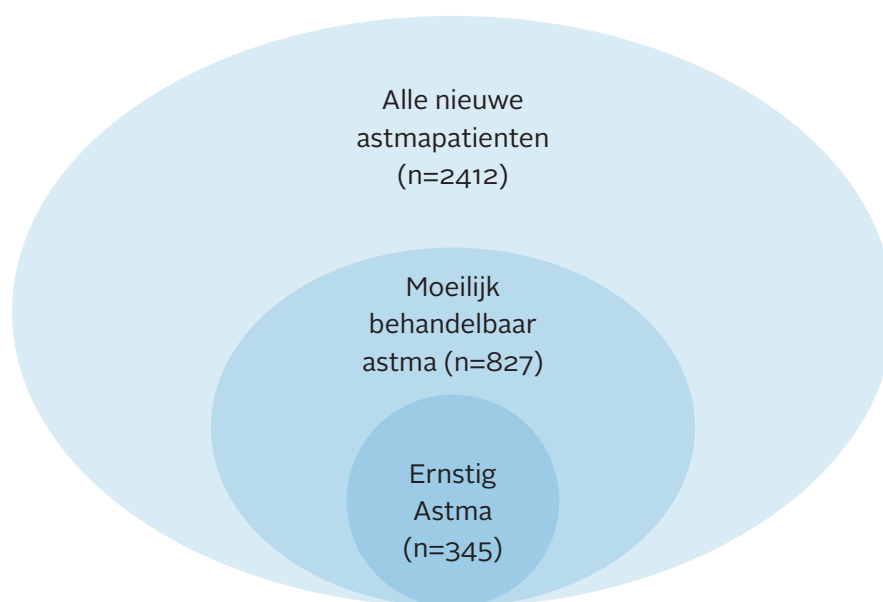


## Bijlagen

## Bijlage 1: Knelpunten signaleren beroepslongziekten samengevat



## Bijlage 2 Patiëntenpopulatie pilotregio's



Figuur 1 Overzicht patiënten met astma Franciscus Gasthuis & Vlietland 2017, 2018, 2019

Deelnemende praktijk	Totale patiënten populatie	Ketenzorg astma	Ketenzorg COPD
Huisartsenpraktijk Meerlo	5.656	78	35
MC Groenveld	11.156	129	163
Huisartsenpraktijk de Wildenberg	2.555	24	24
Huisartsenpraktijk Buitenlust	10.171	0	113
Huisartsenpraktijk Venlo-Zuid	8.962	0	89
Huisartsenpraktijk Antoniusveld	11.097	0	95
MC Lambertus	13.043	0	203
Maasbree	6.087	52	89
<b>Totaal</b>	<b>68.727</b>	<b>283</b>	<b>811</b>

Tabel 1 Overzicht patiëntpopulatie per praktijk binnen Cohesie, ketenzorg astma en ketenzorg COPD

### Bijlage 3: Vragenlijst arbeidsanamnese uit richtlijn werkgerelateerd astma, NVALT 2017

#### Vragenlijst over arbeidsgelateerde luchtwegklachten.

##### Toelichting bij de vragenlijst

De vragenlijst bevat voornamelijk vragen over longklachten, allergische klachten en klachten tijdens en na het werk. Veel vragen kunt u met ja of nee beantwoorden. Indien naar getallen wordt gevraagd, wilt u deze dan zo nauwkeurig mogelijk invullen? U maakt uw keuze door een kruisje binnen het kader van het hokje te plaatsen.

Goed:  Indien u zich heeft vergist maak het hokje zwart  en kruis dan het andere hokje aan.

Wilt u alleen een zwarte of een donkerblauwe pen of ballpoint gebruiken?

##### Vragen?

Mocht u nog vragen over deze vragenlijst hebben, dan kunt u deze vragen voorleggen tijdens het bezoek aan de polikliniek.



**1. Persoonsgegevens**

**Naam:**

Adres:

Postcode en plaats:

Telefoonnummer:

Geboortedatum:

Geslacht:

Burgerlijke staat:

**Functie:**

Branche

**Werkgever:**

Adres:

Postcode en plaats:

Telefoonnummer:

Datum in diensttreding:

**Arbodienst:**

Bedrijfsarts:

Adres:

Postcode en plaats:

Telefoonnummer:

**Huisarts:**

Adres:

Postcode en plaats:

Telefoonnummer:

**Zorgverzekeraar/klantnummer:**

Burger Service Nummer:

**2. Functie en werkzaamheden**

1 Wilt u in onderstaande tabel aangeven welke functies u in het verleden heeft gehad?

Naam werkgever Adres en plaats	Gewerkt		Aantal uren	Beschrijving werkzaamheden	Gezondheids- klachten		Opmerkingen
	Van	tot			Ja	Nee	
	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ]		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ]		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ]		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ]		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ]		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ]		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ruimte voor aantekeningen door arts

---



---



---

### 3. Gezondheid

#### Oogklachten

- |  | Ja                       | Nee                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 3a Heeft u last van jeuk, roodheid of tranende ogen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3b Zo ja, sinds wanneer heeft u deze klachten?       | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     |

#### Neusklachten

- |   | Ja                       | Nee                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 4a Heeft u last van niezen, loopneus of verstopte neus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4b Zo ja, sinds wanneer heeft u deze klachten?          | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     |

- |   | Ja                       | Nee                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 5a Heeft u last van neusbijholtenontstekingen (sinusitis)?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5b Zo ja, hoe vaak heeft u deze gehad?                          |                          | <input type="text"/>     |
| 6 Heeft u last van neuspoliepen?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 Bent u bekend of onder behandeling (geweest) bij de KNO-arts? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### Luchtwegklachten

- |   | Ja                       | Nee                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 8 Heeft u last van hoesten, piepen of kortademigheid:   |                          |                          |
| - In aanvallen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - 's Nachts   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Na inspanning   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Na blootstelling aan allergenen afkomstig van bijvoorbeeld huisstofmijt<br>huisdieren, gras, pollen (hooikoorts), invloeden van de seizoenen... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zo ja, kunt u dit toelichten?

---

- |   | Ja                       | Nee                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Na blootstelling aan specifieke prikkels, bijvoorbeeld temperatuurwisselingen, mist,<br>chemische geuren... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### Ruimte voor aantekeningen door arts

---

---

Zo ja, kunt u dit toelichten?

Sinds wanneer heeft u deze klachten? [ ] [ ] [ ] [ ]

**Ja** **Nee**

9 Heeft u gedurende het afgelopen jaar wel drie maanden achtereen vrijwel dagelijks gehoest?

10a Heeft u gedurende het afgelopen jaar wel drie maanden vrijwel dagelijks slijm opgehoest?

10b Zo ja, welke kleur heeft het slijm?

**Ja** **Nee**

11 Geeft u wel eens bloed op?

**Huidaandoeningen**

**Ja** **Nee**

12a Heeft u last van eczeem?

12b Heeft u last van andere huidproblemen?

12c Zo ja, sinds wanneer heeft u deze klachten? [ ] [ ] [ ] [ ]

**Ja** **Nee**

13 Heeft u ooit met een stof gewerkt die huiduitslag of andere huidproblemen veroorzaakte?

Zo ja, kunt u dit toelichten?

**Overige klachten**

**Ja** **Nee**

14 Duurt herstel na een verkoudheid langer dan 10 dagen?

15 Heeft u wel 1 keer per maand of vaker last van koorts of verkoudheid?

16 Snurkt u overmatig?

**Ruimte voor aantekeningen door arts**

#### 4. Klachten in relatie tot het werk

Wilt u onderstaande vragen beantwoorden en aankruisen op welk gebied uw klachten van toepassing zijn?

		Ogen	Neus	Lucht- wegen	Huid	
17a	Ontstaan of verergeren uw klachten tijdens uw werk?	Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17b	Zijn er collega's met dezelfde of dergelijke klachten?	Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indien u bij vraag 17 a en 17 b **Nee** heeft ingevuld, kunt u doorgaan met vraag 18.

		Ogen	Neus	Lucht- wegen	Huid	
17c	Verdwijnen uw klachten snel na thuiskomst?	Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17d	Blijven uw klachten, na het stoppen met werk, nog lang aanwezig?	Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17e	Nemen uw klachten in de loop van de werkweek toe?	Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17f	Verbeteren uw klachten in perioden dat u niet werkt, bijvoorbeeld tijdens weekend of vakanties?	Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17g	Keren uw klachten herhaaldelijk terug bij blootstelling?	Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Ja	Nee
18	Wordt u op dit moment blootgesteld aan een van de volgende factoren:		
	- Metalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Stof en/of vezels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Chemicaliën	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Rook, gassen en/of dampen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Dierlijk en/of plantaardig materiaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Straling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Temperatuurswisselingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Biologische agentia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ruimte voor aantekeningen door arts

---



---



---

		<b>Ja</b>	<b>Nee</b>
19a	Bent u in het verleden aan bovengenoemde factoren blootgesteld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19b	Zo ja, kunt u dit toelichten?		
<hr/>			
<hr/>			
20a	Zijn uw klachten ontstaan of veranderd door wijziging in werkomstandigheden of het gebruik van nieuwe producten/ grondstoffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20b	Zo ja, kunt u dit toelichten?		
<hr/>			
<hr/>			
20c	Kunt u aangeven bij welke werkzaamheden deze klachten optreden?		
<hr/>			
<hr/>			
21a	Heeft u ooit verzuimd vanwege deze klachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21b	Zo ja, kunt u dit toelichten?		
<hr/>			
<hr/>			
		<b>Ja</b>	<b>Nee</b>
22a	Bent u ooit vanwege deze klachten van functie veranderd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22b	Zo ja, kunt u dit toelichten?		
<hr/>			
<hr/>			
		<b>Ja</b>	<b>Nee</b>
23	Heeft er op uw werk onlangs een incident plaatsgevonden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Komt of kwam het materiaal in aanraking met uw huid of kleding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Kunt u of kon u het materiaal of de chemische stof waarmee u werk of heeft gewerkt, ruiken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ruimte voor aantekeningen door arts</b>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			

- |     |   | <b>Ja</b>                | <b>Nee</b>               |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|
| 26a | Maakt u gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen (bijvoorbeeld een mondkapje)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26b | Zo ja, welke persoonlijke beschermingsmiddelen gebruikt u?                          |                          |                          |

- |    |  | <b>Ja</b>                | <b>Nee</b>               |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 27 | Is er voldoende ventilatie op uw werkplek?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28 | Wordt of werd uw werkkleding thuis gewassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 5. Roken

- 29 Heeft u gedurende uw hele leven meer dan 100 sigaretten / 50 sigaren / 500 g pijptabak gerookt?
- Nee, → ga verder met vraag 32
- Ja, ik heb vroeger gerookt, maar ben nu gestopt met roken → ga verder met vraag 30
- Ja, ik rook nog steeds → ga verder met vraag 31

- 30 Wilt u aangeven hoeveel sigaretten, sigaren en gram pijptabak u gemiddeld per dag rookte, toen u rookte?  
(1 pakje shag = 40 sigaretten)

- Sigaretten      [    ] per dag

- Sigaren            [    ] per dag

- Pijptabak        [    ] g per dag

- Hoe oud was u, toen u begon met roken?                      [    ] jaar

- Hoe oud was u, toen u stopte met roken?                      [    ] jaar

- 31 Wilt u aangeven hoeveel sigaretten, sigaren en gram pijptabak u gemiddeld per dag rookt?  
(1 pakje shag = 40 sigaretten)

- Sigaretten      [    ] per dag

- Sigaren            [    ] per dag

- Pijptabak        [    ] g per dag

- Hoe oud was u, toen u begon met roken?                      [    ] jaar

**Ruimte voor aantekeningen door arts**

---



---



---



---

### 6. Medische voorgeschiedenis en medicatie

- |    |  | Ja                       | Nee                      |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 32 | Heeft u in uw jeugd de volgende aandoeningen gehad?  |                          |                          |
| -  | Astma  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -  | Eczeem   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33 | Heeft u op dit moment een allergie voor:             |                          |                          |
| -  | Grassen en boompollen (Hooikoorts)                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -  | Huisdieren   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -  | Huisstofmijt   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -  | Overig   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34 | Heeft u in het verleden bepaalde aandoeningen gehad? |                          |                          |

Medische voorgeschiedenis	Jaar
1	
2	
3	
4	
5	
6	

- 35 Gebruikt u op dit moment geneesmiddelen?

Geneesmiddelen
1
2
3
4
5
6

### 7. Familie en woonomgeving

- |    |  | Ja                       | Nee                      |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 36 | Komen de volgende aandoeningen in uw familie voor: |                          |                          |
| -  | Astma  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -  | Hooikoorts   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -  | Eczeem   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ruimte voor aantekeningen door arts

---



---



---



---

Ja      Nee



37 Heeft u hobby's die mogelijk in verband staan met uw klachten?    
Zo ja, welke hobby's?

---

---

**Ja** **Nee**  
38a Bent u ooit van omgeving veranderd in verband met gezondheidsklachten?

38b Zo ja, kunt u dit toelichten?

---

---

**Ja** **Nee**  
39a Woont u in de buurt van een industrieterrein, fabriek, stortplaats of snelweg?

39b Zo ja, kunt u dit toelichten?

---

---

**Ja** **Nee**  
40 Heeft u recent nieuwe meubels, vloerbedekking gekocht of uw huis verbouwd?

Zo ja, kunt u dit toelichten?

---

---

**Ja** **Nee**  
41 Heeft u huisdieren of komt u hiermee in aanraking?

Zo ja, welke huisdieren?

---

---

**Ruimte voor aantekeningen door arts**

---

---

---

---

## Bijlage 4: Informatiebrief huisartsenpraktijken Cohesie

### Informatiebrief start pilot beroepslongziekten

Venlo, december 2018

Beste huisarts, beste huisartspraktijk,

U heeft aangegeven mee te willen werken aan de pilot beroepslongziekten in de regio Cohesie. We willen u alvast hartelijk danken voor uw inzet en bijdrage! Middels deze brief informeren we u over de start van de pilot, welke bijdrage er van u verwacht wordt en wat u van de pilot mag verwachten. Wilt u zo vriendelijk zijn om op korte termijn de bijlage in te vullen en te retourneren?

#### Doel van de pilot:

- 1.) bewustwording creëren over arbeid gerelateerde factoren bij longziekten, bij betrokken zorgverleners in de regio Cohesie, door het stellen van 5 vragen naar arbeid
- 2.) advisering naar zorgverleners/handvatten bieden in verdere begeleiding van patiënt

#### Opzet van de pilot:

Gedurende 6-7 maanden alle patiënten welke de praktijk bezoeken met luchtwegklachten of voor controle van astma en/of COPD de 5 vragen stellen en vastleggen in Vital Health. De patiënten bij wie deze vragen daartoe aanleiding geven doorverwijzen naar het pilotteam. Eventuele vragen van het pilotteam beantwoorden en het advies bespreken met de patiënt. Het pilotteam streeft ernaar om uiterlijk binnen 2 weken een antwoord te formuleren voor de huisarts. Voorafgaand aan de start van de pilot wordt er door minimaal 1 huisarts en 2 praktijkondersteuners deelgenomen aan een e-learning en een instructie door de projectleider van de Long Alliantie Nederland (LAN). Tevens is er op het einde van de pilot een interview met de projectleider van de LAN. Eventuele vragen over praktische zaken (wijze van doorverwijzing, het softwaresysteem enz.) kunnen gesteld worden aan Petra Verhoeckx, Cohesie Cure and Care.

#### Tijdspad:

10 t/m 25 jan 2019	volgen e-learning door zorgverleners
25 jan 4 febr 2019	instructie door Heleen den Besten (LAN)
Februari	start met bevragen en verwijzen van patiënten
Juli	het aantal van 25 verwijzingen aan het pilotteam is behaald
Augustus/September	telefonische interviews (zorgverleners en patiënten)

**Vergoeding:**

Op het einde van de pilot is er voor elke huisartsenpraktijk een deelnemersvergoeding van maximaal €800,- beschikbaar. Dit bedrag kan afhankelijk van het aantal ingevulde vragenlijsten en het aantal verwijzingen door het pilotteam naar beneden worden bijgesteld.

**Pilotteam:**

Verwijzen van een patiënt naar het pilotteam, kan en mag alleen met medeweten en na toestemming van de patiënt. Een gedeelte van het dossier is dan inzichtelijk voor het pilotteam. Het pilotteam bestaat uit de volgende personen: Dhr. F. van Rooy (bedrijfsarts), Dhr. C. Pluk (kaderhuisarts Astma/COPD), Mevr. T. Joosten (longarts), Mevr. P. Verhoeckx (longfunctie-analist), Mevr. H. den Besten (projectleider LAN)

**E-learning:**

Tussen 10 en 25 januari kan er op een moment van eigen keuze deelgenomen worden aan de e-learning, elke deelnemer ontvangt hiervoor per email een link. De scholing duurt ongeveer 1,5 uur, er is accreditatie aangevraagd. Aan de scholing zijn geen kosten verbonden.

**Instructie:**

De mondelinge instructie mbt de pilot wordt gegeven door Heleen den Besten. Deze kan telefonisch of in de praktijk plaatsvinden. In bijlage 1 kunt u aangeven welke optie voor uw praktijk het meest geschikt is.

Neemt u nog even de tijd om de gegevens in de bijlage in te vullen en te retourneren aan [expertteamastma-copd@cohesie.org](mailto:expertteamastma-copd@cohesie.org) ovv "pilot beroepslongziekten"?

Wanneer er vragen of onduidelijkheden zijn neem dan contact op met Petra Verhoeckx, coördinator Zorgprogramma Integrale Chronische Zorg, via [p.verhoeckx@cohesie.org](mailto:p.verhoeckx@cohesie.org) of telefonisch 077 320 3736.

Met vriendelijke groet, ook namens de Long Alliantie Nederland,

Expertteam Astma/COPD  
Cleo Pluk, kaderhuisarts Astma/COPD  
Petra Verhoeckx, coördinator zorgprogramma

Cohesie Cure and Care B.V.

## Bijlage 5 Vragenlijst telefonisch interview huisartsen/POH-ers Cohesie

In de afgelopen periode heeft u meegewerkt aan de pilot signaleren beroepsziekten die de LAN ism met Cohesie heeft uitgevoerd. U heeft in de afgelopen periode patiënten 4 vragen gesteld om mogelijke werkgerelateerde long- en luchtwegklachten te signaleren. Patiënten met vermoedelijke werkgerelateerde klachten kon u doorverwijzen naar een pilotteam.

Graag stel ik u hier enkele vragen over. De gegevens van dit onderzoek worden anoniem verwerkt in een rapport. Individuele gegevens kunnen niet worden herleid.

1. Heeft u patiënten doorverwezen naar het MDO overleg? Zo ja, hoeveel? en heeft u idee hoeveel patiënten u heeft bevraagd?
2. Hoe verliep het bevragen van patiënten op werkgerelateerde klachten? (ahv 4 screeningsvragen)
  - a. Waren de screenings vragen duidelijk? (zowel voor patiënten als voor uzelf)  
Zo nee, wat was niet duidelijk?
  - b. Heeft u de screeningsvragen aan alle longpatiënten gesteld gedurende de pilot?  
zo nee, wat was hiervan de reden?
  - c. Heeft u de formulieren ook in de gevallen dat geen sprake was van werkgerelateerder problematiek ingevuld?  
zo nee, wat was hiervan de reden?
  - d. Indien bij b en c nee is geantwoord, kunt u een inschatting geven hoeveel patiënten u in totaal heeft bevraagd? en een inschatting van bij hoeveel patiënten geen werkgerelateerde problemen speelde?
3. Wat vond u van het advies dat u heeft gekregen uit het pilotteam?
  - wat zou beter kunnen?
4. Heeft u het idee dat u de patiënt hiermee verder heeft kunnen helpen?
  - Ja, graag toelichten
  - Nee, graag toelichten
5. Was de opzet van deze pilot, met mogelijkheid tot verwijzing naar een pilotteam met daarin arbeidsgeneeskundige expertise voor u van toegevoegde waarde?
  - a. Ja, graag toelichten
  - b. Nee, graag toelichten
  - c. Wat zou anders/ beter kunnen?

6. Waar heeft u verder behoefte aan als het gaat om het om begeleiden van patiënten met werkgerelateerde problematiek?

Als nodig opties voorleggen:

- geen behoefte aan iets
- mogelijkheid tot doorverwijzing
- meer kennis
- verwijsmogelijkheden naar meer informatie voor patiënt
- anders,....

7. Zou het voor u zinvol zijn om de opzet van deze pilot, met mogelijkheid tot verwijzing naar team met daarin arbeidsgeneeskundige kennis, voort te zetten?

- a. Ja, graag toelichten + aan welke voorwaarden het zou moeten voldoen
- b. Nee, graag toelichten

8. Tot slot, welke kennis/inzichten over arbeid en longziekten heeft deze pilot u opgeleverd?

## Bijlage 6: Vragenlijst telefonisch evaluatie patiënten

### Inleiding

In de afgelopen periode bent u bij uw huisarts of praktijkondersteuner geweest, waarbij aan de orde kwam dat uw klachten mogelijk relatie hebben met uw werk.

De Long Alliantie Nederland (LAN) zet zich in met subsidie van het ministerie van SZW in voor het voorkomen van beroepslongziekten. Luchtweg- en longproblemen kunnen worden veroorzaakt of verergerd door blootstelling aan stoffen op het werk. De link tussen werk en klachten wordt echter niet altijd gelegd. Daarom heeft de LAN samen met Cohesie Huisartsenzorg in de regio Noord-Limburg een pilotstudie uitgevoerd met als doel om de signalering van patiënten met werkgerelateerde oorzaken te verbeteren zodat adequate (preventieve) maatregelen kunnen worden ingezet.

Als het goed is heeft u een advies gekregen van uw huisarts wat u zou kunnen ondernemen in het kader van uw werk en uw klachten.

Kan ik u enkele vragen hierover stellen? De gegevens van dit onderzoek worden anoniem verwerkt in een rapport. Individuele gegevens kunnen niet worden herleid, ook zullen er geen namen van werkgevers worden genoemd in de rapportage. Wij hebben geen contact met uw werkgever.

### Vragen

#### Werkgerelateerde klachten (ter introductie)

Op basis van de arbeidsanamnese vragenlijst kort samenvatten welke werkzaamheden iemand verricht en om welke blootstelling aan stoffen het gaat. Bij eventuele onduidelijkheden doorvragen en nagaan of patiënt verzuimt ten gevolge van werkgerelateerde klachten.

- o. Wie heeft u gesproken over de relatie tussen uw werk en klachten?
  - huisarts
  - POH-er
1. Had u voorafgaand aan uw gesprek met uw huisarts/poh-er een link gelegd tussen uw klachten en uw werk?
  - nee, (ga verder naar vraag 3)
  - ja, (ga verder naar vraag 2)
2. Zo ja, had u voorafgaand aan uw gesprek met uw huisarts/POH-er
  - a. contact hierover gehad met uw bedrijfsarts?
    - zo ja, hoe verliep dit contact en welke acties zijn n.a.v. dit contact ingezet?
    - zo nee, wat is de reden hiervoor?
  - b. contact hierover gehad met uw werkgever?
    - zo ja, hoe verliep dit contact en welke acties zijn n.a.v. dit contact ingezet?
    - zo nee, wat is de reden hiervoor?

### **Arbeidsanamnese vragenlijst**

3. Hoe was het voor u om de arbeidsvragenlijst in te vullen?  
(doorvragen, duidelijk/onduidelijk, te lang, etc)

### **Advies huisarts en vervolgacties**

4. Wie heeft u een terugkoppeling gegeven over de relatie tussen uw werk en klachten?
  - huisarts
  - POH-er
5. Welke advies heeft u gekregen van uw huisarts (POH-er)?  
(Heleen voorbereiden door inzien dossier)
6. Wat heeft u n.a.v. dit advies gedaan?
  - bij ingezette acties doorvragen wat dat heeft opgeleverd
  - bij geen acties doorvragen wat reden daarvoor is
7. Heeft u n.a.v. het advies van uw huisarts contact opgenomen met uw bedrijfsarts?
  - a. Zo ja: hoe is dit contact verlopen en welke acties worden n.a.v. dit contact ingezet?
  - b. Zo nee: wat is de reden dat u geen contact heeft gehad met een bedrijfsarts

### **Behoeftte aan ondersteuning bij werkgerelateerde klachten**

8. Hoe heeft u de zorg omtrent uw werkgerelateerde klachten ervaren?
  - a. wat ging goed?
  - b. wat zou hierin beter kunnen?
9. Waar heeft u nog behoefte aan of waar zou u hulp bij willen?
10. Zijn er nog onderwerpen waar u vragen over heeft of die u aan ons kwijt wilt?

## **Bijlage 7 Deelnemers pilotteam**

### **Deelnemers pilotteam Cohesie**

Dhr. F. van Rooy (bedrijfsarts en toxicoloog)

Dhr. C. Pluk (kaderhuisarts Astma/COPD),

Mevr. T. Joosten (longarts),

Mevr. P. Verhoeckx (longfunctie-analist)

Indien nodig kon Mevr. J Willems (arbeidshygiënist en toxicoloog) geconsulteerd worden.

### **Deelnemers pilotteam Franciscus Gasthuis & Vlietland**

Dhr. G.J. Braunstahl (longarts)

Dhr. J. Kappen (longarts)

Mevr. T. van den Berg (longconsulent)

Dhr. A. Roos (longfunctie-analist)

Dhr. P. van Balen (arbeidshygiënist)

Dhr. J. Maas (bedrijfsarts)

Dhr. D. Snels (dermatoloog)

Dhr. R. Bonnet (KNO arts)



## Leden van de Long Alliantie Nederland

De LAN bestaat op dit moment uit de volgende leden.

### Gewone leden:

- Longcentra Nederland;
- Longfonds;
- Longkanker Nederland;
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie;
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie;
- Nederlands Instituut van Psychologen;
- Nederlands Respiratoir Samenwerkingsverband;
- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose;
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten;
- Nederlandse Vereniging van Longfunctieanalisten;
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde;
- Stichting Inhalatie Medicatie School;
- Stichting COPD en Astma Huisartsen Adviesgroep (CAHAG) namens het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland;
- Vereniging Nederland-Davos.

### Bedrijfsleden:

- ALK-Abéllo;
- AstraZeneca;
- BENU;
- Boehringer Ingelheim;
- Chiesi Pharmaceuticals;
- Focus Care Pharmaceuticals;
- GSK;
- Medidis;
- Mediq / Tefa;
- Mundipharma Pharmaceuticals;
- Novartis;
- Pfizer;
- Sandoz;
- Sanofi Genzyme;
- Teva Pharma Nederland.

Statutaire bepalingen ten aanzien van de leden van de LAN In Artikel 3 van de statuten is bepaald dat de Long Alliantie Nederland gewone, buitengewone en bedrijfsleden kent. Al deze leden hebben gemeen dat zij als lid van de LAN bijdragen aan de preventie en de zorg bij mensen met een chronische longaandoening. Gewone en buitengewone leden worden onderscheiden in de mate waarin zij bijdragen aan deze zorg. Bij gewone leden moeten doelstelling en/of de feitelijke werkzaamheden geheel of in belangrijke mate op die zorg zijn gericht, bij buitengewone leden hoeft dit slechts in enige mate het geval te zijn. De statuten bepalen dat gewone en buitengewone leden geen commerciële oogmerken mogen hebben, bedrijfsleden wel. Voorts mag op het beleid van gewone leden en van buitengewone leden geen bijzondere invloed worden uitgeoefend door één of meer bedrijven. Niet alleen de gewone leden maar ook de buitengewone en bedrijfsleden hebben de mogelijkheid kennis en expertise in te brengen binnen de LAN. Zo kunnen zij een waardevolle bijdrage leveren aan de doelstellingen van de LAN. Zij hebben echter formeel geen stemrecht, want uitsluitend gewone leden zijn volgens de statuten leden van de LAN in de zin van de wet. Buitengewone en bedrijfsleden participeren dus niet in de formele beleidsbepaling van de Long Alliantie Nederland. Zo is de onafhankelijkheid van de LAN gewaarborgd.





Long Alliantie Nederland  
Stationsplein 125  
3818 LE Amersfoort  
T. 033-421 84 18  
[info@longalliantie.nl](mailto:info@longalliantie.nl)  
[www.longalliantie.nl](http://www.longalliantie.nl)  
[www.inhalatorgebruik.nl](http://www.inhalatorgebruik.nl)

Triodos Bank IBAN NL17TRIO 0390 2279 19