



Managementsamenvatting rapport pilots signaleren beroepslongziekten



LAN

Long Alliantie Nederland

Managementsamenvatting rapport pilots signaleren beroepslongziekten

Deze management samenvatting is onderdeel van het rapport “Pilots signaleren beroepslongziekten”. Dit rapport is gepubliceerd door de Long Alliantie Nederland en mogelijk gemaakt met subsidie van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. De volledige rapportage is te downloaden via de website www.longalliantie.nl/beroepslongziekten

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).¹ 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 Arbowet hiervoor de verantwoordelijkheid

¹ 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 gevegd 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.² 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.³

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?

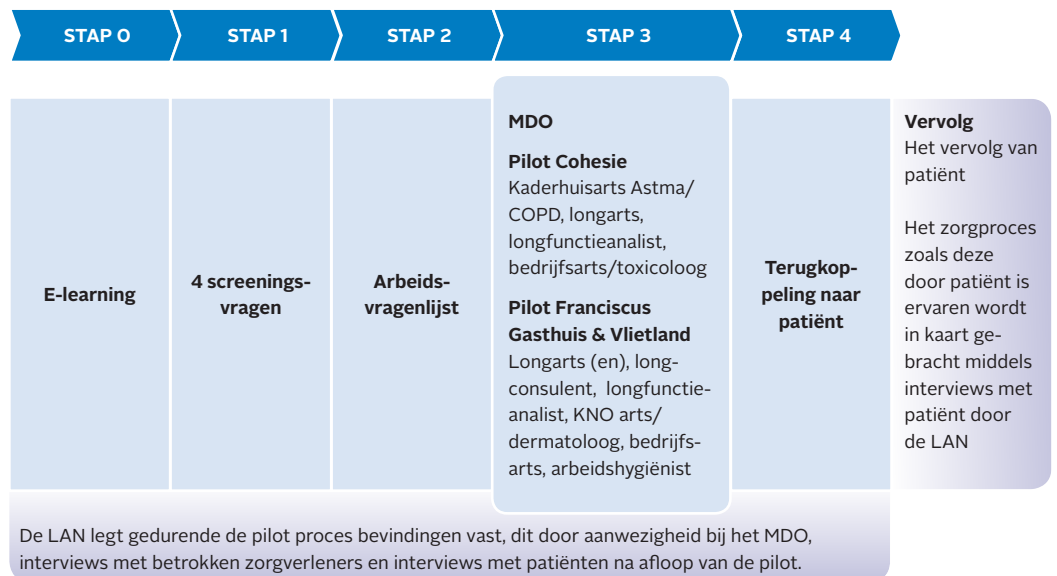
In **stap 2** ontvingen patiënten bij een positieve uitkomst op de screeningsvragen een verdiepende arbeidsvragenlijst.

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.

² www.bsl.nl/beroepslongziekten

³ 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

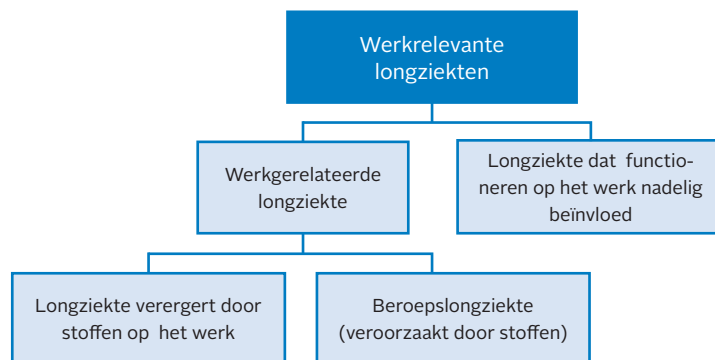
Een procesevaluatie van de hierboven genoemde vier stappen is uitgevoerd door het voeren van interviews met de betrokken pilotteamleden, huisartsen en POH-ers uit de betrokken huisartsenpraktijken in Noord-Limburg. Om in kaart te brengen tot welke vervolgacties de pilots hebben geleid voor de patiënten 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).⁴ 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.

⁴ 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



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 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 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&E⁵ 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

⁵ 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.



Long Alliantie Nederland
Stationsplein 125
3818 LE Amersfoort
T. 033-421 84 18
info@longalliantie.nl
www.longalliantie.nl
www.inhalatorgebruik.nl

Triodos Bank IBAN NL17TRIO 0390 2279 19