

Longaandoeningen op het werk – patiënt tussen wal en schip

Verslag van de bijeenkomst van de Contactgroep Gezondheid en Chemie (CGC),
14 juni 2012

Jos Rooijackers, longarts

Remko Houba, arbeidshygiënist

Nicole Palmen, arbeidshygiënist/toxicoloog

Rik Menting, bedrijfsarts

De Contactgroep Gezondheid en Chemie (CGC) organiseerde op 14 juni 2012 in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), het Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen (NKAL) en het Institute for Risk Assessment Sciences (IRAS) van de Universiteit Utrecht (UU) een symposium over arbeidsgerelateerde longaandoeningen onder de titel 'Longaandoeningen op het werk - patiënt tussen wal en schip'. Het symposium bestond uit een ochtend- en middagprogramma.

Ochtendprogramma

In de ochtend werd een 'invitationaal' gehouden met als titel 'Klinische arbeidsgeneeskunde, van een niche tot normale zorg', onder voorzitterschap van Bob Koning. Met experts en belangstellenden werd de omvang en de ziektelast van arbeidsgerelateerde longaandoeningen onder de loep genomen. Daarna werden de knelpunten besproken die worden ervaren bij de organisatie, de uitvoering en de financiering van deze vorm van zorg.

Jos Rooijackers, longarts bij NKAL, besprak het model van de bedrijfsgezondheidszorg. Bij NKAL zijn arbeidshygiëne, arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en kennis van longziekten gebundeld. Deze kerndisciplines ten aanzien van longaandoeningen vormen de basis voor de klinische arbeidsgeneeskundige expertise op dit gebied. Deze vorm van geneeskunde beweegt zich in een niche tussen zorg en arbeid, heeft nog geen plaats in het zorgstelsel en is beperkt beschikbaar in een paar centra.

Geschat wordt dat astma en COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) bij volwassenen in 15% van de gevallen arbeidsgerelateerd is. Voor Nederland zijn dat al snel 75.000 mensen. Van interstitiële longaandoeningen (bijvoorbeeld sarcoidose en extrinsieke allergische alveolitis) zijn de aantallen onbekend.

Op de polikliniek van het NKAL worden ongeveer 300 werknemers-patiënten per jaar onderzocht, van wie circa 50 een beroepsziekte blijkt te hebben waarbij het werk de directe oorzaak van de ziekte blijkt te zijn. Daarnaast heeft een veel groter aantal een arbeidsgerelateerde aandoening of een afgenomen belastbaarheid. Bij een arbeidsgerelateerde aandoening is er geen causaal verband met het werk, maar zorgen de prikkels op het werk wel voor klachten. Een voorbeeld hiervan is een werknemer met een bestaand

astma waarbij gevoelige luchtwegen al bij lage concentraties luchtwegirritantia tot klachten kunnen leiden.

Werknemers met een beroepsziekte zijn niet gebaat bij medicamenteuze behandeling alleen. Interventie in de vorm van beheersmaatregelen, werkaanpassing en preventie is hier aangewezen. Onderzoek bij bakkers in Nederland heeft laten zien dat beroepsallergie leidt tot verzuim en medische consumptie en dat preventie kosten-effectief kan zijn (Meijer, 2010; Meijster, 2011).

De nieuwe Leidraad inhaleerbare allergenen beschrijft voor specifieke risicogroepen de integrale preventie van blootstelling aan allergenen op het werk en beroepsallergie. Gezondheidsbewaking biedt daarbij een kans de ziektelast te beperken en kosten te besparen. Met de komst van de Leidraad, die in opdracht van de SER, namens de sociale partners, door IRAS, NKAL en IVAM is ontwikkeld, zal meer behoefte bestaan aan klinische arbeidsgeneeskunde. Deze vorm van zorg wordt echter niet herkend en ondersteund door de reguliere gezondheidszorg en daardoor belemmerd. Rapporten van de SER (sociaal economische raad; SER, 2002), de RGO (raad voor gezondheidsonderzoek; RGO, 2003) en zeer recent Astri (Zwart de, 2011) hebben gewezen op de kloof tussen arbodienstverlening en de curatieve zorg, het gebrek aan expertise en samenwerking op het gebied van diagnostiek en preventie van arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen evenals financiering. Daarom pleit de NVAB voor opname van de klinische arbeidsgeneeskunde in de zorgverzekeringswet.

Prof. Ben Nemery, hoogleraar Toxicologie & Arbeidsgeneeskunde, stafleid Dienst Longziekten UZ Leuven, wees op verschillen in arbeidsgerelateerde zorg tussen Nederland en België. Zo kent België

een fonds voor de beroepsziekten (FBZ), dat compensatie verleent aan werknemers met een onweerlegbaar vermoeden van een beroepsziekte, die voorkomt op de Belgische lijst van meer dan 150 beroepsziekten. Onderzoek naar een causale relatie tussen de ziekte en het beroepsrisico vindt niet plaats. Wordt een causale relatie vastgesteld, dat kan compensatie worden aangevraagd voor ziekten die niet op de lijst staan. Maar net als in veel Europese landen wordt ook in België een kloof waargenomen tussen curatieve zorg en arbeidsgerelateerde zorg.

Hij benadrukte dat bijna alle longaandoeningen arbeidsgerelateerd kunnen zijn, maar het percentage van de afzonderlijke longaandoeningen dat door beroepsmatige

blootstelling ontstaat of verergerd is onzeker. Dit hangt samen met de beperkte betrouwbaarheid van uiteenlopende bronnen, met onderrapportage en onderdiagnostiek. In de praktijk is het verschil tussen bijvoorbeeld een door het werk verergerend astma en beroepsastma, waarbij een causale relatie met het werk bestaat, moeilijk te maken.

Aandacht vraagt hij voor het niet-immunologisch beroepsastma, dat ontstaat door blootstelling aan irriterende stoffen. De bekendste vorm is RADS (Reactive Airways Dysfunction Syndrome), dat ontstaat direct na éénmalige hoge blootstelling, meestal als gevolg van een incident, waardoor een relatie tussen de blootstelling en RADS al snel wordt gelegd. Er zijn echter steeds meer aanwijzingen dat herhaalde blootstelling aan veel lagere concentraties ook astma kan veroorzaken.

Tineke Rens, beleidsmedewerker afdeling arbeid van het Productschap Akkerbouw, gaf een presentatie van het programma 'Blij met stofvrij', dat twee sporen kent: preventie en gezondheidbewaking. De presentatie is beschikbaar op: <http://prezi.com/20ipqozfk2hk/informatiecentrum-grondstofallergie/>. Het programma kent een lange historie die in 1996 begint met de resultaten van epidemiologisch onderzoek, gevolgd door het arboconvenant grondstofallergie, dat uitvoering gaf aan de ontwikkeling van een handboek stofbeheersing, het opstellen van een stofbeheersingsplan en een gezondheidsbewakingssysteem. Inmiddels is 53% van de doelgroep bekend met het handboek en loopt het landelijk onderzoek naar meelstofallergie bij ambachtelijke en industriële bakkers. Vroege opsporing van meelstofallergie kan verdere gezondheidsschade in de toekomst voorkomen, geeft inzicht in de prevalentie op sectorniveau en richting aan beheersmaatregelen. De regie is in handen van het Informatiecentrum Grondstofallergie van het productschap. Vanaf 2010 hebben meer dan 3500 bakkers een vragenlijst ingevuld, waarmee een score wordt berekend die het risico op meelstofallergie bepaalt. Bakkers met een hoge score worden uitgenodigd voor medisch onderzoek op de bakkerspoli van het NKAL in Utrecht of van het UMC in Groningen. Werknemers in bakkerijen worden op grond van een eenvoudige vragenlijst dus ingedeeld in groepen met een hoog, middel of laag risico. Deze vorm van medische triage voorkomt dat een grote groep van werknemers zonder allergie wordt onderzocht en werkt kostenbesparend. Het productschap heeft een commissie ingesteld die procesbegeleiding en ondersteuning biedt in alle gevallen van beroepsastma. Een vangnetconstructie met een loopbaan- en inkomensvoorziening wordt gefinancierd door de sector. Voorts zijn vertrouwenspersonen vanuit de vakbonden beschikbaar.

Punten van zorg zijn: de matige respons op de vragenlijst; het gebrek aan samenwerking tussen de bedrijfsgezondheidszorg en de reguliere curatieve zorg; De bedrijfsgezondheidszorg is te veel gericht op verzuim en ziekte en specifieke deskundigheid is niet breed beschikbaar; Bij re-integratie is de verantwoordelijkheid en rol van de sociale partners, zorg- en inkomensverzekeraars en zorgverleners niet duidelijk omschreven.

Voor het productschap vormde dit de aanleiding om het Informatiecentrum Grondstofallergie in te stellen, hetgeen hoge kosten met zich meebrengt voor de sector.

Prof. Jan Grutters, hoogleraar Interstitiële Longziekten in het St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein (AZN), doet onderzoek naar interstitiële longziekten (interstitial lung diseases, ILD). De prevalentie van ILD in Nederland is 20.000 en omvat sarcoïdose, extrinsieke allergische alveolitis (EAA), idiopathische longfibrose en aantal andere zeldzame longaandoeningen. Naast EAA zijn de pneumoconiose, asbestose, silicose, hard metal lung disease en berylliose bekende arbeidsgerelateerde ILD. De diagnostiek en behandeling is complex en kan het beste plaatsvinden in expertisecentra. In 2/3 van de gevallen is de oorzaak onbekend, maar genetische factoren, autoimmuniteit en expositie spelen alle een rol. Bij expositie moet worden gedacht aan roken, bijwerkingen van medicatie evenals blootstelling in leefomgeving, zowel thuis (hobby's) als op het werk. In 2010 werden in het centrum Interstitiële Longziekten (cIL) van het AZN 1165 patiënten onderzocht. Alle gegevens worden verzameld in een database, waaronder gegevens over beroep en arbeidshistorie. Patiënten bij wie een relatie met expositie wordt vermoed, worden naar NKAL verwezen voor evaluatie van de blootstelling en aanvullende diagnostiek die een causale relatie kan bevestigen. Verder ontwikkelden AZN en NKAL gezamenlijk de zoekmachine Pneumowork.eu, waarmee kan worden gezocht naar in de literatuur beschreven associaties tussen ILD, beroepen en agentia.

Het onderzoek naar een oorzakelijk verband tussen blootstelling en aandoening is een lastige puzzel, dat nogal eens onderzoek in de woonomgeving of op de werkplek vereist buiten de muren van het ziekenhuis. Een casus wordt gepresenteerd van hard metal lung disease bij een werknemer van een galvaniseer bedrijf die werd blootgesteld aan kobalt. Voor deze snel progressieve aandoening bestaat geen behandeling en inmiddels was longtransplantatie noodzakelijk geworden en gelukkig succesvol.

Omdat in veel gevallen niet gedacht wordt aan een oorzaak in de omgeving, het onderzoek door een gespecialiseerd centrum moet worden uitgevoerd en niet door de zorgverzekeraar wordt vergoed, ontbreekt inzicht in de omvang van het probleem en kennis over de relatie tussen ILD en blootstelling. Er is behoefte aan meer systematiek voor het stellen van de indicatie voor (blootstellings) onderzoek en voor de registratie van casuïstiek in een databank. Hierdoor kunnen uiteindelijk op groepsniveau medische gegevens gekoppeld worden aan genetische en omgevingsfactoren.

Tijdens de *discussie van de ochtendsessie* werd als eerste vastgesteld dat de ministeries VWS en SZW, het CVZ (college voor zorgverzekeringen) en de zorg- en inkomensverzekeraars niet zijn ingegaan op de uitnodiging deel te nemen aan de 'invitation'.

De uitkomst van de discussie tijdens het ochtendprogramma kan als volgt worden samengevat:

De presentaties bevestigen het beeld dat het in Nederland slecht is gesteld met de afstemming tussen bedrijfsgezondheidszorg en curatieve zorg. De bedrijfsarts dient toegankelijk te zijn voor iedereen die werkt en moet ingeschakeld kunnen worden voor preventieve taken door zowel werkgever als werknemer. Follow-up na curatieve zorg, en de deskundigheid van zowel de curatieve sector als de bedrijfsgezondheidszorg moeten worden verbeterd. Voor de politieke agenda moeten aantallen, ziektelast en kosten zichtbaar gemaakt worden. De verschillende soorten premies zijn diffuus verdeeld. Partijen die investeren en kosten maken, zijn niet altijd de partijen die ook van de baten profiteren.

In het Nederlandse zorgstelsel worden de ziektekosten vergoed door de zorgverzekeraar, ongeacht of de oorzaak van de aandoening in het werk is gelegen of niet. Door dit 'risque social' ontbreekt de prikkel om de relatie tussen aandoening en het werk te onderzoeken. Dergelijk onderzoek wordt ook niet vergoed door de zorgverzekeraars. Verder is het niet duidelijk welke kosten tot de bedrijfsgezondheidszorg en welke tot de curatieve zorg moeten worden gerekend. Een bescheiden maar gerichte aanpak is het meest geschikt om kosten-effectiviteit en effecten op duurzame inzetbaarheid zichtbaar te maken. Dit kan beter samen met werkgevers worden gedaan dan vanuit de politiek (www.duurzameinzetbaarheid.nl).

Een appel op beleidsmakers is mogelijk door een emotionele oproep, door te laten zien waar het ernstig fout loopt, zoals bij de patiënt met een kobalt long.

Middagprogramma

In de middag volgde een inhoudelijk programma met als titel *'Klinische arbeidsgeneeskunde: van werkplek tot kliniek en andersom'*, onder voorzitterschap van Bas de Barbanson. In de inleiding gaf hij aan dat de bedrijfsarts bij een vermoede beroepsziekte er van uit moet gaan dat deze arbeidsgelateerd is tot het tegendeel is bewezen. Aan de hand van voorbeelden uit de praktijk werd het diagnostische traject gepresenteerd op individueel en op groepsniveau, de noodzaak van blootstellingsonderzoek toegelicht en de betekenis hiervan voor behandeling en interventie besproken.

Jos Rooijackers, longarts bij NKAL, verving Erik Stigter, bedrijfsarts, eveneens werkzaam bij NKAL.

Bij 2 lassers met interstitiële longafwijkingen verdacht voor pulmonale siderose werd het onderzoek besproken dat nodig is om een causale relatie met blootstelling aan lasdampen te onderbouwen. Vergelijking met beschreven gevallen in de literatuur, een nauwkeurige evaluatie van de blootstelling door de arbeidshygiënist en het uitsluiten van andere mogelijke oorzaken, met name een primaire (genetische) hemochromatose of een andere (secundaire) vorm van ijzerstapeling door de internist maakte een siderose aannemelijk in één casus, terwijl in de tweede casus ondanks hoge blootstelling aan ijzer nog enige twijfel bleef bestaan. Leerpunten zijn dat een lassers siderose een pneumoconiose is, zonder fibrose, veroorzaakt door hoge blootstelling

aan lasdampen met ijzeroxiden, meestal asymptomatisch verloopt, systemisch ijzerstapeling kan geven die moet worden onderscheiden van hemochromatose en dat afwijkingen reversibel kunnen zijn na het stoppen van de blootstelling. Tijdens de discussie wordt onderstreept dat het afgaan op klachten niet of pas laat tot een diagnose leidt, terwijl informatie over de blootstelling helpt om de werknemers at risk op tijd te identificeren. De richtlijn lasrook, op dit moment nog in ontwikkeling, is hierbij een bruikbaar instrument, dat ook richting geeft aan beheersmaatregelen. Gewezen wordt ook op methoden om in het bloed metalen te meten als maat voor blootstelling. Of aderaltingen, de therapie voor hemochromatose, ook effectief is bij siderose is niet bekend.

Remko Houba, arbeidshygiënist bij NKAL, beschreef het onderzoek dat werd verricht na een 'outbreak' in een bedrijf voor biologische bestrijdingsmiddelen. Inventarisatie van alle allergenen die in het productieproces voorkomen werd gevolgd door het selecteren van allergenen met een hoog risico op gezondheidseffecten, op basis van literatuur- en blootstellingsonderzoek. Het betrof motten en een aantal verschillende soorten mijten (waaronder de roofmijten die als biologisch bestrijdingsmiddel worden ingezet in kassen). Voor deze allergenen werd door IRAS een allergietest ontwikkeld, die werd toegepast in het medisch populatie onderzoek bij werknemers met potentiële blootstelling. Het medisch onderzoek bestond naast bloedafname voor allergie onderzoek, uit een vragenlijst over taak-functie en klachten evenals longfunctieonderzoek. In totaal werden 140 werknemers onderzocht. Hiervan waren er 48 (34%) gesensibiliseerd voor ten minste één beroepsallergeen, 15 hadden een beroepsallergie (11%), waarvan twee beroepsastma. Het onderzoek laat zien dat er een serieus probleem was op het bedrijf als gevolg van de blootstelling aan allergenen. Er was slechts beperkte kruisovergevoeligheid met huisstofmijt. Het onderzoek zal leiden tot vergaande beheersmaatregelen en een specifiek periodiek medisch onderzoek. De werkwijze is conform de Leidraad inhaleerbare allergenen, die binnenkort beschikbaar zal zijn. De leidraad omvat een lijst met allergenen, geeft informatie over allergie, beschrijft een RI&E evenals goede praktijken voor inhaleerbare allergenen en biedt een stappenplan voor gezondheidsbewaking. Daarnaast is een gedeelte gewijd aan de afleiding en gebruik van grenswaarden. In de discussie werd ingegaan op de individuele begeleiding van werknemers met een beroepsallergie. Deze staat beschreven in de NVAB richtlijn astma (NVAB, 2003) en in de recente ERS 'guidelines for the management of work-related asthma' (Baur, 2012; Vandenplas, 2012). Ook aansprakelijkheid kwam aan bod. Niet zozeer de gezondheidsschade maar het invullen van de zorgplicht door de werkgever is hier bepalend.

Prof. Dick Heederik, hoogleraar gezondheidsrisicoanalyse, IRAS, Universiteit Utrecht besprak gezondheidsbewaking en de mogelijkheden van medische triage en risicostratificatie. Gezondheidsbewaking omvat primaire, secundaire en

tertiaire preventie en is daarom gericht op blootstelling, op de populatie at risk en op het vroeg opsporen, behandelen en re-integreren van individuele werknemers met een allergie. Gezondheidsbewaking is bij werknemers die met allergenen in contact komen nodig omdat er geen veilige grenswaarde is, onder welke geen allergie meer voorkomt. Om te voorkomen dat alle werknemers moeten worden onderzocht is een diagnostisch model ontwikkeld, waarbij aan de hand van een korte vragenlijst het risico op sensibilisatie wordt berekend en uitgedrukt in een score. Werknemers met een verhoogd risico kunnen vervolgens worden uitgenodigd voor aanvullend onderzoek naar beroepsallergie. De vragenlijst is getest bij meer 4000 bakkers en gevalideerd in een populatie van meer dan 600 bakkers. Een hoge score en dus hoog risico werd gevonden bij 135 bakkers, waarvan 42% (56/135) gesensibiliseerd bleek voor tarwe en of α -amylase. Dit was 13% (47/365) in de groep met een laag risico. Risicostratificatie wordt thans toegepast in het programma 'Blij met stofvrij', het landelijk onderzoek naar meelstofallergie bij ambachtelijke en industriële bakkers. De methode is ook in andere branches toegepast en blijkt te werken. Wel moet de vragenlijst worden aangepast aan de specifieke problematiek binnen de branche. In de discussie wordt nog gewezen op andere aandoeningen dan allergie, die als 'bijvangst' kunnen worden gevonden bij gezondheidsbewaking en als meeropbrengst wordt beschouwd.

Algemene boodschappen van het middagprogramma zijn:

- voor de medisch specialist: de patiënt als individu en als index case voor beroepsgebonden aandoeningen;
- voor de bedrijfsarts: PMO's ingericht voor specifieke gezondheidsrisico's in het werk leveren meer op;
- voor de arbeidshygiënist: gericht blootstellingsonderzoek levert veel meer op maar vereist een gerichte vraagstelling.

Aan het einde van het middagprogramma werden de kernpunten van de 'invitationale' voorgelegd.

Nogmaals werd benadrukt dat de werkgevers een voortrekkersrol kunnen vervullen. Daarvoor moeten kennisinstituten de branches informeren over gezondheidsrisico's en oplossingen aanbieden. Als voorbeeld worden 'alerts' genoemd, zoals die door het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) zijn uitgebracht. Financiering van arbozorg zou dichterbij komen als branches een gemeenschappelijke verzekering zouden kunnen afsluiten voor gezondheidsbewaking, bijvoorbeeld bij inkomensverzekeraars.

Literatuur

Baur X, Sigsgaard T, Aasen TB, Burge PS, Heederik D, Henneberger P, Maestrelli P, Rooyackers J, Schlünssen V, Vandenplas O, Wilken D, on behalf of the ERS Task Force on the Management of Work-related Asthma. Guidelines for the management of work-related asthma. *Eur Respir J* 2012; 39:529-545

Meijer E, Suarathana E, Rooijackers J, Grobbee DE, Jacobs JH, Meijster T, de Monchy JG, van Otterloo E, van Rooy FG, Spithoven JJ, Zaat VA, Heederik DJ. Application of a prediction model for work-related sensitisation in bakery workers. *Eur Respir J* 2010; 36:735-742

Meijster T, Warren N, Heederik D, Tielemans E. What is the best strategy to reduce the burden of occupational asthma and allergy in bakers. *Occup Environ Med* 2011; 68:176-182

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). Richtlijn astma en COPD. Utrecht: NVAB; 2003. <http://nvab.artsennet.nl/Kwaliteitsbureau/Artikel/Astma-en-COPD.htm>

Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO). Rapport 'Advies onderzoek arbeids- en bedrijfsgeneeskunde'. Publicatienr 41. Den Haag: RGO; 2003

SER-advies. Nieuwe risico's: Advies over de aanpak en de verzekeraarbaarheid van nieuwe arbeidsgerelateerde gezondheidsrisico's publicatie nr. 02/06. Den Haag: SER, 2002

Vandenplas O, Dressel H, Nowak D, Jamart J; ERS Task Force on the Management of Work-related Asthma. What is the optimal management option for occupational asthma. *Eur Respir Rev* 2012; 21:97-104

Zwart de BCH, Prins R, Gulden van der JWJ. Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts. Astri, 2011. <http://nvab.artsennet.nl/web/show/search?searchstring=astri&id=119856&domain=NVAB&filter=&googlefilter=&q=astri&from=0&to=10&=&partialfields=&sortby>