

# Invitational conference richtlijn Beroepsastma

Kennisinstituut van Medisch Specialisten

**Datum:** 30 juni 2015, 16.00 – 18.00 uur

**Locatie:** Domus Medica, Utrecht

**Aanwezig:** Mischa Niederer (NKAL), Jos Rooijackers (NVALT; voorzitter), Pieter Broos (Kennisinstituut/NVALT), Hilde Vreeken (Kennisinstituut), Gerda de Groene (NCvB), Remko Houba (NVv Arbeidshygiëne), Lidwien Verweij (VWS), Anna de Boer (aios longarts, NVALT), Emiel Rolink (LAN), Benjamin van Wijngaarden (Longfonds), Taeke Pal (NVAB), Marco Persoons (ZN/CZ)

**Afwezig:** Petra Jonker (V&VN)

---

## Notulen

### 1. OPENING EN VOORSTELRONDE

Jos Rooijackers heet alle aanwezigen van harte welkom. Iedereen stelt zich even kort voor en vertelt in welke hoedanigheid hij/zij aanwezig is en waarom deelneemt.

Jos Rooijackers geeft een korte toelichting over het doel van de bijeenkomst. Het doel van deze invitational is het horen van de veldpartijen over knelpunten rondom de zorg voor patiënten met beroepsastma. Dit betreft zowel de inhoud als op de organisatie van zorg en de bijeenkomst is dan ook bedoeld om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van de problematiek in de praktijk.

### 2. PROCES RICHTLIJNONTWIKKELING

Hilde Vreeken licht kort het proces van richtlijnontwikkeling toe en vertelt dat de richtlijn beroepsastma onderdeel is van een grote project om te onderzoeken hoe internationale richtlijn gebruikt kunnen worden bij ontwikkeling van Nederlandse richtlijnen.

Bij de bespreking van de samenstelling van de werkgroep vraagt Emiel Rolink (LAN) of het mogelijk is de NHG te benaderen voor medewerking aan deze richtlijn. Hij stelt hierbij dat herkenning en signalering van beroepsastma ook veel in de eerste lijn plaatsvindt. Deze richtlijn zou door de medewerking van de NHG de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn kunnen verbeteren.

### 3. INLEIDING BEROEPSASTMA

Jos Rooijackers geeft een toelichting bij de achtergrond van arbeidsgerelateerd astma (o.a. model arbocuratieve zorg met verschillende stadia van blootstelling tot ziekte) en presenteert een casus om het probleem te illustreren. Beroepsastma wordt gedefinieerd als astma veroorzaakt door een specifieke agens op het werk (ziek door werk). Vermijding van het oorzakelijk agens is de beste oplossing. Bij door het werk verergerend astma is het beleid gericht op afname van de blootstelling.

Afbakening van de richtlijn:

Beroepsastma, zowel immunologisch als niet-immunologisch beroepsastma. Niet-immunologisch beroepsastma: is moeilijker om te bewijzen, hiervoor is meer informatie over blootstelling (aard en niveau) nodig, maar dit is wel onderdeel van richtlijn.

#### 4. DISCUSSIE

Pieter Broos licht kort de achtergrond van de open vragen toe. Knelpunten omtrent de diagnostiek en behandeling van beroepsastma reiken verder dan louter de spreekkamer van de longarts, omdat de organisatie van zorg (o.a. planning longfunctie-onderzoeken) veel verder strekt dan alleen ziekenhuis zorg. De werkgroep van de richtlijn probeert met de algemene vragen in eerste instantie de te ontwikkelen richtlijn duidelijk af te kaderen. De vragen die worden voorgelegd zijn:

- Wat verwacht u van de longarts?
- Tot hoever reikt de verantwoordelijkheid van de longarts?
- Wat verwacht u van de bedrijfsarts?
- Tot hoever reikt de verantwoordelijkheid van de bedrijfsarts?
- Wat is de rol van medicatie in de behandeling van beroepsastma?

De rode draad door de discussie betreft drie onderwerpen, namelijk signalering/herkenning, behandeling en arbocuratieve samenwerking. Hieronder een korte samenvatting per onderwerp. Van gedachten wordt gewisseld over de vraag in hoeverre de richtlijn –naast een praktisch handvat voor zorgverleners- ook een politiek document is waar bepaalde tekortkomingen (in bijvoorbeeld het stelsel of de samenwerking tussen disciplines of de preventie van beroepsziekten, het ontbreken van bekostigingstitels in de zorgverzekeringswet/basisverzekering) kunnen worden geagendeerd. Er is ruimte voor meer politieke opvattingen, mits het als praktisch handvat bruikbaar blijft voor zorgverleners.

##### ***Signalering/herkenning***

Benjamin van Wijngaarden (Longfonds) reageert hierop dat de doelgroep van de ERS-richtlijn wel erg breed is, en begrijpt dat dit specifiek moet om praktische richtlijn te komen, maar jammer dat dan deel van de keten niet wordt meegenomen.

Gerda de Groene (NCvB) geeft aan dat reëel afbakenen noodzakelijk is en stelt hierbij dat de richtlijn min of meer moet beschrijven wat de longarts daadwerkelijk doet of wat van hem/haar tenminste wordt verwacht binnen de keten. Eigenlijk komt dit neer op waarvoor de longarts wordt betaald, omdat je realistisch gezien niet kunt verwachten dat er veel meer zorg wordt verleend dan in de DOT is opgenomen. Marco Persoons (ZN/CZ) ziet dit breder, de richtlijn kan ook helpen om nieuwe belangrijke taken te realiseren, anders is er ook geen ruimte voor innovatie.

Alle aanwezigen zijn het erover eens dat de richtlijn zich (tenminste) dient te focussen op herkennen/signalering van beroepsastma en handvatten moet bieden welke patiënten wanneer en naar wie dienen te worden (door)verwezen.

Knelpunt: een goede arbeidsanamnese kost veel tijd (>10min.) en daarom wordt te vaak niet aan beroepsastma gedacht en wordt geen onderzoek gestart. In praktijk wordt door longartsen vaak naar het beroep van de patiënt gevraagd, maar hierbij gaat lang niet altijd 'een belletje rinkelen' dat er

eventueel sprake is van beroepsastma. Jos Rooijackers vertelt dat NVKA veel verwijzingen krijgt van longartsen, er is ook veel vraag naar kennis, waarvoor de helpdesk wordt gebruikt.

Taeke Pal (NVAB) vraagt naar de ervaringen van Jos Rooijackers met binnengekomen verwijzingen. Jos Rooijackers geeft aan dat gedegen diagnostiek van beroepsastma voor een longarts erg veel (regel)werk is en dat ze het daarom vaak uitbesteden. Hierbij wordt problematiek aangekaart waarvoor geen DOT en dus geen vergoeding is.

Lidwien Verweij (VWS) vraagt of er wordt doorgestuurd door huisartsen, of alleen door longartsen. Er wordt gesteld dat huisartsen nauwelijks verwijzen. Vooral omdat huisartsen vaak niet bekend zijn met beroepsastma en naar wie ze kunnen verwijzen. Hiervoor is ook weinig plaats in de NHG-standaard.

Dit kan komen omdat deze patiënten vaak mildere astmaklachten hebben die met medicatie kunnen worden onderdrukt. Deze patiënten zijn daardoor niet bekend bij de longarts en beroepsastma wordt niet gediagnosticeerd. Emiel Rolink (LAN) merkt dan ook op dat bij iedere schil (huisarts, longarts, etc.) ruis optreedt waardoor veel patiënten worden gemist. Doel van richtlijn zou dan ook moeten zijn om deze 'ruis' te verminderen.

De discussie wordt kort samengevat dat de awareness m.b.t. beroepsastma onder longartsen (maar ook bij huisartsen en bedrijfsartsen) moeten worden vergroot. Jos Rooijackers merkt op dat er tijdens het traject eigenlijk 2x aan beroepsastma kan worden gedacht: 1) tijdens de anamnese en 2) tijdens de behandeling: 'ben ik met medicatie alleen wel op de goede weg?'.  
Eigenlijk is deze medisch specialistische richtlijn dan ook maar een kleine schakel in het geheel en moet worden gezocht naar bredere samenwerking.

### ***Onderzoek en behandeling***

Gesproken wordt over waar het grensvlak van onderzoek door de longarts ligt: bijvoorbeeld WEL piekstroom metingen etc. en vaststellen diagnose beroepsastma, maar NIET uitzoeken welke agens precies de oorzaak is. Dit wordt als taak van de bedrijfsarts en werkgever gezien, omdat zij toegang hebben tot informatie over de werkplek. Benjamin van Wijngaarden (Longfonds) reageert hierop dat medewerking van werkgever dan wel erg belangrijk wordt. Dit is echter geen taak van een algemeen longarts, maar moet wel gedaan kunnen worden door specialistische centra. De richtlijn zou hierop in moeten gaan.

Er wordt gediscussieerd over de positie van medicatie bij de behandeling. De beste behandeling bij beroepsastma is het (absoluut) vermijden van blootstelling. Hierover dient met de patiënt te worden overlegd. Niet iedere patiënt zal dit meteen willen of kunnen vanwege de sociaal economische gevolgen, het is een proces dat tijd vraagt. Na een paar jaar met klachten te werken wil een patiënt soms alsnog stoppen met huidig werk. Benjamin van Wijngaarden (Longfonds) merkt op dat de richtlijn de minimale verantwoordelijkheid hieromtrent van de longarts dient te benoemen. Bijvoorbeeld dat een patiënt tenminste moet worden geïnformeerd dat de astmaklachten met werk te maken KAN hebben. Dan kan de patiënt hiermee rekening houden. Patiënt moet in principe zelf de afweging maken, maar de arts dient de procescriteria te benoemen op basis waarvan de patiënt een besluit kan nemen. De keus is uiteindelijk aan de patiënt. Maar let op, dit heeft wel gevolgen voor verantwoordelijkheden van werkgever.

Taeke Pal (NVAB) merkt op dat dit ook gevolgen heeft voor de follow-up. Immers, indien een patiënt niet wil of kan stoppen met werken een langere follow-up noodzakelijk zijn.

### **Arbocuratieve samenwerking**

Verschillende aanwezigen merken op dat de moeizame arbocuratieve samenwerking het belangrijkste knelpunt is bij de zorg voor patiënten met beroepsastma. Er wordt opgemerkt dat de samenwerking tussen huisarts, longarts, bedrijfsarts en expertisecentra verbeterd kan worden. Vaak vinden ze elkaar niet. Ook het belang van de rol (en medewerking) van de werkgever wordt aangestipt. Een deel van de zorg (bijv. het onderzoek naar de relatie tussen klachten, aandoening en beroepsmatige blootstelling, na verwijzing naar een expertise centrum) zou door de werkgever moeten worden betaald. Over het algemeen gaat dit goed, maar lang niet altijd.

De aanwezigen zijn het erover eens dat het verbeteren van de arbocuratieve samenwerking niet alleen bereikt kan worden met de te ontwikkelen richtlijn en dat hiervoor een gezamenlijk aanpak noodzakelijk is. Tegelijk is deze richtlijn wel een mogelijkheid.

Er wordt opgemerkt dat bij de discussie tot nu toe vooral sterk vanuit de klacht is beredeneerd, omdat het over patiënten in de eerste of tweede lijn gaat. Primaire en secundaire preventie zijn nog niet echt aan bod gekomen. Diagnose van beroepsastma bij één patiënt betekent dat collega's at risk zijn. Besproken wordt dat de richtlijn dus zowel van een "push" als "pull" strategie moet uitgaan. Zodra mensen zich melden met klachten die beroepsastma kunnen zijn, is het eigenlijk al veel te laat.

### **Bespreking van enkele aanbevelingen uit de richtlijn 'Work-related asthma' van de European Respiratory Society**

*Tijdens het tweede deel van de discussie worden de aanbevelingen uit de ERS richtlijn besproken. Hierin zit overleg met de bovenstaande algemene discussie. Alleen aanvullende punten op de eerdere discussie zijn hieronder beschreven.*

#### *Key questions uit de ERS richtlijn:*

1. How are work-related asthma cases diagnosed and how should they be diagnosed?
2. What are the risk factors (host and exposure) for a bad outcome?
  - Risicofactoren om in achterhoofd te houden
3. What is the outcome of different management options in subjects who are already affected?
4. What are the benefits of medical screening and surveillance?
  - Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde waarbij longarts ondersteuning biedt
5. What is the impact of controlling work-related exposure to prevent asthma?
  - Primaire preventie

Remko Houba (NVv Arbeidshygiëne) merkt op dat er eigenlijk nog een vraag ontbreekt, namelijk hoe het vermoeden op beroepsastma kan worden gewekt. Jos Rooijackers licht toe dat dit een subvraag is van de eerste key questions van de ERS richtlijn.

#### **Aanbeveling key question 1 + 2: awareness en (door)verwijzing**

Er wordt afgesproken dat er in de richtlijn verwijscriteria worden opgenomen die kortweg handvatten geven t.a.v. wanneer verwijzen naar wie en wat is daarvoor nodig.

- ➔ Wanneer en wie (door)verwijzen?
- ➔ Wat verwacht men van de longarts en wanneer verwijzen naar een expertisecentrum? (longarts verwijst naar specialist)
- ➔ Wat moet longarts wel/niet zelf doen? (zie bovenstaande discussie)

Er ontstaat discussie over het gebruik van de piekstroommeter. Deze is bij longartsen niet (meer) beschikbaar en/of zij hebben er minder ervaring mee. Dit dient dan ook opnieuw te worden

geïntroduceerd, maar men twijfelt of dit realiseerbaar is (potentieel implementatieprobleem). Dit is een discussie voor de beroepsgroep. Ook hierbij wordt het ontbreken van een beroepsastma-DOT benoemd als knelpunt. Marco Persoons (ZN/CZ) merkt op dat de beroepsgroep dit kan aankaarten bij zorgverzekeraars om dit wel te bekostigen.

### **Aanbeveling key question 3: reduceren van blootstelling**

Dit gaat over het nemen van beheersmaatregelen op het werk als onderdeel van de behandeling (zie bovenstaande discussie). De richtlijn dient in te gaan op het maken van de afweging en hoe de longarts hierbij kan helpen. Absolute vermijding is beste keus bij immunologisch beroepsastma. In andere gevallen het reduceren van blootstelling, maar dan is wel goede monitoring nodig.

### **Aanbevelingen key question 3: medicamenteuze behandeling**

De aanbevelingen uit de ERS richtlijn zijn:

- "Beschouw **het gebruik van ademhalingsbescherming** (maskers etc.) zeker op de lange termijn en bij patiënten met ernstige astma, **niet als een veilige aanpak.**"
- "Beschouw **anti-astma-medicatie niet als een redelijk alternatief** voor het aanpassen van omgevingsfactoren."
- "Pas de farmacologische behandeling van werk-gerelateerd astma aan aan het niveau van astma controle, overeenkomstig de algemene aanbevelingen voor astma."

De aanwezig zijn hiermee eens. Medicatie is geen oplossing, maar het aanpassen van omgevingsfactoren.

### **Aanbeveling key question 4: secundaire preventie**

De aanbevelingen uit de ERS richtlijn zijn:

- **Identificeer alle werknemers met een risico op het ontwikkelen van werk-gerelateerde astma** met vragenlijsten als de basis voor gezondheidsbewaking.
- **Identificeer personen met een verhoogd risico op werk-gerelateerde astma** vanaf de aanvang van werk waarin zij potentieel worden blootgesteld aan allergenen met een hoog molecuulgewicht door periodiek te testen op sensibilisatie voor specifieke beroepsallergenen.
- Bij klachten of sensibilisatie dient **aanvullend onderzoek** te worden verricht om werk-gerelateerd astma aan te tonen of uit te sluiten.

Er wordt besproken dat gezondheidsbewaking grotendeels buiten de scope van de te ontwikkelen richtlijn valt en dat secundaire en primaire preventie geen taak van longarts is. Wel kan de longarts betrokken raken bij gezondheidsbewaking, bijvoorbeeld als medewerkers at risk worden verwezen. In een hoofdstuk 'Organisatie van zorg' zou dit wel in de richtlijn moeten worden benoemd.

### **Aanbeveling key question 5: primaire preventie**

De aanbevelingen uit de ERS richtlijn zijn:

- Elimineer blootstelling. Dit is de sterkste preventieve aanpak voor het terugdringen van de ziektelast van immunologisch beroepsastma en heeft als primaire preventie de voorkeur.

Er wordt besproken dat ook primaire preventie, net als secundaire preventie, geen taak van longarts is en daarmee buiten de scope van de te ontwikkelen richtlijn valt, zie opmerking bij key question 4. .

### **Overige algemene opmerkingen**

Emiel Rolink (LAN) geeft aan dat hij graag zou zien dat deze richtlijn breder wordt aangepakt dan alleen een richtlijn voor longartsen en mist het multidisciplinaire karakter. Pieter Broos onderschrijft

dit en geeft aan dat het betrekken van de huisartsen in de werkgroep een goede stap is omdat op verschillende plekken in de zorg dezelfde problemen voorkomen. Bijvoorbeeld wat betreft het wanneer verwijzen naar wie, wat is daarvoor nodig, etc. Voor deze richtlijn blijft echter gelden dat deze vooral vanuit perspectief van longarts zal worden opgesteld en wellicht kan worden beschouwd als startpunt voor samenwerking met de update van de richtlijn van bedrijfsartsen. Emiel Rolink geeft aan het antwoord van Pieter Broos te hebben begrepen. Zeker is het van toegevoegde waarde als ook huisartsen worden betrokken. Tegelijk: is en blijft het een gemiste kans.

Als we het gebrek aan interactie tussen de bedrijfsgeneeskundige zorg en reguliere zorg als een van de belangrijkste knelpunten zien, dan moeten we juist bij de ontwikkeling van richtlijnen beginnen dit aan te pakken. De NVAB gaat in deze periode ook aan de slag om zijn richtlijn astma / COPD te actualiseren. Emiel Rolink stelt voor dat contact wordt gelegd met de NVAB om beide richtlijnen zoveel mogelijk te combineren. Jos Rooijackers geeft aan dat hij ook lid is van de werkgroep die de NVAB richtlijn gaat actualiseren. Er is een linking pin. Emiel Rolink geeft aan dit goed te vinden. Echter een linking pin is een zwakkere manier van zaken op elkaar aan laten sluiten. Een gezamenlijke richtlijn beroepsastma / COPD voor bedrijfsartsen, longartsen, huisartsen en andere betrokken zorgverleners is sterker. Marco Persoons geeft aan het pleidooi van Emiel Rolink te ondersteunen.

Lidwien Verweij (VWS) vraagt zich af of behalve aandacht voor de organisatie van zorg ook aandacht aan de organisatie van de werkplek kan worden besteed in de richtlijn. Bijvoorbeeld, wat moet je op werkplek aanpassen/doen? Dit betreft de arbeidshygiënische strategie, waarbij naar instrumenten kan worden verwezen zoals de leidraad allergenen.

Emiel Rolink (LAN) pleit tenslotte voor aansluiting met het KNMG initiatief waarbij een visie wordt ontwikkeld op arbeidsgerichte zorg. De werkgroep zal hier zeker rekening mee houden.

Nadrukkelijk wordt aan de orde gesteld (LAN/ZN) dat juist gezien het feit dat er juist knelpunten liggen binnen de arbocuratieve samenwerking (i.c. longartsen/bedrijfsartsen) de ontwikkeling van deze richtlijn juist een kans is om deze richtlijn te combineren met de (komende) update van de richtlijn astma/COPD van de NVAB. Of nog beter: om te komen tot een gezamenlijke richtlijn longartsen, bedrijfsartsen, huisartsen.

## **5. VERVOLGPROCEDURE**

Er wordt afgesproken dat het verslag naar de aanwezigen wordt gestuurd zodat zij hier schriftelijk op kunnen reageren. Daarna zal de werkgroep het raamwerk van de richtlijn opstellen en de aanwezigen ter kennisgeving toesturen. Tenslotte krijgen alle veldpartijen de gelegenheid op de conceptrichtlijn te reageren wanneer deze gereed is.

## **6. RONDVRAAG**

Geen.

## **7. SLUITING**

Jos Rooijackers bedankt alle aanwezigen voor hun aanwezigheid en goede input.