

Ontwikkeling en evaluatie van zorgnetwerken werkgerelateerde longaandoeningen.

Netwerkstructuur voor arbocuratieve
samenwerking

Colofon

© LEXCES 2022

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Landelijk Expertisecentrum voor Stoffengerelateerde Beroepsziekten (LEXCES), Rapport deelproject A: De ontwikkeling en evaluatie van het zorgnetwerk werkgerelateerde longziekten, 2026. Onderdeel van Project 'Netwerkstructuur voor arbocuratieve samenwerking'

Lexces-rapport

Sophia Franklin (auteur), Polikliniek Mens en Arbeid

Edwin Boezeman (auteur), Polikliniek Mens en Arbeid

Nina Zipfel (auteur), Polikliniek Mens en Arbeid

Karin Proper (auteur), Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Renée van Snippenburg (auteur), Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen

Frederieke Schaafsma (auteur), Polikliniek Mens en Arbeid

Contact:

Frederieke Schaafsma

Polikliniek Mens en Arbeid

Mensenarbeid@amsterdamumc.nl

Publicatiedatum: maart 2026

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken in het kader van het werkprogramma van het Landelijk Expertisecentrum Stoffengerelateerde beroepsziekten.

Dit is een uitgave van:

Landelijk Expertisecentrum Stoffengerelateerde Beroepsziekten

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven

Nederland

www.lexces.nl

Publiekssamenvatting

Ontwikkeling en evaluatie van zorgnetwerken werkgerelateerde longaandoeningen.

Netwerkstructuur voor arbocuratieve samenwerking

Blootstelling aan gevaarlijke stoffen op het werk kan longziekten veroorzaken. Het is daarom belangrijk om de risico's op ziekte vroegtijdig te signaleren en te beperken. Goede samenwerking tussen arbeids- en curatieve zorg is daarvoor belangrijk.

Dit rapport beschrijft de eerste fase van het project 'Netwerkstructuur voor arbocuratieve samenwerking'. Het rapport geeft een overzicht van de bestaande zorgnetwerken voor werkgerelateerde longziekten en gaat in op de behoefte daaraan.

In Nederland bestaan er vier zorgnetwerken met een multidisciplinair overleg (MDO) voor werkgerelateerde longziekten. In de loop van 2025 is een vijfde zorgnetwerk gestart. Deze netwerken brengen longartsen, bedrijfsartsen en arbeidshygiënisten samen.

Gedeelde motivatie, voldoende middelen en een goede voorbereiding zijn de belangrijkste succesfactoren voor een MDO. Zowel bij de oprichting als continuering daarvan. Voor een goede team-samenwerking is het belangrijk dat deelnemers het MDO nuttig vinden en zich veilig voelen.

Fase 2 van het project richt is gericht op de evaluatie van de meerwaarde van deze samenwerking. Zowel voor patiënten met werkgerelateerde longziekten als voor zorgprofessionals.

Kernwoorden: multidisciplinair overleg, beroepslongziekten, arbocuratieve samenwerking

Synopsis

Development and evaluation of care networks for work-related lung diseases

Network structure for collaboration between occupational and curative care

Exposure to hazardous substances at work can cause lung diseases. It is therefore important to identify and reduce the risk of disease at an early stage. Effective collaboration between occupational and curative healthcare is essential for this.

This report describes the first phase of the project "Network structure for collaboration between occupational and curative care". The report provides an overview of existing care networks for work-related lung diseases and addresses the need for such networks.

In the Netherlands, there are four care networks with a multidisciplinary team meeting (MDT) for work-related lung diseases. A fifth care network was launched in the course of 2025. These networks bring together pulmonologists, occupational physicians and occupational hygienists.

Shared motivation, sufficient resources and good preparation are the most important success factors for an MDT, both at the time of establishment and for its continuation. For good team collaboration, it is important that participants consider the MDT useful and feel safe.

Phase 2 of the project focuses on evaluating the added value of this collaboration, both for patients with work-related lung diseases and for healthcare professionals.

Keywords: multidisciplinary team meeting, occupational lung diseases, collaboration between occupational and curative care

Inhoudsopgave

Samenvatting	6
Voorwoord	8
1. Inleiding	10
2. Overzicht multidisciplinaire teams werkgerelateerde longziekten	15
3. Welke factoren beïnvloeden de oprichting van een MDO werkgerelateerde longziekten?	24
4. Behoeftetepeiling en facilitering deelname MDO	28
5. Team- en teamlid factoren voor de continuering van een MDO werkgerelateerde longziekten	34
6. Slotbeschouwing	42
7. Referenties	44
Bijlage a. Overzicht huidige landschap arbocuratieve zorgnetwerk werkgerelateerde longziekten	47
Bijlage b. Rollen van zorg- en arboprofessionals bij werkgerelateerde longziekten	51
Bijlage c. Interviewvragen voor zorg- en arboprofessionals met ervaring in de opzet en eerste uitvoer van MDO werkgerelateerde longziekten	53
Bijlage d. Interviewvragen voor MDO-Teamleden over effectiviteit MDO werkgerelateerde longziekten	55
Bijlage e. Voorwaarden voor het beginnen van een MDO werkgerelateerde longziekten	57
Bijlage f. Voorwaarden voor een effectief en efficiënt MDO werkgerelateerde longziekten	59

Samenvatting

Achtergrond

Blootstelling aan gevaarlijke stoffen vormt een gezondheidsrisico voor werkenden. Inademing van deze stoffen kan werkgerelateerde longziekten veroorzaken. Het is belangrijk om deze risico's vroegtijdig op te sporen en zoveel mogelijk te beperken. Intensieve samenwerking tussen de arbeidsgelateerde zorg en de curatieve zorg (arbocuratieve samenwerking) is daarvoor noodzakelijk, met aandacht voor mogelijke risicofactoren in de werkomgeving van de werkende.. In de praktijk is deze samenwerking vaak niet optimaal. Het doel van de eerste fase van het project 'Netwerkstructuur voor arbocuratieve samenwerking' is een overzicht te geven van bestaande netwerkstructuren en welke factoren bijdragen aan het succes daarvan. Het project is gefinancierd door het Landelijk Expertisecentrum Stoffengerelateerde beroepsziekten (Lexces).

Methode

Er is eerst een overzicht gemaakt van bestaande zorgnetwerken die zich richten op werkgerelateerde longziekten (projectstap 1). Vervolgens is met kwalitatief onderzoek onderzocht welke factoren belangrijk zijn voor oprichting van een multidisciplinair overleg (MDO) werkgerelateerde longziekten. Het MDO is de centrale plaats voor samenkomst en samenwerking van het zorgnetwerk (projectstap 2a). Aanvullend is er een peiling uitgevoerd onder zorg- en arboprofessionals in het veld om inzicht te krijgen in behoeften en voorkeuren rondom een MDO werkgerelateerde longziekten (projectstap 2b). Tot slot is met interviews van MDO-teamleden kwalitatief onderzocht welke factoren van een MDO-werkgerelateerde longziekten belangrijk zijn voor de continuering (levensvatbaarheid) van het MDO (projectstap 3).

Resultaten

Op dit moment zijn er in Nederland vier zorgnetwerken met een MDO gericht op werkgerelateerde longziekten. Een vijfde zorgnetwerk is in oprichting.

Hierin werken longartsen, bedrijfsartsen en arbeidshygiënisten samen aan verbetering van de diagnostiek en zorg voor werkgerelateerde longziekten. Uit het project blijkt dat deze netwerken een belangrijke impuls geven aan kennisdeling en samenwerking in de regio's waar ze actief zijn. Tegelijkertijd is gebleken dat structurele financiering noodzakelijk is om deze zorgnetwerken te versterken en toekomstbestendig te maken. Ook zijn er in Nederland nog regio's zonder lokaal zorgnetwerk met een MDO werkgerelateerde longziekten, terwijl dit een grote lokale kennis- en zorgimpuls kan geven (Projectstap 1 - hoofdstuk 2).

Uit de inventarisatie en de interviews met betrokken zorg- en arboprofessionals (Projectstap 2 - hoofdstukken 3 en 4) komen een aantal factoren die belangrijk zijn voor de oprichting van een MDO werkgerelateerde longziekten. Dit zijn onder andere: gedeelde overtuiging, intrinsieke motivatie, praktische en financiële middelen en handelingsvrijheid. Daarnaast geven diverse zorg- en arboprofessionals aan dat zij voor hun regio de meerwaarde zien van een MDO werkgerelateerde longziekten en bereid zijn om deel te nemen (Projectstap 2 - hoofdstukken 3 en 4).

De effectiviteit van een MDO wordt groter als er op teamniveau sprake is van bijvoorbeeld een goede voorbereiding, sociale veiligheid, verzorgde casuspresentatie, actieve uitwisseling, en ervaren nut. Voor teamleden dragen: meerwaarde zien, respect voor elkaar, en positieve ervaringen met een MDO bij aan de effectiviteit. Voor de levensvatbaarheid van het MDO is het dus belangrijk voor deze factoren aandacht te hebben. (Projectstap 3 - hoofdstuk 5).

Afsluiting

Het doel van deze eerste fase was het verkrijgen van inzicht en kennis over de huidige en toekomstige MDO's en het bijdragen aan de bevordering van zorgnetwerken voor werkgerelateerde longziekten. Dat doel is behaald.

Zorgnetwerken met een MDO voor werkgerelateerde longziekten zijn essentieel voor goede zorgverlening. Daarom is het belangrijk deze netwerken structureel te ondersteunen en waar nodig te versterken. Een evaluatie van de meerwaarde die een MDO werkgerelateerde longziekten heeft voor de patiënt en professional zelf, volgt in de tweede fase van dit project.

Voorwoord

Dit rapport biedt een overzicht van de bestaande multidisciplinaire teams binnen het landelijk zorgnetwerk werkgerelateerde longziekten. Het beschrijft de huidige vormen van samenwerking tussen medisch specialisten en arboprofessionals en de structuur van multidisciplinaire overleggen (MDO). Ook geeft het rapport inzicht in welke succes- en limiterende factoren er zijn voor implementatie en continuering van MDO's voor werkgerelateerde longziekten als primaire werkvorm van samenkomst én samenwerking van het zorgnetwerk. Met de opgedane kennis wordt een overzicht gegeven van de voorwaarden die van belang zijn voor zowel het oprichten als ook het continueren van een MDO werkgerelateerde longziekten. In één van de deelstudies is ook geëxploreerd wat de wensen zijn van zorg- en arboprofessionals voor deelname aan een MDO werkgerelateerde longziekten en voor het eventueel aanbieden van een casus bij het MDO.

Naast dit rapport is een wetenschappelijk artikel geschreven waarin de opgedane inzichten van de procesevaluatie voor het oprichten en behouden van een MDO binnen het zorgnetwerk voor werkgerelateerde longziekten zijn beschreven.

Het rapport bestaat uit onderdelen die relevant zijn voor diverse stakeholders zoals longartsen, huisartsen, bedrijfsartsen en arbeidshygiënist en hun beroepsverenigingen. Onderdelen van dit rapport zijn mogelijk ook relevant voor beleidsmakers, richtlijnontwikkelaars, zorgverzekeraars, en patiëntenverenigingen. Dit rapport is een opbrengst van de eerste fase van het project: 'Netwerkstructuur voor arbocuratieve samenwerking' van het Landelijk Expertise Centrum Stoffengerelateerde Beroepsziekten (Lexces).

Lexces

Het Lexces is een expertisecentrum dat in 2022 werd opgericht als samenwerkingsverband van vijf instituten, het Institute for Risk Assessment Sciences (IRAS, Universiteit Utrecht); het Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen (NKAL); de Polikliniek Mens en Arbeid (PMA, Amsterdam UMC); het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB, Amsterdam UMC) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), met als doel het bundelen, ontwikkelen en delen van kennis over preventie van stoffengerelateerde beroepsziekten (1). Het expertisecentrum voert diverse projecten uit binnen een onderzoeksprogramma 2023-2028 verdeeld over drie niveaus van preventie: primair, secundair en tertiair.

Binnen het thema tertiaire preventie valt het project: 'Netwerkstructuur voor arbocuratieve samenwerking'. Dit project richt zich op het ontwikkelen van instrumenten voor het verbeteren van de samenwerking tussen professionals binnen de bedrijfsgezondheidszorg en de reguliere gezondheidszorg. Het uitgangspunt is dat door betere arbocuratieve samenwerking de risicofactoren in het werk eerder worden herkend als mogelijke oorzaak voor gezondheidsproblemen en/of werkgerelateerde gezondheidsproblemen beter worden vastgesteld door zorg- en arboprofessionals. Betere herkenning en diagnostiek draagt bij aan het voorkomen dat werkenden in Nederland een beroepsziekte krijgen, en zorgt dat zij die wel een beroepsziekte hebben betere zorg ontvangen en zo mogelijk ook kunnen blijven participeren.

Het project 'Netwerkstructuur voor arbocuratieve samenwerking' bestaat uit de volgende deelprojecten:

- A. De ontwikkeling en evaluatie van het zorgnetwerk werkgerelateerde longziekten.
- B. De ontwikkeling en evaluatie van een digitale applicatie voor artsen met relevante informatie over blootstelling en werkgerelateerde longziekten.
- C. De ontwikkeling en evaluatie van een interventie voor arbeidshygiënist en bedrijfsartsen dat bijdraagt aan de vertaling van risico's van blootstelling aan gevaarlijke stoffen naar mogelijke gezondheidsproblemen.
- D. De ontwikkeling en evaluatie van een digitaal opsporingsinstrument voor werkgerelateerd contacteczeem voor zorg- en arboprofessionals.

Dit huidige rapport is onderdeel van deelproject A: De ontwikkeling en evaluatie van het zorgnetwerk werkgerelateerde longziekten.

1. Inleiding

Werkgerelateerde longziekten

Het aantal sterfgevallen als gevolg van een beroepsziekte bedroeg in Nederland in 2022 volgens het RIVM naar schatting 4.000 werkzame en gepensioneerde werknemers (2,4% van de totale sterfte in Nederland): bijna 800 mensen in de werkzame beroepsbevolking en 3.200 gepensioneerde werknemers. De meeste arbeidsgelateerde sterfgevallen worden veroorzaakt door kanker: 2.400 werkzame en gepensioneerde werknemers. Verder zijn er 1.000 arbeidsgelateerde sterfgevallen door hart en vaatziekten en 500 door aandoeningen aan de ademhalingswegen. Naar schatting zijn er 2.800 mensen overleden in 2022 als gevolg van een aan stoffengerelateerde beroepsziekte: 540 personen in de werkzame beroepsbevolking en 2.300 in de gepensioneerde bevolking. Dit is 1,7% van de totale sterfte in Nederland en ruim 70% van de arbeidsgelateerde sterfte. Sterfte door stoffengerelateerde beroepsziekten komt veel vaker voor bij mannen (3,8% van de totale sterfte in Nederland) dan bij vrouwen (1,0%) (2).

Werkgerelateerde factoren beïnvloeden de klachten van longpatiënten aanzienlijk: uit wetenschappelijk onderzoek komt naar voren dat bij circa 14% van de patiënten met COPD (tot 31% voor niet-rokers) en 13% voor chronische bronchitis werkgerelateerde factoren een rol spelen (3).

Omdat gevaarlijke stoffen vooral via de luchtwegen het lichaam binnendringen, dragen werkgerelateerde longziekten, naast sterfte, ook in belangrijke mate bij aan het aantal verloren gezonde levensjaren door werkgerelateerde gezondheidsproblemen; ongeveer 200.000 DALY's (Disability-Adjusted Life Years) (4). Hoewel veel stoffen risicovol zijn, zijn slechts een aantal hiervan specifiek verantwoordelijk voor de grootste ziektelast door de carcinogene, mutagene en reprotoxische eigenschappen zoals bijvoorbeeld asbest, kwartsstof, of dieselmotoremissie. Andere stoffen hebben vooral allergene of irriterende eigenschappen zoals bijvoorbeeld meelstof, acrylaten of isocyanaten (4).

In 2024 zijn er 41 gevallen van werkgerelateerde long- en luchtwegaandoeningen gemeld bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB). Beroepsastma is met veertien meldingen de meest gemelde aandoening. Deze cijfers zijn echter een duidelijke onderschatting van de problematiek in Nederland (5,6). Longziekten zoals astma of COPD zijn niet altijd direct herkenbaar als werkgerelateerde aandoening onder andere omdat ze ook veel niet werkgerelateerde oorzaken kennen zoals leefstijl (roken van sigaretten), luchtverontreiniging of allergenen in de woonomgeving. Zowel patiënten als zorgprofessionals zijn zich niet altijd bewust van de relatie met blootstelling tijdens het werk, wat leidt tot vertraging in diagnose en behandeling met mogelijk negatieve gevolgen voor de patiënt. Bovendien blijft een deel van deze aandoeningen buiten het zicht van de bedrijfsarts, bijvoorbeeld omdat zij zich pas na pensionering openbaren, er geen ziekteverzuim optreedt, of omdat de aandoening bij werkenden zonder toegang tot de bedrijfsarts voorkomt. Daarbij worden ook door bedrijfsartsen werkgerelateerde longziekten niet altijd onderkend (7).

“Commissie Heerts”

De commissie Vergemakkelijking Schadeafhandeling Beroepsziekten (“commissie Heerts”) heeft in haar rapport ‘Stof tot nadenken’ in 2020 aangegeven dat zowel in de curatieve- als in de bedrijfsgeneeskundige zorg meer aandacht voor de relatie tussen werk en gezondheidsklachten nodig is. De fundamentele oorzaak voor de gesignaleerde problemen in tijdige herkenning en diagnostiek voor werkgerelateerde aandoeningen is, volgens deze commissie, de huidige wijze van financiering van arbodienstverlening. De financiering vanuit de private middelen door werkgevers wordt volgens dit rapport vooral ingezet voor verzuimbegeleiding door de arbodienst en in mindere

mate in de preventie van werkgerelateerde aandoeningen. Hierdoor is ook vanuit de bedrijfsgeneeskunde te weinig aandacht voor de verbanden tussen werk en gezondheidsklachten (8).

De hierboven beschreven scheiding van de curatieve- en de bedrijfsgeneeskundige zorg heeft ook als consequentie dat er onvoldoende vrije gegevensuitwisseling is tussen zorg- en arboprofessionals, de artsen uit beide domeinen elkaar moeilijk weten te vinden, en er geen vaste organisatie en financiering is voor transmuraal multidisciplinair overleg. Bovendien is uit eerder onderzoek gebleken dat professionals elkaars rollen en verantwoordelijkheden onvoldoende kennen (9). Ook de Nederlandse Arbeidsinspectie geeft in haar rapport 'Beroepsziekten in beeld' in 2021 aan dat het huidige gezondheidsbeleid voor werkgerelateerde aandoeningen wordt belemmerd door onvoldoende herkenning van deze aandoeningen en beperkte arbocuratieve samenwerking. De gefragmenteerde financiering en organisatorische scheiding tussen bedrijfs- en curatieve gezondheidszorg dragen hieraan bij (10). In de afgelopen jaren zijn er diverse initiatieven genomen om arbocuratieve samenwerking te bevorderen, zoals hieronder beschreven.

Initiatieven ter bevordering van arbocuratieve samenwerking

De Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) zet zich al jaren met het project 'Bevorderen Arbocuratieve Samenwerking' (ACS) – mede gefinancierd door het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW)– in voor betere samenwerking met huisartsen en medisch specialisten, om zo voor allerlei gezondheidsproblemen meer aandacht te krijgen voor het belang van werk bij herstel en behandeling in de curatieve zorg (11). Een belangrijk doel van dit project is om specialisten te betrekken bij NVAB-richtlijnen én bedrijfsartsen af te vaardigen naar richtlijntrajecten van medisch specialisten. Zo wil de NVAB de aandacht voor arbeid in de zorg vergroten. Een recent voorbeeld van initiatieven binnen dit project is het bijdragen aan de richtlijnmodule 'Arbeidsparticipatie voor medisch specialistische richtlijnen' (12). In deze richtlijnmodule wordt aandacht gevraagd van medisch specialisten voor het kunnen identificeren van de mogelijke gevolgen van diverse aandoeningen en behandelingen voor het kunnen blijven participeren in betaald werk. Ook worden heldere aanbevelingen gedaan over arbocuratieve samenwerking en afstemming tussen medisch specialisten en bedrijfsartsen. In deze module wordt echter niet uitgebreid ingegaan op het ontwikkelen van een ziekte als gevolg van werk of de werkomstandigheden. In de toekomst zal gekeken moeten worden of en hoe dit onderwerp ook een duidelijke plaats kan krijgen in ziekte specifieke, medisch specialistische richtlijnen.

De Longalliantie Nederland (LAN) ontwikkelde – ook met subsidie van het ministerie van SZW - een zorgpad voor werkgerelateerde longziekten in 2022 (7). Dit zorgpad is een vervolg op de pilot 'Signalering beroepsziekten' ook uitgevoerd door de LAN in 2020 (13). Uit een consultatie door de LAN van verschillende stakeholders in zowel het zorg- als arbeidsdomein bleek er behoefte te zijn aan een netwerkstructuur voor werkgerelateerde longziekten, waarin alle behandelcentra van longziekten een signalerende functie op zich nemen en expertise van klinisch arbeidsgeneeskundige (KAG)¹ of bedrijfsarts en van een arbeidshygiënist wordt ingebracht in een aantal regionale kenniscentra (14). Het zorgpad richt zich op vroegsignalering en optimale diagnostiek en behandeling van werkgerelateerde longziekten. Het zorgpad beschrijft tevens de verschillende rollen die zorgverleners in dit zorgpad hebben en biedt ook handvatten voor arbocuratieve samenwerking. Binnen het zorgpad ziet de LAN een cruciale rol voor een KAG, dit is een bedrijfsarts met specialistische kennis over specifieke ziektebeelden en mogelijke oorzaken op werk. Momenteel zijn er maar in enkele ziekenhuizen KAG's werkzaam. In het zorgpad van de LAN wordt een multidisciplinair overleg (MDO) voor werkgerelateerde longziekten beschreven en aanbevolen.

¹ De klinische arbeidsgeneeskunde houdt zich bezig met arbeidsgeneeskundige problematiek waar de reguliere zorg door huisarts, bedrijfsarts en medische specialist niet volstaat (NVKA)

Hierin zouden verschillende zorg- en arboprofessionals in principe moeten participeren. Hiermee gaat de LAN uit van de beschikbaarheid van een bedrijfsarts of KAG, en/of van een arbeidshygiënist binnen het ziekenhuis voor de zorg van reguliere patiënten. Dit is in Nederland geen verzekerde zorg waar financiering structureel voor geregeld is.

Het RIVM ontwikkelde in 2024 – met subsidie van het ministerie Sociale Zaken en Werkgelegenheid - het Zorg en Werk Netwerk, een online besloten community voor alle professionals op het gebied van zorg en arbeid (15). Het doel van het Zorg en Werk Netwerk is kennisdeling, samenwerking en communicatie rondom het thema arbeidsgelateerde zorg. Op dit online platform kunnen medisch specialisten, bedrijfsartsen of huisartsen makkelijk in contact komen en samenwerken (in groepen binnen de community) met andere professionals over verschillende onderwerpen, zoals zorg op het werk, arbocuratieve samenwerking of het integreren van werk als behandeluitkomst in het ziekenhuis. Dit platform draagt bij aan communicatie tussen zorg- en arboprofessionals, maar borgt geen organisatie of financiering van arbocuratieve samenwerking.

De werkgroep 'werkgerelateerde longziekten' van de Nederlandse Vereniging van artsen voor longziekten en tuberculose (NVALT) geeft invulling aan het thema 'Preventie en gezond gedrag' uit het NVALT-visiedocument 'Op weg naar toekomstbestendige longzorg 2023–2028'. De werkgroep heeft in 2024 een visiedocument opgesteld bedoeld voor zorgprofessionals in de arbocuratieve zorg en richt zich op optimale herkenning, behandeling en preventie van werkgerelateerde longziekten door samenwerking tussen bedrijfs- en curatieve gezondheidszorg (16). In dit document wordt een oproep gedaan om deze zorg toekomstbestendig te maken via betere samenwerking en preventie op alle niveaus (primair, secundair en tertiair). Einddoelen zijn onder meer het professionaliseren van het zorgpad 'beroepslongziekten', uitbreiding van landelijke multidisciplinaire overleggen, faciliteren van onderwijs, versterken van de arbocuratieve samenwerking, vertegenwoordiging richting het Lexces, ondersteunen van protocollen, stimuleren van wetenschappelijk onderzoek en aandacht voor tegemoetkomingsregelingen voor beroepsziekten.

Multidisciplinair zorgnetwerk, - team en - overleg

Hieronder volgt een uitleg over het onderscheid tussen zorgnetwerk, zorgteam en zorgoverleg, en op welke manier dit onderdeel is van reguliere (arbo)zorg.

Een multidisciplinair zorgnetwerk verwijst naar alle betrokken zorgverleners van verschillende disciplines rond een patiënt, ook buiten de eigen organisatie, zoals huisartsen, medisch specialisten, wijkverpleegkundigen, paramedici en eventueel mantelzorgers. Het zorgnetwerk is vaak flexibel van samenstelling, waarbij de betrokken professionals per situatie kunnen verschillen afhankelijk van de hulpvraag. Zie als voorbeeld van een multidisciplinair zorgnetwerk de infografic '[Handreiking Passende functiemix in het verpleeghuis](#)' (17). Een multidisciplinair team is een groep zorgprofessionals van verschillende disciplines binnen (meestal) één organisatie, die structureel samenwerkt rond de zorg van een patiënt. De teamleden zijn doorgaans vaste deelnemers en vormen samen een team dat op regelmatige basis zorg afstemt, verantwoordelijkheden verdeelt en gezamenlijk zorgplannen opzet (18).

Een multidisciplinair overleg (MDO) is een gepland en structureel overleg tussen verschillende zorgverleners of professionals van diverse disciplines, soms aangevuld met externe deskundigen indien dat relevant is voor de casus (19,20). In het MDO staat het bespreken van de situatie van één of meerdere patiënten centraal. Kennis en informatie wordt met elkaar gedeeld, het zorgproces wordt afgestemd en geëvalueerd, en er worden besluiten genomen over het beleid. Minimaal twee disciplines zijn vereist om van een MDO te spreken.

Tabel 1: Overzicht overeenkomsten en verschillen multidisciplinair zorgnetwerk, multidisciplinair team en multidisciplinair arbocuratief overleg (17-21)

Kenmerk	Multidisciplinair zorgnetwerk	Multidisciplinair team	Multidisciplinair overleg (MDO)
Samenstelling	Flexibel, professionals uit verschillende organisaties	Vaste groep, meestal binnen één organisatie	Wisselend, professionals uit diverse disciplines
Doel	Afstemmingen samenwerking rondom patiënt	Structurele samenwerking en zorgplanning	Gezamenlijke bespreking en besluitvorming over casus
Frequentie	Afhankelijk van de situatie	Structureel, regelmatig overleg	Gepland, periodiek of op afroep
Betrokken disciplines	Huisarts, specialist, paramedici, wijkverpleging, etc.	Meestal artsen, verpleegkundigen, paramedici	Minimaal twee disciplines, soms aangevuld met externen
Organisatiegrens	Over organisaties heen	Binnen één organisatie	Binnen of over organisaties heen
Voorbeeld	Netwerk rondom chronisch zieke patiënt	Team op longafdeling	MDO werkgerelateerde longziekten
Rol in arbocuratieve zorg	Flexibele samenwerking, afhankelijk van hulpvraag	Structurele samenwerking binnen instelling	Afstemming en besluitvorming, kennisdeling

Het primaire doel is het coördineren van zorg. Daarnaast biedt een MDO ook mogelijkheden voor kennisontwikkeling (onderwijs), wetenschappelijke uitwisseling en regionale samenwerking, waarmee zowel de kwaliteit als de effectiviteit van zorg worden verhoogd. Het MDO vormt daarmee een structureel onderdeel van de netwerkstructuur rondom de patiënt, waarin afstemming, besluitvorming en kennisdeling tussen disciplines samenkomen (21).

Voor de curatieve zorg bestaan diverse professionele en op wetenschap gebaseerde richtlijnen en standaarden voor diagnose en behandeling van verschillende ziekten. Bespreking van patiënten in een MDO wordt regelmatig in deze richtlijnen geadviseerd. Dit betreft in de regel een intramuraal MDO tussen verschillende zorgverleners. Binnen de bedrijfsgeneeskundige zorg bestaan ook diverse professionele en op wetenschap gebaseerde richtlijnen en leidraden voor de diverse arboprofessionals waarin onderling overleg en afstemming wordt aanbevolen (22). Een dergelijk MDO heeft dezelfde doelstelling als het MDO binnen de curatieve zorg en wordt over het algemeen binnen een arbodienst en of voor een grotere werkgever georganiseerd.

Binnen bovengenoemde richtlijnen wordt voor diverse ziektebeelden ook afstemming tussen zorg- en arboprofessionals aanbevolen, maar er worden over het algemeen geen aanbevelingen gedaan over het organiseren van een transmuraal MDO. In deze richtlijnen, maar ook in diverse beleidsdocumenten of rapporten, wordt wel regelmatig de term arbocuratieve zorg gebruikt wat impliciet verwijst naar transmurale samenwerking tussen zorg- en arboprofessionals. In de praktijk

is dat slechts op een beperkt aantal plekken in Nederland mogelijk vanwege de strikte financiële, organisatorische en juridische scheiding tussen de curatieve- en de bedrijfsgeneeskundige zorg. Ook voor het transmuraal afstemmen tussen een zorgprofessional en arboprofessional is er in Nederland geen gefinancierde mogelijkheid. In lijn met de aanbevelingen van de LAN, is het bij werkgerelateerde longziekten wel van belang dat er informatie over de werkplek beschikbaar is voor de diagnostiek en zorg, en er daarbij ook voldoende expertise beschikbaar is om deze informatie te duiden en op waarde te schatten.

Beschouwing

Het belang van multidisciplinaire en transmurale samenwerking, door de organisatie van structureel overleg binnen een netwerkstructuur van multidisciplinaire teams in diverse regio's in Nederland voor betere diagnostiek en zorg van werkgerelateerde longziekten, wordt door diverse instituties in Nederland onderschreven. Er zijn verschillende initiatieven in het verleden geweest en ook nu nog lopend om deze samenwerking te bevorderen. Tegelijk bestaan er ook grote belemmeringen om multidisciplinaire en transmurale samenwerking en afstemming in de praktijk structureel te bewerkstelligen door de strikte scheiding tussen de curatieve en de bedrijfsgeneeskundige zorg. Deze scheiding hangt in belangrijke mate samen met de verschillende vormen van financiering: curatieve zorg wordt publiek gefinancierd via de zorgverzekeringswet, terwijl bedrijfsgeneeskundige zorg privaat wordt gefinancierd door werkgevers. In het volgende hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de bestaande multidisciplinaire teams voor werkgerelateerde longziekten in Nederland.

2. Overzicht multidisciplinaire teams werkgerelateerde longziekten

Relevant voor:

Beleidsmakers, beleidsondersteuners, bestuurders, zorgverzekeraars, zorg- en arboprofessionals en onderzoekers

Inleiding

In Nederland zijn er momenteel vier kenniscentra werkgerelateerde longziekten, met multidisciplinaire teams die een multidisciplinair overleg (MDO) initiëren of faciliteren te weten:

1. Amsterdam: Polikliniek Mens en Arbeid, Amsterdam 2004. Landelijke dekking
2. Utrecht: Nederlands Kenniscentrum Arbeidsgerelateerde Longziekten, Utrecht, 2005. Landelijke dekking
3. Rotterdam: Werk en Longen 010, Rotterdam, 2022. Regionale dekking
4. Groningen: Werk en Longen Noord Nederland, Groningen, 2024. Regionale dekking.

En een vijfde kenniscentrum in oprichting:

5. Deventer: Werk en Longen Oost Nederland, Deventer, 2025, Regionale dekking.

Doel

Het inzichtelijk maken van de vier kenniscentra werkgerelateerde longziekten op de onderstaande punten:

6. Organisatiestructuur
7. Verwijzing en vergoeding
8. Functie als derdelijns centrum
9. MDO werkgerelateerde longziekten
 - Betrokken disciplines
 - Kenmerken
10. Participatie andere MDO's.

Methode

Voor het maken van het overzicht van de kenniscentra werkgerelateerde longziekten is gebruik gemaakt van bestaande documenten en websites van de kenniscentra, informatie uit het zorgnetwerk "werkgerelateerde longziekten", en van verkregen informatie uit de interviews met oprichters en teamleden van multidisciplinaire teams binnen bestaande kenniscentra, zoals beschreven in de hoofdstukken 3 t/m 5. Zie ook bijlagen a en b voor nadere uitleg over de betrokken professionals en de diverse beroepsverenigingen.

Resultaten

Hieronder wordt de structuur van de verschillende kenniscentra toegelicht.

Amsterdam – Polikliniek Mens en Arbeid (PMA), Amsterdam UMC

De Polikliniek Mens en Arbeid (PMA)² van het Amsterdam UMC is een voorziening voor (ex-)werkenden (individu of groep) met complexe arbeidsgeneeskundige problematiek en bestaat in haar huidige vorm sinds 2004 (23). De relatie tussen gezondheidsproblemen en werk staat centraal. De PMA maakt samen met het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) deel uit van de afdeling Public and Occupational Health (POH) van het Amsterdam UMC. De PMA werkt voor verschillende medische onderwerpen nauw samen met de medisch specialistische afdelingen van het Amsterdam UMC. Voor werkgerelateerde longziekten is er samenwerking met de afdelingen longgeneeskunde en dermato-allergologie van het Amsterdam UMC.

Naast patiëntenzorg verzorgen de professionals van de PMA ook onderwijs over diverse onderwerpen binnen het thema arbeid en gezondheid aan geneeskunde en psychologie studenten, coassistenten, medisch specialisten en bedrijfsartsen in opleiding. Ook bieden zij stageplaatsen aan artsen in opleiding tot specialist. De PMA draagt bij aan praktijkrelevante projecten voor de bedrijfsgeneeskundige zorg zoals het ontwikkelen van protocollen voor keuringen of periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek (PAGO) op verzoek van arbodiensten of werkgevers. De onderzoekers van PMA en de afdeling POH verrichten wetenschappelijk onderzoek op diverse thema's relevant voor de bedrijfsgeneeskundige zorg.

Verwijzing en vergoeding

Longartsen, andere medisch specialisten, huisartsen en bedrijfsartsen kunnen patiënten verwijzen naar de PMA. Wanneer de verwijzing plaatsvindt vanuit de curatieve zorg, wordt een medisch consult uitgevoerd door een longarts gespecialiseerd in werkgerelateerde longziekten. Indien er sprake is van een duidelijke blootstellingsvraag, kan een arbeidshygiënist al bij het eerste consult worden betrokken. Vervolgens vindt een MDO plaats binnen de PMA. Hierbij zijn onder meer longartsen, arbeidshygiënisten en bedrijfsartsen betrokken.

Wanneer de bedrijfsarts verwijst, wordt een expertisetraject door de KAG samen met de longarts opgestart na goedkeuring van de offerte door de werkgever. Zo nodig, kan aanvullend onderzoek worden verricht zoals een werkplekonderzoek of specifieke diagnostische testen met allergenen. Vervolgens vindt ook het MDO plaats binnen de PMA. Hierbij zijn onder meer longartsen, arbeidshygiënisten en bedrijfsartsen betrokken. Terugkoppeling van de bevindingen en het advies gaan in rapportage vorm naar de verwijzer en de bedrijfsarts, na akkoord van de werknemer.

Het MDO van de PMA staat ook open voor externe professionals zonder dat er sprake is van een verwijzing. Dit is bedoeld om vroegtijdig mee te denken over complexe situaties rond werk en gezondheid.

Functie als derdelijns centrum

Elke verwijzing naar de PMA resulteert in een multidisciplinair arbocuratief consult en diagnostisch traject. Hiermee functioneert de PMA als een derdelijns expertisecentrum, conform de beschrijving in het zorgpad van de LAN.

² [Polikliniek Mens en Arbeid | mensenarbeid.nl](https://www.mensenarbeid.nl)

MDO werkgerelateerde longziekten

Het MDO werkgerelateerde longziekten in het Amsterdam UMC kent een langere ontstaansgeschiedenis dan het MDO van de PMA. Eind jaren 90 is een longarts in het AMC gestart met een onderzoek naar beroepslongziekten met een subsidie van het astmafonds. Deze longarts en een bedrijfsarts, toen nog werkzaam voor het NCvB, zijn een overleg gestart vanuit de behoefte tot overleg over casuïstiek. In de loop van de tijd heeft dit overleg zich uitgebreid met andere deelnemers, en is deze door het ontstaan van de PMA uiteindelijk daar ondergebracht. De deelnemers van het huidige MDO werkgerelateerde longziekten van de PMA komen voort uit de samenwerking tussen de professionals van de PMA, de afdeling longgeneeskunde en de afdeling dermato-allergologie van het Amsterdam UMC.

Betrokken disciplines

11. Longarts (werkgerelateerde longziekten)
12. KAG/bedrijfsarts
13. Arbeidshygiënist
14. Arbeidsdermatoloog met aandachtsgebied allergologie
15. (Op indicatie) longarts interstitiële longziekten

Kenmerken

16. Frequentie: wekelijks (afstemming) en 1x per maand breder overleg
17. Duur: 1 uur
18. Vorm: hybride
19. Casuïstiek: patiënten van de polikliniek longziekten en PMA. Met mogelijkheid voorartsen uit regionale klinieken om patiënten in te brengen.
20. Inhoud: naast patiëntbesprekingen ook bespreking van projecten, PAGO's en blootstellingsonderzoeken
21. Openstelling: voor bedrijfsartsen en longartsen vanuit het OLVG
22. Voorzitter: longarts aandachtsgebied werkgerelateerde longziekten
23. Financiering: het MDO wordt bekostigd uit algemene gelden van PMA projecten en werkgevers.

Participatie andere MDO's

Daarnaast participeren de longartsen van het Amsterdam UMC met aandachtsgebied beroepsziekten sinds kort actief in andere MDO's in de regio, zoals:

24. Regionaal MDO ernstig astma
25. Intern astma MDO Amsterdam UMC
26. Interne MDO's astma en Interstitiële longziekten (ILD) van het OLVG ziekenhuis in Amsterdam.

Utrecht – Nederlands Kenniscentrum Arbeidsgerelateerde Longziekten (NKAL)

In 2000 ontving het Radboud UMC een subsidie van het ministerie van VWS voor onderzoek naar werkgerelateerde longziekten. Na afloop van deze subsidie in 2005 werd het Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longziekten (NKAL)³ opgericht als onafhankelijk zelfstandig expertisecentrum en heeft zich verplaatst naar Utrecht omdat daar betere overlevingskansen bestonden door samen te gaan werken met het IRAS⁴ van de Universiteit Utrecht. Het NKAL richt zich op longziekten als gevolg van werkgerelateerde blootstelling, in nauwe samenwerking met het

³ [Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen](#)

⁴ [Institute for Risk Assessment Sciences \(IRAS\) - Faculteit Diergeneeskunde - Universiteit Utrecht](#)

Institute for Risk Assessment Sciences (IRAS) van de Universiteit Utrecht. Daarnaast bestaat er een intensieve samenwerking met het UMC Utrecht en het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein. In 2009 werd het NKAL erkend als instelling voor medisch-specialistische zorg, waarmee de oprichting van een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) mogelijk werd (24).

Naast individuele patiëntenzorg, PAGO's, blootstellingsprojecten en wetenschappelijk onderzoek verzorgt NKAL ook stages voor artsen medische milieukunde en bedrijfsartsen in opleiding. Ook verzorgen de professionals scholing voor o.a. masteropleiding IRAS, contactgroep Chemie van de NVvA, longgeneeskunde UMCU, en vele anderen.

Verwijzing en vergoeding

Patiënten kunnen in principe zowel door longartsen, huisartsen als bedrijfsartsen worden verwezen naar het NKAL.

Bij een verwijzing vanuit de reguliere gezondheidszorg (longarts of huisarts):

Het consult wordt uitgevoerd door een longarts die gespecialiseerd is in werkgerelateerde longziekten. Als er een duidelijke vraag is over blootstelling op de werkplek, wordt ook een arbeidshygiënist betrokken, vaak al tijdens het eerste consult. Daarna volgt een MDO. Hierbij zijn onder andere longartsen, arbeidshygiënist en bedrijfsartsen betrokken.

De kosten worden vergoed door de zorgverzekeraar middels de DBC-systematiek. Het MDO is bij NKAL een integraal onderdeel van het onderzoekstraject maar vormt geen verrichting die meetelt bij het vaststellen van de DBC prijs. Terugkoppeling van de bevindingen en het advies gaan in rapportage vorm naar de verwijzer en de bedrijfsarts, na overleg met werknemer.

Als extra onderzoek nodig is (bijvoorbeeld op de werkplek), wordt dit afgestemd met de bedrijfsarts. De werkgever ontvangt hiervoor een offerte en betaalt de kosten.

Een bedrijfsarts kan ook rechtstreeks verwijzen naar het NKAL met het verzoek om een uitgebreide beoordeling van mogelijke blootstelling op de werkplek, in de vorm van een verdiepende arbeidsanamnese en – indien nodig – aanvullend onderzoek door een arbeidshygiënist. In dit geval hanteert het NKAL een vast tarief voor de werkgever. De kosten kunnen indien gewenst worden opgesplitst: het medische via de zorgverzekering van de werknemer en het werkgerelateerde deel voor rekening van de werkgever.

Ook als er nog geen officiële verwijzing is, kunnen externe professionals deelnemen aan het MDO van het NKAL. Dit is bedoeld om vroegtijdig mee te denken over complexe situaties rond werk en gezondheid.

Functie als derdelijns centrum

Elke verwijzing naar het NKAL resulteert in een multidisciplinair arbocuratief consult en diagnostisch traject en advies. Hiermee functioneert het NKAL als een derdelijns expertisecentrum, conform de beschrijving in het zorgpad van de LAN.

MDO werkgerelateerde longziekten

Het NKAL organiseert sinds 2009 een MDO werkgerelateerde longziekten en heeft over de jaren steeds dezelfde disciplines betrokken:

Betrokken disciplines

27. Longarts (werkgerelateerde longziekten)
28. KAG/Bedrijfsarts
29. Arbeidshygiënist
30. Physician assistant
31. Longfunctieanalist
32. Gezondheidswetenschapper

Kenmerken

33. Frequentie: tweewekelijks NKAL
34. Duur: 1x per maand 2 uur fysiek, en 1x per maand 1 uur digitaal.
35. Vorm: fysiek en online waarbij hele team aanwezig is (twaalf personen)
36. Casuïstiek: patiënten van NKAL. Met mogelijkheid voor artsen uit regionale klinieken om patiënten in te brengen.
37. Openstelling: voor belangstellenden van extern, onderzoekers, artsen in opleiding, stagiairs
38. Inhoud: naast patiëntbesprekingen ook bespreking van projecten, PAGO's en blootstellingonderzoeken
39. Voorzitter: longfunctieanalist (technisch voorzitter)
40. Financiering: het MDO wordt bekostigd uit de algemene gelden van NKAL o.a. door de zorgverzekeraar middels DBC systematiek, projecten en werkgevers.

Participatie andere MDO's

Daarnaast participeren de longartsen van het NKAL met aandachtsgebied beroepsziekten sinds enkele jaren actief in andere MDO's in de regio, zoals:

41. MDO Interstitiële longziekten St. Antonius Ziekenhuis
42. MDO Interstitiële longziekten UMCU.

Rotterdam – WEL-010 (Werk en Longen 010)

Het MDO in het Franciscus Gasthuis & Vlietland (FGV) is ontstaan in 2019 vanuit deelname aan een pilotproject van de Long Alliantie Nederland (LAN): 'Signaleren werkgerelateerde longziekten'. Gedurende deze pilot werd een aantal van de reguliere MDO's gewijd aan arbeid. Met projectsubsidie kon ten behoeve van deze pilot een bedrijfsarts en een arbeidshygiënist worden ingezet (13).

Het FGV heeft sinds 2022 een spreekuur voor patiënten met werkgerelateerde longklachten. Het spreekuur is in 2023 uitgegroeid tot het kenniscentrum Werk en Longen-010 (WEL-010)⁵, een samenwerking tussen de longartsen van FGV en het Erasmus Medisch centrum (Erasmus MC). Mensen met longklachten in o.a. de regio Zuidwest kunnen na verwijzing terecht bij WEL-010 voor diagnostisering, behandeling en advisering over werkgerelateerde longziekten. In het kenniscentrum werken longartsen, verpleegkundig specialisten, longfunctie-analisten en een allergoloog/klinisch immunoloog samen.

Verwijzing en vergoeding

Longartsen, huisartsen en bedrijfsartsen kunnen verwijzen naar WEL-010. De longarts met aandachtsgebied werkgerelateerde longziekten stelt de diagnose, start de behandeling en adviseert op dit traject. Deze zorg wordt gefinancierd vanuit de zorgverzekeraar middels de reguliere DBC systematiek. De casuïstiek wordt altijd besproken in het MDO, waarbij naast de longarts, longverpleegkundige, longfunctie-analist KNO-arts, de externe arbeidshygiënist en externe klinisch arbeidsgeneeskundige aansluit. Nadat patiënten besproken zijn in het MDO wordt contact opgenomen met de eigen bedrijfsarts van de patiënt om het advies nader te bespreken.

Het MDO is vanuit de centra een integraal onderdeel van het onderzoekstraject maar vormt geen verrichting die meetelt bij het vaststellen van de DBC prijs. Voor het advies van de arbeidshygiënist en of de KAG is tijdelijke financiering beschikbaar via een ZONmw subsidie. In het MDO kan een huisarts, longarts of een bedrijfsarts uit de regio alleen deelnemen aan het MDO wanneer de patiënt is verwezen.

⁵ [WEL-010 – Het expertisecentrum voor werkgerelateerde longaandoeningen](#)

Indien een werkplekonderzoek moet plaatsvinden wordt dit zo mogelijk teruggekoppeld en uitgezet via de bedrijfsarts van de patiënt. De resultaten van dit onderzoek worden vervolgens teruggestuurd naar WEL-010 en deze worden beoordeeld door de externe KAG en arbeidshygiënist. Als hier aanvullende adviezen uitkomen wordt dit aan de behandelende longarts of eigen bedrijfsarts terug gekoppeld. Mocht er aanvullend medisch of werkplekonderzoek nodig zijn wat niet mogelijk is via de eigen bedrijfsarts of binnen het expertisecentrum wordt verwezen naar PMA.

Functie als tweede-derdelijns centrum

Bij een verwijzing naar WEL-010 start de longarts met het diagnostisch traject en komt de arbocuratieve samenwerking tot stand door de advisering in het MDO door de arboprofessionals. WEL-010 functioneert hiermee als een centrum tussen de tweede lijn en derde lijn in, conform de beschrijving in het zorgpad van de LAN.

Betrokken disciplines

43. Longarts (werkgerelateerde longziekten)
44. Longarts (astma/ILD) – Erasmus MC
45. KNO-arts
46. Klinisch arbeidsgeneeskundige/bedrijfsarts (extern)
47. Arbeidshygiënist (extern)
48. Longverpleegkundige
49. Longfunctie-analist

Kenmerken

50. Frequentie: elke 6 weken
51. Duur: 1 uur met 10 minuten per casus
52. Vorm: hybride
53. Casuïstiek: patiënten van FVG en Erasmus MC
54. Openstelling: open voor externe inbreng van casuïstiek via verwijzing naar poli (inbrenger is de longarts)
55. Inhoud: casuïstiek bespreking
56. Voorzitter: longarts aandachtsgebied werkgerelateerde longziekten
57. Financiering: het MDO wordt middels ZONmw gelden gefinancierd

Participatie andere MDO's

Geen participatie in andere MDO's.

Groningen – WEL-NN (Werk en Longen Noord Nederland)

In het Martini Ziekenhuis bestaat sinds 2024 een polikliniek voor werkgerelateerde longziekten. De polikliniek is opgezet door een longarts werkzaam in het Martini ziekenhuis. Deze longarts was geïnspireerd door het voorbeeld van longartsen die de kenniscentra en MDO's in Nederland zijn gestart en de polikliniek is uitgegroeid tot het kenniscentrum WEL Noord Nederland (WEL-NN). Mensen met longklachten uit Friesland, Groningen, Drenthe en de kop van Overijssel kunnen er terecht na verwijzing voor diagnostisering, behandeling en advisering over werkgerelateerde longziekten. In het kenniscentrum werken enkele longartsen met specifieke aandacht voor werkgerelateerde longklachten. Zij zien primair de patiënten die verwezen worden en zorgen dat ze aanvullende diagnostiek krijgen, zoals onderzoek naar specifieke allergenen dan wel handspirometrie voor longfunctiemetingen in de werksituatie.

Verwijzing en vergoeding

Longartsen, huisartsen en bedrijfsartsen kunnen verwijzen naar WEL-NN. De longarts met aandachtsgebied werkgerelateerde longziekten start diagnose, behandeling en advisering op. De casus wordt altijd besproken in het MDO, waarbij naast de longartsen, externe arbeidshygiënist en bedrijfsartsen aansluiten. De financiering van de diagnostiek en zorg wordt deels bekostigd door de zorgverzekeraar middels DBC-systematiek. Voor het MDO is geen separate financiering. Wanneer uit het MDO blijkt dat nader werkplek- of aanvullend onderzoek nodig is wordt dit zo mogelijk via de eigen bedrijfsarts aangevraagd. Wanneer dit niet mogelijk is dan verwijst WEL-NN in overleg met de bedrijfsarts door naar het NKAL.

Functie als tweede-derdelijns centrum

Bij een verwijzing naar WEL-NN start de longarts met het diagnostisch traject en komt de arbocuratieve samenwerking tot stand door de advisering in het MDO door de arboprofessionals. WEL-NN functioneert hiermee als een centrum tussen de tweede lijn en derde lijn in, conform de beschrijving in het zorgpad van de LAN.

Betrokken disciplines

58. Longartsen, intern
59. Bedrijfsartsen: extern
60. Arbeidshygiënist: extern

Kenmerken

61. Frequentie: elke 6 weken
62. Duur: 1 uur
63. Vorm: online
64. Casuïstiek: inbrenger meestal longarts, maar ook bedrijfsarts of arbeidshygiënist
65. Openstelling: longartsen (extern), artsen i.o. bedrijfsartsen
66. Inhoud: casusbespreking
67. Voorzitter: longarts aandachtsgebied werkgerelateerde longziekten
68. Financiering: diagnose en behandeling door zorgverzekeraar, het MDO wordt niet gefinancierd.

Participatie andere MDO's

Geen participatie in andere MDO's.

Deventer – Initiatief in ontwikkeling

In de regio Overijssel wordt in Deventer per april 2025 een nieuw kenniscentrum werkgerelateerde longziekten opgezet met ondersteuning van de NVALT-werkgroep werkgerelateerde longziekten. De verwachting is dat het eerste MDO werkgerelateerde longziekten in september 2025 zal gaan plaatsvinden.

Betrokken disciplines (beoogd)

69. Longartsen, intern
70. Bedrijfsartsen: extern
71. Arbeidshygiënist: extern.

Kenmerken (beoogd)

72. Frequentie: elke 6 weken
73. Duur: 1 uur
74. Vorm: online
75. Casuïstiek: longarts, maar ook bedrijfsarts of arbeidshygiënist
76. Openstelling: longartsen (extern), artsen i.o. bedrijfsartsen
77. Inhoud: casusbespreking
78. Voorzitter: longarts aandachtsgebied werkgerelateerde longziekten
79. Financiering: diagnose en behandeling door zorgverzekeraar, het MDO wordt niet gefinancierd.

Participatie andere MDO's

Geen participatie in andere MDO's.

Beschouwing

In 2025 zijn er vier gespecialiseerde kenniscentra in Nederland voor werkgerelateerde longziekten, met verschillende achtergronden, organisatievormen en financiering. Drie van de vier kenniscentra zijn nauw verbonden met academische ziekenhuizen. Een vijfde kenniscentrum is in oprichting. Regionaal en bovenregionaal vervullen de kenniscentra verschillende functies. De kenniscentra in Rotterdam en Groningen functioneren als schakel tussen tweede- en derdelijnszorg en verwijzen voor uitgebreid werkplekonderzoek door naar de twee andere centra in Amsterdam en Utrecht. Verwijzers zoals longartsen, huisartsen en bedrijfsartsen kunnen patiënten naar deze centra doorverwijzen en bij MDO's aansluiten, hoewel niet alle centra externe professionals toelaten zonder verwijzing.

Drie van de vier kenniscentra en MDO's werkgerelateerde longziekten zijn gestart nadat een (pilot) project of onderzoek werd gefinancierd vanuit de overheid (VWS en SZW). De professionals onderkennen destijds de noodzaak van een MDO en waren intrinsiek gemotiveerd om de arbocuratieve samenwerking te versterken en de zorg voor de patiënt te verbeteren. Na het stoppen van deze tijdelijke financiering hebben de bestaande centra de MDO's in een andere organisatiestructuur weten onder te brengen of vanuit de ziekenhuizen de ruimte gekregen om de MDO's en de poliklinieken voort te zetten, zonder structurele financiering. De wijze van financiering is veelal leidend in hoe de organisatie, diagnostiek en onderzoekstrajecten, en de MDO's worden vormgegeven en behouden. Vanwege de niet structurele financiering is het voortbestaan van deze kenniscentra en het MDO kwetsbaar.

De kenniscentra werkgerelateerde longziekten WEL- 010 en WEL-NN zijn ontstaan vanuit de afdeling longgeneeskunde en bieden verzekerde zorg aan. De centra starten het diagnostische proces met een curatief perspectief op. Het MDO is vervolgens de plaats voor multidisciplinair overleg en advies voor het verdere traject. Is er nader onderzoek nodig wat niet via de eigen bedrijfsarts of in het eigen centrum kan plaatsvinden, dan verwijzen deze centra naar de twee derdelijns kenniscentra. WEL-010 en WEL-NN fungeren als een centrum tussen de tweede lijn en derde lijn in, conform de beschrijving in het zorgpad van de LAN.

Bij de PMA en het NKAL starten de onderzoekstrajecten multidisciplinair op en combineren private financiering met verzekerde zorg. Zij hebben naast de curatieve professionals ook de arboprofessionals in huis en zo functioneren zij als een derdelijns expertisecentrum, conform de beschrijving in het zorgpad van de LAN. Het MDO in beide centra is een integraal onderdeel van het diagnostisch onderzoekstraject en worden door beide centra zelf gefinancierd. Komt uit het

MDO naar voren dat er nader onderzoek nodig is, dan kunnen zowel de PMA als het NKAL deze onderzoeken zelf uitvoeren na een accordering van de offerte door de werkgever.

Conclusie

Uit de kenmerken van de verschillende kenniscentra werkgerelateerde longziekten valt op te maken dat twee centra een regionale functie vervullen en twee centra een bovenregionale functie hebben. Er zijn diverse regio's in Nederland waar nog geen regionaal kenniscentrum of MDO's werkgerelateerde longziekten zijn. De financiering van de bestaande MDO's is niet structureel ingebed, dit maakt het voortbestaan kwetsbaar. Daarbij rijst de vraag welke motivatie professionals kunnen hebben om deel te nemen aan een MDO en welke factoren de oprichting van een MDO werkgerelateerde longziekten beïnvloeden. In de volgende hoofdstukken wordt hierop nader ingegaan.

3. Welke factoren beïnvloeden de oprichting van een MDO werkgerelateerde longziekten?

Relevant voor:

Beleidsmakers, beleidsondersteuners, bestuurders, zorgverzekeraars, zorg- en arboprofessionals en onderzoekers

Inleiding

Een MDO werkgerelateerde longziekten binnen een team van longartsen, bedrijfsartsen en arbeidshygiënist, biedt meerwaarde voor de diagnostiek en aanpak van werkgerelateerde longziekten. Omdat de meeste MDO's regionaal handelen, is er geen landelijke dekking en zijn er regio's waar geen MDO werkgerelateerde longziekten beschikbaar is maar waar mogelijk wel behoefte is om deze op te starten voor een regionale kennis- en zorgverleningsimpuls. Een regionaal MDO werkgerelateerde longziekten aldaar kan een stap vooruit betekenen in de aanpak van werkgerelateerde longziekten.

Voor beleidsmakers en lokale zorg- en arboprofessionals roept dat de vraag op wat kan helpen met, en welke factoren een rol spelen bij, het oprichten van een nieuw MDO werkgerelateerde longziekten. Om deze vraag te beantwoorden is er eind 2024 een interviewstudie uitgevoerd met deelnemers die ervaring hebben met de opzet van een nieuw MDO werkgerelateerde longziekten.

Methode

Studieopzet, deelnemers en procedure

Semigestructureerde interviews werden gehouden met zorg- en arboprofessionals met ervaring met het starten van een MDO werkgerelateerde longziekten (zie bijlage c). Het interviewschema bevatte vaste hoofdvragen plus mogelijke vervolgvragen. Het hoofdonderwerp was 'Ontstaan van het MDO' met dertien hoofdvragen waaronder: 'Bij wie en waar is het initiatief voor het MDO ontstaan, en wie nam vervolgens de leidende rol?', 'Was er vooraf een ideaalplaatje, zo ja wat werd op voorhand gezien als een succesvol MDO?', 'Hoe werden MDO-deelnemers gevonden en gemotiveerd om mee te doen?', 'Als u het opnieuw zou doen en opstarten, wat zou u dan anders of beter doen?', en 'Heeft u tips voor beginnende MDO's in de opstartfase?'.

Aanvullend werd gevraagd naar de huidige status van het MDO en toekomst van het MDO. Bij elk van de vier reeds lopende MDO's heeft het onderzoeksteam halverwege 2024 gevraagd om interviewdeelnemers van de zorg en arboprofessionals die betrokken waren bij de start en opzet van het MDO-team. Het betreffende MDO-teamlid kreeg vooraf een informatiebrief over het onderzoek en een instemmingsformulier. Na ondertekening van de instemming werd het MDO-teamlid geïncorporeerd voor deze studie en geïnterviewd. Elk interview duurde vijfenveertig tot zestig minuten. Alle interviews werden met toestemming van de deelnemer audio-opgenomen en vervolgens getranscribeerd. De interviewdeelnemers ontvingen een vergoeding van 150 euro als

compensatie voor hun tijd en expertise, conform geldende richtlijnen voor participatie van professionals in onderzoek.

Analyse

Thematische analyse werd gebruikt voor het duiden van de kwalitatieve interviewdata. Twee onderzoekers codeerden de transcripten onafhankelijk van elkaar en vergeleken coderingen tot consensus werd bereikt over overkoepelende hoofdthema's.

Ethiek

De niet-WMO toetsingscommissie van de Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC) van het Amsterdam UMC heeft de studie goedgekeurd (METC-nummer 2024.0813; Niet-WMO), en aangegeven dat de studie niet onder de reikwijdte van de Wet Medisch wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO) valt en voldoet aan overige relevante wet- en regelgeving.

Resultaten

Bij drie MDO's werd één relevant MDO-teamlid met ervaring met het beginnen van een MDO werkgerelateerde longziekten geïnterviewd. Dit betrof tweemaal een longarts en één arbeidshygiënist. Bij het vierde MDO werden twee relevante MDO-teamleden geïnterviewd, namelijk een longarts en een bedrijfsarts.

Motivatie

De geïnterviewden gaven aan dat zij 1) te maken hadden met patiënten met longziekten, 2) de overtuiging hadden dat werk en blootstelling aan stoffen of allergenen op het werk een relatie kan hebben met longziekten, en 3) het idee hadden dat overleg in een MDO werkgerelateerde longziekten kan helpen bij het doorgronden en aanpakken van (werk- of beroepsgerelateerde) longgezondheidsproblematiek.

Actuele longproblematiek en eigen motivatie om patiënten te helpen, met daarbij focus op relatie van arbeid met gezondheid, leidde in één geval tot de opstart van een nieuw MDO werkgerelateerde longziekten. Voor anderen was er ook sprake van externe aansporing zoals een subsidie via een pilotproject, financiële regeling, of het zien van een goed voorbeeld bij anderen.

Gezegd werd bijvoorbeeld:

Deelnemer 1: "Ja, ik denk dat als een subsidiegever aandacht geeft aan een bepaald gebied dat dat er daadwerkelijk toe leidt dat er meer (...) activiteiten gaan ontstaan op dat gebied. Ik vond dat indertijd een heel goede actie (...), om op die manier aandacht te vragen ervoor, want op die manier werkt dat ook."

Deelnemer 3: " (...) ik liep tegen longproblemen aan die er al langer waren, die het toenmalige hoofd al langer gesignaleerd had van dat moeten we uitzoeken, (...) contact gezocht met het academisch ziekenhuis (...) en hebben we dat contact verder geïntensiveerd."

Deelnemer 5: "[Zij] hebben destijds een presentatie gegeven bij ons, het jaar daarvoor, en die hadden toen een oproep gedaan (...). En dat was voor mij eigenlijk de eyeopener van dat ik dacht, misschien moet ik daar toch eens over na gaan denken dat ik dit op ga pakken."

Andere redenen speelden voor de interviewdeelnemers ook mee bij het nemen van initiatief voor de start van een MDO werkgerelateerde longziekten zoals een meer specifieke intrinsieke motivatie. Deelnemers gaven aan dat deelname aan een dergelijk MDO hen in staat stelt beter bij te dragen aan de zorg voor patiënten en behandelaars te ondersteunen, wat zij als waardevol ervaren. Daarnaast zagen zij persoonlijke meerwaarde, bijvoorbeeld in de vorm van professionele ontwikkeling, verdieping van kennis en inzicht, en het opbouwen van interprofessionele relaties. Enkele deelnemers benoemden bovendien dat door het initiëren van een MDO ook positief kan bijdragen aan hun loopbaanontwikkeling. De hoofdboodschap is dat het oprichten van een MDO werkgerelateerde longziekten om meerdere verschillende positieve redenen interessant en aantrekkelijk kan zijn voor initiatiefnemers. Gezegd werd bijvoorbeeld:

Deelnemer 1: "Onze motivatie was interesse. (...) Het is zo vanuit de praktijk ontstaan, wij ervoeren dat nuttig, wij dachten ook dat het belangrijk was in bredere zin."

Deelnemer 4: "Maar als ik even naar mij persoonlijk kijk, het is een van de leukste momenten. Multidisciplinair naar casuïstiek kijken is ongeveer de jus op het werk."

Organisatorische en praktische aspecten: middelen en handelingsvrijheid

Het beginnen en uitvoeren van een MDO werkgerelateerde longziekten heeft naast de vereiste kennis ook diverse organisatorische en praktische aspecten volgens de deelnemers. Allereerst is het belangrijk om de juiste middelen te verkrijgen en voorhanden te hebben. Dan gaat het bijvoorbeeld om de inrichting van het overleg zoals moment, duur en wijze van samen komen (in persoon, online, of hybride) plus overlegmaterialen (bijvoorbeeld, agenda, notulen), maar des te meer ook om patiënten casussen te hebben voor de bespreking, en de benodigde expertises (longarts, bedrijfsarts, arbeidshygiënist) te hebben. Het is bijvoorbeeld nodig om het MDO kenbaar te maken aan andere artsen in de regio zodat er ook voldoende casuïstiek wordt aangeleverd. Hierbij werd aangegeven door de deelnemers dat juist het verkrijgen van de juiste expertise moeilijk kan zijn en kan demotiveren wanneer dat niet voldoende lukt. Gezegd werd bijvoorbeeld:

Deelnemer 2: "Praktische voorwaarden zijn; je moet wel een MDO-ruimte hebben, een Teams hebben, alle specialisaties bij mekaar hebben, (...)."

Deelnemer 4: "Multidisciplinair betekent dat je multidisciplinaire kennis aanwezig moet hebben, dat is een belangrijke voorwaarde. (...) Je moet expertise bij elkaar hebben, die hadden we, de ruimte hebben we, de patiënten kwamen, je moet doorverwijzingen hebben."

Wat opviel tijdens de interviews was dat de deelnemers aangaven dat zij handelings- en beslisvrijheid ervoerden, en dat dit hen hielp bij het initiëren van het MDO. Het ging daarbij bijvoorbeeld om het kunnen inpassen van voorbereidende activiteiten voor het MDO in de eigen werktijd zoals bijvoorbeeld het schrijven aan een projectaanvraag voor subsidie of het benaderen van potentiële teamleden. Tegelijkertijd gaven sommige deelnemers aan dat dergelijke handelingsruimte nauw samenhangt met de prioriteit die binnen de eigen organisatie aan het MDO wordt toegekend. Een MDO werkgerelateerde longziekten als nieuw initiatief kan ontstaan wanneer er voldoende tijd en organisatorische ruimte voor vorming ervan kan worden vrijgemaakt. Gezegd werd onder andere:

Deelnemer 1: "Dat was een tijd dat je dat soort dingen gewoon nog even in de wandelgangen overlegde en dan was dat prima."

Deelnemer 2: "En dan moet ik echt zeggen over dit ziekenhuis, alles wat ik bedenkt, als ik het goed vertel en een goed plan heb, ik mag hier alles. Dat is wel wat je je moet realiseren, dat dat echt geluk is."

Deelnemer 4: "Wij zijn zelfstandig. Wij konden zelfstandig besluiten nemen om dat te doen en hoe het te doen."

Beschouwing

Met behulp van het perspectief van de MDO- teamleden die betrokken waren bij de oprichting van nieuwe MDO's werkgerelateerde longziekten is inzicht is verkregen in de belangrijkste factoren die een rol spelen bij de oprichting van een MDO werkgerelateerde longziekten. De factoren staan in detail samengevat in het protocol getiteld 'Voorwaarden voor het beginnen van een MDO werkgerelateerde longziekten' (Zie bijlage c). In het kort zijn de belangrijkste uitkomsten:

- Voor het kunnen ontstaan van een MDO werkgerelateerde longziekten is allereerst een overtuiging van de ervaren meerwaarde essentieel, namelijk: de zorgverlener-overtuiging dat het bij diagnose van, en voor behandeling van, longziekten (ook) erg belangrijk is om multidisciplinair aandacht te besteden aan werkgerelateerde factoren zoals blootstelling aan stoffen of allergenen.
- Ook intrinsieke motivatie en professionele betrokkenheid spelen volgens de deelnemers mee bij motivatie om een MDO te starten, evenals de beschikbaarheid van externe stimulansen en middelen zoals projectsubsidies.
- Daarnaast zijn diverse praktische randvoorwaarden van belang, waaronder voldoende aanwas van casuïstiek voor de bespreking, voldoende kernexpertises, en middelen voor organisatie en uitvoering van een MDO. Zonder de beschikbaarheid van ICT voor onlineoverleg en/of overlegruimte op locatie, tijdsbeschikbaarheid kan een MDO niet structureel georganiseerd worden. Beleidsmakers, vakorganisaties, en zorgverzekeraars, kunnen hierbij een belangrijke ondersteunende rol spelen door tijd en middelen te faciliteren. Een goed voorbeeld van een bestaand MDO kan bovendien fungeren als praktisch referentiepunt of inspiratiebron voor nieuwe initiatieven.
- Tot slot blijkt uit de interviews dat voldoende handelings- en beslisruimte voor het voorbereiden, organiseren en gaan houden van het MDO, evenals organisatorische prioriteitstelling essentieel zijn.

Voor oprichting van een MDO is het echter ook belangrijk dat de lokale zorg- en arboprofessionals er positief tegenover staan en casuïstiek zouden willen aanleveren. We hebben een eerste peiling uitgezet bij longartsen, kaderhuisartsen astma/COPD, bedrijfsartsen en arbeidshygiënisten om inzicht te verkrijgen of hier sprake van is. In het volgende hoofdstuk 4 komt dit aan de orde.

Conclusie

Een nieuw MDO werkgerelateerde longziekten kan ontstaan wanneer een of meer relevante zorg- en arboprofessionals worden aangespoord om dit op te zetten (motivatie), zij richting hebben hoe zij dit kunnen opzetten (werkwijze, middelen), en de ruimte krijgen om het te doen (handelingsvrijheid).

4. Behoeftepeiling en facilitering deelname MDO

Relevant voor:

Voorzitter(s) en oprichters MDO werkgerelateerde longziekten, beleidsmakers en ondersteuners, onderzoekers, managers en leidinggevenden van zorg- en arboprofessionals

Inleiding

Voor het slagen en continueren van een MDO werkgerelateerde longziekten is beschikbaarheid van expertise en de aanlevering van casuïstiek van belang. Doorgaans is het de longarts die de casus ter bespreking inbrengt, maar MDO's kunnen ook open staan voor casuïstiek ingebracht door andere relevante zorg- en arboprofessionals, zoals de bedrijfsarts of (kader)huisarts en een arbeidshygiënist. Daarnaast kunnen MDO's zich enkel richten op patiënten uit de eigen polikliniek of zich ook richten op casuïstiek die van buiten de eigen organisatie wordt ingebracht.

Daarom is het relevant te weten te komen wat uitvoerende zorg- en arboprofessionals in het veld aangeven over een MDO werkgerelateerde longziekten. Hebben zij behoefte aan het inbrengen van casuïstiek (patiënten) bij een dergelijk MDO? En als het gaat over een aanmeldsysteem voor casuïstiek, wat helpt deze professionals in het veld dan bijvoorbeeld om casuïstiek aan te melden? Voor het beantwoorden van bovenstaande vragen is begin 2025 een behoeftepeiling uitgevoerd onder diverse professionals in het veld te weten: longartsen, bedrijfsartsen, arbeidshygiënisten, en (kader)huisartsen Astma/COPD.

Methode

Studieopzet, deelnemers en procedure

Voor de peiling werd een vragenlijstonderzoek gebruikt. Relevante professionals in het veld, namelijk longartsen, bedrijfsartsen, kaderhuisartsen astma/COPD en arbeidshygiënisten, werden via hun netwerken benaderd voor het vrijwillig invullen van de peilingsvragenlijst van tien minuten. De gebruikte netwerken met toegang tot de relevante veldprofessionals waren o.a. de Nederlandse Vereniging voor Arbeidshygiëne, de COPD & Astma Huisartsen Adviesgroep (CAHAG), de Nederlandse Vereniging voor Klinische Arbeidsgeneeskunde (NVKA), Netwerk Topverwijzers bedrijfsartsen PMA, nieuwsbriefledengroep Peilstation Intensief Melden (PIM) van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB), ledengroepen Preventie, Beroepsziekten, en Stoffengerelateerde Beroepsziekten van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde (NVAB), en de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT).

De vragenlijst bevatte vragen over: ervaring met patiënten of cliënten met mogelijke werkgerelateerde longziekten, behoefte aan interdisciplinair overleg over beroeps-longziekten en MDO-advies, en vragen over wensen rondom een aanmeldsysteem voor casuïstiek. De vragenlijst sloot af met een verzoek voor een kort aanvullend telefonisch interview. Omdat het slechts een

peiling voor een eerste inzicht betrof werd het aantal uit te nodigen deelnemers per discipline beperkt gehouden (tussen de 10-30 deelnemers per discipline).

Deelnemers die zich bereid en beschikbaar verklaarden voor een kort telefonisch interview werden gebeld en op afspraak telefonisch geïnterviewd. Het interview was semigestructureerd met een duur van ongeveer vijftien minuten. De interviewvragen volgden de vragen van de vragenlijst na. Deelnemers werden gevraagd te vertellen of zij in hun werk te maken hebben met patiënten met mogelijke beroepslongziekten, hun handelingswijze bij zulke patiënten, eventuele behoefte aan het inbrengen van casuïstiek en het als teamlid deel uitmaken van een MDO werkgerelateerde longziekten, eventuele andere wensen of interesses rondom een dergelijk MDO, en de bereikbaarheid van hun beroepsgroep voor eventueel nieuws rondom deze MDO's. Het gestelde doel was om drie gezondheidsprofessionals per discipline te interviewen.

Analyse

De vragenlijstgegevens werden geanalyseerd met beschrijvende statistiek met behulp van SPSS. De interviewdata zijn inhoudelijk gezien op relevante uitspraken voor nadere rapportage bij de vragenlijst gegevens.

Ethiek

De niet-WMO toetsingscommissie van de METC van het Amsterdam UMC heeft de studie goedgekeurd (METC-nummer 2024.0813; Niet-WMO), en aangegeven dat de studie niet onder de reikwijdte van de Wet Medisch wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO) valt en voldoet aan overige relevante wet- en regelgeving.

Resultaten

De vragenlijsten zijn via contactpersonen bij regionale netwerken van de vier professionele groepen uitgezet. Er is geen volledig zicht hoeveel professionals hiermee zijn bereikt. Van de uitgezette vragenlijsten ontvingen wij ingevulde vragenlijsten retour van 25 bedrijfsartsen, 31 arbeidshygiënisten, negen longartsen en vijftien kaderhuisartsen astma/COPD. Van deze groep zijn vier arbeidshygiënisten, vier bedrijfsartsen, drie longartsen, en vier kaderhuisartsen astma/COPD, aanvullend geïnterviewd. Hierbij werd slechts door een van de deelnemers aangegeven dat deze zich specifiek richt op het snijvlak van werk en longziekten, de overige deelnemers gaven niet aan specifiek gericht te zijn op, of specifiek bezig te zijn met, de combinatie van werk en longziekten.

Contact met personen met mogelijke beroepslongziekten

Het merendeel van de bedrijfsartsen (n = 20; 80%) en arbeidshygiënisten (n = 30; 97%) gaven aan werkzaam te zijn voor een bedrijf waar met chemische en biologische stoffen gewerkt wordt. Het merendeel (bedrijfsartsen: n = 24; 96%; arbeidshygiënisten: n = 26; 84%) gaf ook aan in het eigen werk werknemers met mogelijke werkgerelateerde longklachten tegen te komen. Alle deelnemende longartsen en kaderhuisartsen astma/COPD rapporteerden dat zij patiënten hebben waarbij de longaandoening waarschijnlijk of mogelijk een relatie heeft met het werk van de patiënt.

Meer specifiek heeft bijna de helft van de bedrijfsartsen (n = 11; 44%) aangegeven elk half jaar weleens zo'n werkende te zien, heeft iets minder dan een derde van de bedrijfsartsen (n = 8; 32%) aangegeven elk jaar weleens zo'n werkende te zien, en heeft een vijfde van de bedrijfsartsen (n = 5; 20%) aangegeven om de paar jaar weleens zo'n werkende te zien.

De drie bedrijfsartsen, drie longartsen, en drie kaderhuisartsen die in het interview gevraagd werden of zij in hun werk weleens patiënten of werkenden tegenkomen met mogelijke

beroepslongziekten antwoordden bevestigend. De vier arbeidshygiënisten die in het interview gevraagd werden of zij in hun werk weleens werkenden tegenkomen met mogelijke beroepslongziekten antwoordden verdeeld. Uitgelichte uitspraken zijn:

Arbeidshygiënist (interviewdeelnemer 13): "Ja dat komt wel voor, ja. Ik heb wel in het verleden stofmetingen gedaan, bijvoorbeeld in een fabriek met zand, hoge waardes vastgesteld, dat ook aangegeven, en uiteindelijk bleek ook een van de medewerkers silicose te hebben, dus stoflong."

Longarts (interviewdeelnemer 10): "Ja (...) je hebt ook wel niet-astma gerelateerde klachten die wel longklachten kunnen geven zoals asbestcontact bijvoorbeeld. Dus ja. Ik had eigenlijk wel meer verwacht. Soms denk ik weleens heb ik een relatie te weinig gesteld zeg maar.(...)."

Kaderhuisarts astma/COPD (interviewdeelnemer 9): "Ja, zeker. In de regio waar ik werk is een houtverwerkingsbedrijf. (...). Maar ook boerenbedrijven, niet alleen mensen die daar zelf boeren maar ook omwonenden die soms wat klachten kunnen hebben van fijnstof dat dat met zich meebrengt. Dus het komt regelmatig voor in de regio waar ik werk."

Meedoen met een MDO werkgerelateerde longziekten als inbrenger van casuïstiek

Meer dan de helft van de gepeilde bedrijfsartsen (n = 14; 56%), en alle longartsen (n = 9, 100%), gaven aan dat zij graag casuïstiek inbrengen voor het verkrijgen van een MDO-advies. In dit kader gaf het merendeel van de gepeilde arbeidshygiënisten (n = 30, 97%) aan behoefte te hebben om met meerdere disciplines, namelijk bedrijfsarts plus longarts, te overleggen over vraagstukken in het kader van werkgerelateerde longziekten. Gepeilde kaderhuisartsen astma/COPD gaven aan in enige mate (n = 6, 40%) tot zeker (n = 4, 26,7%) behoefte te hebben aan het inbrengen van casuïstiek bij een MDO werkgerelateerde longziekten, anderzijds toonde een derde van de gepeilde kaderhuisartsen geen behoefte (n = 5; 33%).

De drie geïnterviewde bedrijfsartsen en drie geïnterviewde longartsen zien het inbrengen van casuïstiek bij een MDO werkgerelateerde longziekten als behulpzaam. Twee van de vier geïnterviewde arbeidshygiënisten hebben minder behoefte aangegeven voor het inbrengen van casuïstiek bij een dergelijk MDO. De andere twee geïnterviewde arbeidshygiënisten zien het meedenken door een MDO-team werkgerelateerde longziekten als behulpzaam. De drie geïnterviewde kaderhuisartsen zien het inbrengen van casuïstiek bij een MDO werkgerelateerde longziekten als interessant, maar misschien minder relevant voor huisartsen in het algemeen. Uitgelichte uitspraken zijn:

Bedrijfsarts (Interviewdeelnemer 4): "(...) als ik zou weten dat er regionaal een MDO is waar ik casuïstiek aan kan melden, waar ik in kan participeren, of waar ze meekijken met mijn casus, zou ik dat zeker doen."

Arbeidshygiënist (Interviewdeelnemer 12): "Ja, ik denk dat dat wel een hele goeie kan zijn, het zijn toch vaak puzzels, (...) Dus ja ik zou er wel gebruik van willen maken."

Kaderhuisarts astma/COPD (Interviewdeelnemer 11): "(...) wij sturen de mensen natuurlijk dan toch naar de longarts (...). Maar als ik zelf een patiënt heb dan zou dat wel interessant zijn voor me, ik zou dat wel interessant vinden omdat ik geïnteresseerd ben in longziekten. Maar ik denk ook dat er heel veel huisartsen zijn die zeggen, nou ik hoor het wel, weet je."

Meedoen met een MDO werkgerelateerde longziekten als teamlid

Meer dan de helft van de bedrijfsartsen (n = 15; 60%) heeft aangegeven als expert mee te willen doen met een MDO werkgerelateerde longziekten. Slechts twee van de longartsen (22%) toonden interesse om als MDO-teamlid mee te doen. Iets meer dan de helft van de geselecteerde kaderhuisartsen astma/COPD (n = 8; 53%) toonde interesse om als teamlid onderdeel uit te maken van een MDO werkgerelateerde longziekten. Voor bevorderende factoren voor deelname aan een MDO werkgerelateerde longziekten, zie Tabel 1.

Tabel 1. Bevorderende factoren voor deelname als teamlid bij een MDO werkgerelateerde longziekten

	Bedrijfsartsen (n=25) Aantal (%) eens	Arbeidshygiënist (n=31) Aantal (%) eens	Longartsen (n=9) Aantal (%) eens	Huisartsen (n=15) Aantal (%) eens
Beperkte voorbereidingstijd	7 (28%)	9 (29%)	4 (44%)	6 (40%)
Online deelname mogelijk	12 (48%)	25 (81%)	8 (89%)	13 (87%)
Deelnametijd is beperkt	6 (24%)	7 (23%)	2 (22%)	4 (27%)
Bekendheid met werkwijze MDO en andere deelnemers	7 (28%)	14 (45%)	5 (56%)	6 (40%)
Deelname is vrijblijvend	9 (36%)	7 (23%)	4 (44%)	6 (40%)
Financiële vergoeding voor deelname	3 (12%)	8 (26%)	1 (11%)	6 (40%)
Voldoende ruimte in de agenda	5 (20%)	8 (26%)	3 (33%)	4 (27%)

Tijdens de interviews met deelnemers werden in aanvulling ook praktische hinderende factoren genoemd zoals tijdgebrek en onzekerheid over eigen expertise die deelname aan een MDO werkgerelateerde longziekten kunnen bemoeilijken, met uitspraken als:

Bedrijfsarts (Interviewdeelnemer 3): "In principe vind ik al dat soort dingen leuk. Het lastige met bedrijfsartsen is dat altijd dat we weinig tijd hebben, dat er veel klanten zijn, veel werk. (...) In eerste instantie denk ik ja tuurlijk, superbelangrijk, en in tweede instantie denk ik, ja maar hoe dan? Snap je?" - Bedrijfsarts (Interviewdeelnemer 3).

Longarts (Interviewdeelnemer 8): "Ik denk dat het niet in te passen is met mijn huidige werkzaamheden nu hier in het centrum. En (...) ik weet niet of ik voldoende kennis daarover heb."

Een aantal geïnterviewde kaderhuisartsen merkte als toelichting nog op dat voor hen eerst voldoende ruimte moet worden vrijgemaakt in hun praktijk of diensten, waarbij zij aangeven dat het niet op voorhand te zeggen is of zij kunnen deelnemen. Dit bemoeilijkt vaste deelname aan een MDO. Ook geven zij aan dat zij voor veel onderwerpen interesse hebben en niet aan alles mee

kunnen doen. Een kaderhuisarts gaf daarbij aan dat hij momenteel geen tijd had voor deelname aan een dergelijk MDO maar dit in de toekomst wel interessant zou vinden.

Aanvullend hebben arbeidshygiënisten nog enkele opmerkingen gemaakt die het voor hen gemakkelijker kunnen maken om als vast teamlid mee te doen aan een MDO werkgerelateerde longziekten, waaronder het zien van toegevoegde waarde van een dergelijk MDO zoals voor eigen kennisverbreding en vergroting van de eigen expertise. Andere relevante punten die door hen als voorwaarde werden genoemd waren: "financiële vergoeding", "Het hebben van inhoudelijk goede deelnemers met ervaring in de industrie", "Garantie van onafhankelijkheid", "Deelname op ad hoc basis", en "Aanlevering van informatie door de werkgever".

Aanmeldsysteem voor casuïstiek

Deelnemende longartsen, bedrijfsartsen en kaderhuisartsen zijn gevraagd wat het voor hen makkelijk kan maken om individuele casuïstiek in te brengen bij een MDO werkgerelateerde longziekten. Zie Tabel 2 voor een overzicht.

Tabel 2. Bevorderende factoren voor aanmelden casuïstiek

	Bedrijfsartsen (n=25) Aantal (%) eens	Longartsen (n=9) Aantal (%) eens	Huisartsen (n=15) Aantal (%) eens
Casus schriftelijk (e-mail) kunnen inbrengen en vervolgens schriftelijk een advies te ontvangen	15 (60%)	4 (44%)	7 (47%)
Ruim van tevoren bekendheid wanneer MDO plaatsvindt	16 (64%)	6 (67%)	4 (27%)
Tijdbesparend aanmeldformulier	10 (40%)	8 (89%)	6 (40%)
Periodieke herinnering voor aanmelden casuïstiek	8 (32%)	1 (11%)	3 (20%)
Financiële vergoeding voor aanmelden casuïstiek	2 (8%)	1 (11%)	1 (7%)
Extra tijd beschikbaar voor aanmelden casuïstiek	6 (24%)	3 (33%)	5 (33%)

Over gemak van het aanmeldsysteem voor casuïstiek hebben geïnterviewden bijvoorbeeld het volgende aangegeven:

Bedrijfsarts (Interviewdeelnemer 4): "Gewoon per email. Een Postbus waar je zegt 'Ik meld casuïstiek aan' en dat je dan een reply krijgt wanneer die casuïstiek behandeld wordt, en of je erbij wil zijn of niet, en dat je daarna bericht krijgt, zo iets."

Arbeidshygiënist (Interviewdeelnemer 13): "(...), noem het MDOLONGEN.NL of zo iets. (...), maar in ieder geval een centraal landelijk punt die het liefst lokaal aanwijst, dan kunt u daar terecht. Verwijzing via de bedrijfsarts naar een centraal punt."

Longarts (Interviewdeelnemer 8): "Het moet vooral zo makkelijk mogelijk worden gemaakt om mensen te kunnen aanmelden. Dus niet uitgebreide formulieren moeten invullen, mailen, het moet logistiek allemaal zo makkelijk mogelijk. (...)."

Kaderhuisarts astma/COPD (Interviewdeelnemer 11): "(...) alle verwijzingen in Nederland, naar welke specialist je ook verwijst, dat gaat via Zorgdomein. En wij kunnen bijvoorbeeld ook lokale ziekenhuis consultaties doen aan specialisten. (...) Dat je het makkelijk kunt vinden. (...) Het moet vooral makkelijk en snel."

De gegevens van Tabel 2 en de interview uitspraken samen maken duidelijk dat de professionals eerder casuïstiek voor het MDO zullen indienen wanneer zij duidelijkheid hebben over het inbrengen (waar, wanneer en hoe; vindbaarheid) én het inbrengen gemakkelijk gedaan kan worden (het indienen van casuïstiek is laagdrempelig; het kost bijvoorbeeld weinig tijd en gaat niet via een moeilijk systeem).

Beschouwing

Met behulp van een peiling is inzicht verkregen in behoeften en voorkeuren van zorg- en arboprofessionals in het veld rondom een MDO werkgerelateerde longziekten. De peiling is gedaan omdat het voor de oprichting van een nieuw MDO belangrijk is dat de professionals in de regio er positief tegenover staan en casuïstiek zouden willen aanleveren.

Deelnemers aan het onderzoek geven aan in hun werk te maken te hebben met longziekten met een mogelijke werkgerelateerde oorzaak en positief te staan tegenover een MDO werkgerelateerde longziekten. Daarnaast hebben de deelnemers aangegeven graag casuïstiek te willen aanleveren voor een dergelijk MDO. Dat bleek met name het geval voor longartsen en bedrijfsartsen. Voor de arbeidshygiënist en de kaderhuisartsen was die behoefte wat lager. Een deel van deze deelnemers gaf aan wel casuïstiek te willen aanleveren, maar er was ook een deel dat eerst naar de bedrijfsarts of longarts zal doorverwijzen die dan vervolgens de casuïstiek kan inbrengen bij een MDO.

Voor het als expert teamlid deel uitmaken van een MDO werkgerelateerde longziekten bleek met name animo te zijn bij de bedrijfsartsen, arbeidshygiënist en kaderhuisartsen astma/COPD. De longartsen hadden minder behoefte om teamlid te willen zijn van een dergelijk MDO. Bij de verschillende professionals maken online mee kunnen doen, vrijblijvendheid, en lage belasting qua voorbereiding, het gemakkelijker om aan sluiten bij een MDO werkgerelateerde longziekten.

Als het gaat om aanmelden van casuïstiek, bijvoorbeeld in het kader van een aanmeldsysteem, dan zijn laagdrempeligheid en gebruikersgemak voor de verschillende groepen professionals essentieel. Hierbij gaat het onder andere om lage belasting qua tijd (bijvoorbeeld wat betreft het invullen en verzenden van het aanmeldformulier), het gemak van het aanmeldsysteem, en de vindbaarheid.

Conclusie

Samenvattend toont de behoeftepeiling dat zorg- en arboprofessionals positief staan tegenover een MDO werkgerelateerde longziekten en graag casuïstiek hiervoor aanleveren (met name longartsen en bedrijfsartsen). Inzicht is ook verkregen in wat het voor deze groepen gemakkelijker maakt om casuïstiek aan te brengen bij een MDO werkgerelateerde longziekten, waarbij gebruikersgemak en lage tijdsbelasting voorkeur hebben. Het overgrote merendeel van de deelnemers aan de behoeftepeiling, inclusief geïnterviewden, betreft personen die zich niet reeds specifiek richten op het snijvlak van beroep en longziekten, en dus nieuwe geïnteresseerden. Voor initiatiefnemers van een MDO werkgerelateerde longziekten is dit uitnodigend, en geeft het de boodschap: 'Zoek de professionals op, want ze hebben er behoefte aan!'

Als er een nieuw MDO werkgerelateerde longziekten is gestart, komt ook de vraag over hoe het MDO efficiënt te houden zoals belangrijk is voor continuering en levensvatbaarheid van het MDO. Hoofdstuk 5 richt zich daarom op factoren relevant voor continuering van een MDO werkgerelateerde longziekten (team- en teamlidfactoren).

5. Team- en teamlid factoren voor de continuering van een MDO werkgerelateerde longziekten

Relevant voor:

Voorzitter(s) en oprichters MDO werkgerelateerde longziekten, beleidsmakers en ondersteuners, onderzoekers, managers van zorg- en arboprofessionals

Inleiding

Een MDO-team is een gezondheidsnetwerk dat verschillende typen gezondheidsprofessionals samenbrengt, en laat samenwerken, om te komen tot uitkomsten voor patiënten. De effectiviteit, en daarmee het continueringvermogen, van een MDO-team als gezondheidsnetwerk is overeenkomstig het gezondheidsnetwerk-evaluatiekader van Cunningham et al. (2019) (25) onder andere afhankelijk van a) karakteristieken van het MDO-team, en b) de leden van het MDO-team.

Over teamfactoren en kenmerken van leden die de effectiviteit van een MDO-team werkgerelateerde longziekten kunnen helpen of hinderen is nog weinig bekend. Kennis hierover is belangrijk om de continuering van een dergelijk MDO te kunnen begrijpen en bevorderen. Kennis over motivatie van MDO-teamleden om mee te (blijven) doen kan bijvoorbeeld ook helpen bij het werven van nieuwe teamleden, zoals bijvoorbeeld relevant wanneer huidige MDO-teamleden de organisatie verlaten vanwege baanwissel of pensionering.

Om continuering van een bestaand MDO-team werkgerelateerde longziekten te kunnen begrijpen en bevorderen onderzochten we MDO-teamfactoren en deelnemer kenmerken. Halverwege 2025 is er een kwalitatieve interviewstudie uitgevoerd met teamleden van verschillende MDO's werkgerelateerde longziekten als deelnemers.

Methode

Studieopzet, deelnemers en procedure

Semigestructureerde interviews werden gehouden met actieve uitvoerende teamleden (longartsen, bedrijfsartsen, arbeidshygiënist; met uitzondering van de voorzitters) van de verschillende MDOs werkgerelateerde longziekten in Nederland. Vaste teamleden waren bekend bij de onderzoekers en werden via de email uitgenodigd voor een interview. Bij getoonde interesse voor deelname kregen zij een informatiebrief over het onderzoek gepresenteerd plus een instemmingsformulier. Na instemming voor deelname aan het onderzoek werd een interview gepland. Het interviewschema omvatte de thema's van Cunningham et al. (2019) relevant voor het evalueren van het proces van gezondheidsnetwerken, en had zowel vragen op team- als op deelnemer niveau (25). Elk interview duurde vijfenveertig tot zestig minuten. Alle interviews werden na toestemming van de deelnemer audio-opgenomen en vervolgens getranscribeerd. Deelnemers ontvingen een vergoeding van 150 euro als compensatie, conform geldende richtlijnen voor participatie van professionals in onderzoek.

Voor de nadere categorisatie van bevorderende en belemmerende factoren op zowel team- als op deelnemer niveau werd bij twee MDOs werkgerelateerde longziekten een observatie gedaan van het algemene procesverloop van een MDO. Voorafgaand aan de observatie kregen alle teamleden van de betreffende MDO's een informatiebrief gepresenteerd over de observatie plus een instemmingsformulier, en na instemming met de observatie door alle MDO-teamleden werd de observatie uitgevoerd.

Ethiek

De niet-WMO toetsingscommissie van de METC van het Amsterdam UMC heeft de studie goedgekeurd (METC-nummer 2025.0191; Niet-WMO), en aangegeven dat de studie niet onder de reikwijdte van de Wet Medisch wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO) valt en voldoet aan overige relevante wet- en regelgeving.

Analyse

Thematische analyse werd gebruikt voor het duiden van de kwalitatieve interviewdata. Twee ervaren onderzoekers codeerden de transcripten onafhankelijk van elkaar met behulp van MAXQDA, waarna coderingen werden vergeleken en besproken totdat consensus werd bereikte over de indeling en interpretatie van de overkoepelende thema's.

Resultaten

Deelnemers

Drie bedrijfsartsen, drie arbeidshygiënisten en twee longartsen zijn als actieve MDO-teamleden geïnterviewd.

Observatie procesverloop werkgerelateerde longziekten

Bij beide geobserveerde MDO's verliepen de fases van het MDO overeenkomstig.

80. Een algemene voorfase waarin het arriveren van deelnemers en de opening van het overleg door de voorzitter.
81. Een creatieproces fase met
82. een inbrengfase waarin achtereenvolgend in een uur meerdere patiënten casuïstiek worden ingebracht.
83. een procesfase waarin voor elk ingebrachte casus werd overlegd.
84. een eindfase waarin een per casus een conclusie en advies voor de patiënt of verwijzer werd besproken en afgestemd.
85. Een algemene eindfase waarin het MDO wordt afgesloten en de deelnemers het MDO kunnen verlaten.

Coderingen en thema's

De analyse resulteerde in dertien clusters met een veelvoud aan coderingen (uitspraken), en deze konden worden toebedeeld aan de verschillende MDO-fasen. Per fase wordt ingegaan op de kenmerken op team of deelnemer niveau die de efficiëntie van die fase in het MDO kan helpen of hinderen.

Voorfase van het MDO als geheel: MDO-teamkenmerken

De deelnemers gaven allemaal aan dat een goede voorbereiding van het MDO een cruciale voorwaarde is voor een efficiënt en doelgericht MDO. Voorbereiding werd hierbij niet alleen gezien als het inhoudelijk doornemen van de casuïstiek, maar ook als een teamproces waarin rollen,

verantwoordelijkheden en logistieke afspraken vooraf duidelijk worden afgestemd. Zo gaven deelnemers aan:

Interviewdeelnemer 1: "Maar natuurlijk, als je je hebt voorbereid en je hebt ingelezen in zo'n dossier dan praat je met meer gezag dan wanneer je het dossier niet kent en je reageert gewoon op de vraag."

Interviewdeelnemer 5: "(...) ervoor krijg ik de cases toegestuurd zodat ik die kan voorbereiden. Dat vind ik heel fijn (...) Als het voorbereid wordt, dan functioneert het goed. (...)."

Interviewdeelnemer 7: "Een goede voorbereiding door de voorzitter."

Een aantal deelnemers geeft aan dat online mee kunnen doen aan het MDO een faciliterende factor is voor participatie, omdat het de drempel verlaagt en reistijd beperkt. Tegelijkertijd benoemden zij ook beperkingen die samenhangen met de digitale vorm van overleg. De hoofdzakelijke strekking is dat online mee kunnen doen met het MDO het weliswaar gemakkelijker maakt om aan te sluiten, maar dat het voor online deelnemers moeilijker kan zijn om aan het woord te komen bij het MDO en ook kan zorgen voor minder gevoel van connectie. Gezegd werd bijvoorbeeld:

Interviewdeelnemer 4: "Kijk het huidige MDO is online, dat heeft als voordeel dat je geen reistijd hebt en dat het betrekkelijk weinig tijdsbeslag vraagt zeg maar. (...) Als je pech hebt begin je allemaal door elkaar te kakelen. En dan versta je de helft weg of er vallen mensen weg enzovoort. Het is qua communicatiestijl gewoon een wat lastiger stijl, je moet wat meer gedisciplineerd, (...). Het op elkaar reageren vind ik daarin minder makkelijk gaan. Dat heeft niet te maken met de personen met de disciplines, maar met het medium, het is online en dat maakt het gewoon wat lastiger."

Interviewdeelnemer 6: "Ja. Of je moet het via Teams doen ofzo of Online maar ik zou het in ieder geval heel laagdrempelig maken voor deskundigen om te kunnen aansluiten."

Een aantal deelnemers gaf ook duidelijk aan dat open en in veilige sfeer met elkaar het MDO in- en aangaan een belangrijke voorwaarde is voor een efficiënt MDO, met uitspraken als:

Interviewdeelnemer 2: "Respect hebben voor elkaar, luisteren naar elkaar, iemand laten uitpraten, dat soort gedrag is wel wenselijk. (...) Ik denk dat iedereen aanwezig ook wel kennis wil delen, dat iedereen er ook wel zit met het doel om het MDO positief te laten verlopen dus dat vind ik prettig."

Interviewdeelnemer 4: "Dus er moet een zekere veiligheid zijn dat het geaccepteerd is dat je dat soort vragen stelt. (...) En dat er ook normaal geantwoord wordt."

Voorfase van het MDO als geheel: MDO-deelnemer kenmerken

De deelnemers gaven veelvuldig aan dat het ervaren van meerwaarde van deelname aan het MDO voor henzelf en/of voor anderen bijdraagt aan de intrinsieke motivatie om mee te blijven doen met het MDO, met uitspraken als:

Interviewdeelnemer 1: "(...), je wil natuurlijk toch een soort, hoe moet ik het zeggen, intellectuele uitdaging. En daar, als je in een UMC werkt, een universiteit, is dat toch een van je intrinsieke motivatoren zeg maar. En dat vind ik leuk."

Interviewdeelnemer 2: "(...) ik denk dat het altijd een meerwaarde heeft omdat je altijd gewoon ook van andere vakgebieden informatie krijgt. Dus altijd ook een stukje denk ik ter interesse, ter kennis en ter leer en ter vermaak zeg maar, (...)." – Interviewdeelnemer 2.

Interviewdeelnemer 4: "(...). De motivatie voor mij is dus eigenlijk tweeledig. Aan de ene kant wil ik er wat bijdragen en aan de andere kant wil ik er wat halen. (...) Waarom ik mee blijf doen is omdat ik het idee wil hebben van het heeft meerwaarde voor het geheel, ik moet het idee hebben dat ik er ook wat te brengen heb, dat ik daar een nuttige bijdrage lever. (...) Ook het idee van ik vind het de moeite waard omdat ik er zelf wat aan terug haal. Hoe er vanuit de kliniek naar dit soort casuïstiek gekeken wordt en hoe ze daarover denken, welke vragen ze erover hebben."

Sommige deelnemers benadrukten de intellectuele uitdaging en professionele ontwikkeling, anderen de kennisuitwisseling tussen disciplines of het gevoel een betekenisvolle bijdrage te leveren aan de zorg en samenwerking.

De deelnemers gaven ook aan dat er praktische en structurele belemmeringen spelen die hen kunnen hinderen om mee te doen met het MDO. Deze belemmeringen hadden vooral betrekking op tijd, financiering en organisatorische ondersteuning. Enkele deelnemers gaven aan dat deelname aan een MDO niet altijd wordt gefaciliteerd door de eigen werkgever omdat de tijdsinvestering niet financieel wordt vergoed of niet past binnen bestaande werkrouines. Anderen noemden gebrek aan ruimte in de agenda, voorbereidingstijd en organisatorische flexibiliteit als remmende factoren.

Interviewdeelnemer 3: "Wat ik wel heel vaak hoor, heel veel artsen mogen niet van hun werkgever omdat het gewoon minder verdient dan gewoon spreekuren doen."

Interviewdeelnemer 4: "En waar het bij het vorige MDO op een gegeven moment op spaak gelopen is bij veel collega's is dat zij vanuit hun organisatie niet de tijd en ruimte kregen om mee te doen, (...)." – Interviewdeelnemer 4.

Interviewdeelnemer 8: "Kosten, voorbereiding. Tijd natuurlijk ook want het MDO is ook, (...) want het is toch een opgelegd tijdstip. En dat past ook niet altijd zeg maar in je agenda dus dat is lastig."

Inbrengfase casus: MDO-team kenmerken

De deelnemers gaven aan dat een duidelijk gestructureerde en goed voorbereide presentatie van de casus essentieel is voor een efficiënt(er) verloop van het MDO, en dat niet-afgebakende

casuïstiek kan zorgen voor verstoring, hoewel een onvolledige casus ook een signaal op zich kan zijn en richting kan geven voor verder onderzoek, illustrerende uitspraken zijn:

Interviewdeelnemer 2:“(…) Als je een patiënt inbrengt dan moet daar een goede vraagstelling zijn, een doel zijn, en dat doel moet ook kenbaar gemaakt worden binnen het MDO. Dit is de reden dat ik de patiënt bespreek, dit wil ik eruit halen. Want dan weet de groep, hier moeten we over nadenken. Dat draagt bij aan de efficiëntie.”

Interviewdeelnemer 7: “We hebben ook regelmatig zaken dan zeggen we van ja we kunnen hier niet beslissingen nemen want we hebben te weinig informatie.”

Procesfase casus: MDO-teamkenmerken

De deelnemers gaven duidelijk aan dat aan- en afwezigheid van teamleden met een sleutelrol vanwege hun expertise effectiviteit van het MDO beïnvloedt, met een illustrerende uitspraak als:

Interviewdeelnemer 8: “Dat bepaalde kennis niet aanwezig is in een MDO. Je ziet nog weleens in algemene zin in MDO’s dat vanuit ieder expertisegebied er iemand zou moeten zijn en dat dan een bepaald punt niet vertegenwoordigd is, dat altijd is jammer, want ja dan blijft dat stuk vaak open. Want vaak is het een multidisciplinaire view op een casus dus het is wel belangrijk dat al die betrokkenen echt vertegenwoordigd zijn of zich laten vertegenwoordigen. Als dat niet zo is dan is het minder waardevol en naar mijn mening ook minder zinvol om het door te laten gaan.”

De deelnemers gaven aan dat de wijze van onderlinge communicatie, met begrip voor elkaar, interesse in elkaar, maar ook actieve uitwisseling, en in een veilige sfeer, tussen MDO-teamleden het MDO kan bevorderen of hinderen, met uitspraken als:

Interviewdeelnemer 7: “(…)…dat is voor mij soms wat schakelen. De taal. Bedrijfsarts, longarts, er zit veel medische taal.” (…) De zaken worden besproken, er wordt tijd en ruimte gegeven voor vragen. (…) maar ik proef wel gewoon bij deelnemers openheid en dat er geluisterd wordt naar elkaar, ik denk dat dat een belangrijk ding is.”

De deelnemers noemen dat begeleiding tijdens het MDO de efficiëntie en effectiviteit van het MDO kan bevorderen, bijvoorbeeld wanneer het een groter MDO betreft of teamleden om andere redenen minder spreektijd kunnen krijgen, met uitspraken als:

Interviewdeelnemer 2: “ Ja. Ik denk een goede voorzitter vat samen, houdt orde, en houdt het overzicht en staat een beetje boven de stof. Dat is ideaal. (…) Een voorzitter die duidelijk is, die kan zorgen dat de orde bewaard blijft, maar ook zorgt voor leermomenten en ik denk dat dat maakt dat je ook wilt terugkomen.”

Interviewdeelnemer 7: “De voorzitter houdt het goed in de gaten, als ik mijn hand opsteek dan zegt hij op een gegeven moment, he jij wil nog wat zeggen, er wordt de volledige ruimte gegeven voor iedereen om zijn of haar zegje te doen.”

Een actieve en gestructureerde voorzittersrol, met aandacht voor evenwichtige deelname van MDO deelnemers, en het verzorgen van een goedé samenvatting na een discussie over een patiëntcasus, werd als essentieel gezien voor een productieve bespreking in het MDO.

Procesfase casus: MDO-deelnemerskenmerken

De deelnemers gaven aan dat individueel gedrag binnen het MDO een belangrijke invloed heeft op de dynamiek en effectiviteit van het MDO. Er werd genoemd dat teamleden die meer ruimte en spreektijd innemen tijdens het MDO de effectiviteit van het MDO kunnen verstoren, met uitspraken als:

Interviewdeelnemer 1: "Als het teamleden zijn die heel dominant zijn dan betekent dat onder de streep dat anderen minder ruimte krijgen. (...). Collegiaal zijn het echt geweldige mensen. (...)...hoofdzaak en bijzaken die lopen weleens door elkaar. Je moet antwoord geven op een klantvraag en dat moet je los zien van wat allemaal academisch zou kunnen."

Interviewdeelnemer 2: "Dat een bespreking gekaapt wordt. Dat kan ik wel vervelend vinden. En als er dan een voorzitter is dan vind ik ook dat die voorzitter erkend en gerespecteerd moet worden. Dus als de voorzitter dan zegt van oke we gaan door, dan vind ik ook dat diegene dat moet doen."

Eindfase casus: MDO-teamkenmerken

De deelnemers gaven aan dat een duidelijke, en bij voorkeur gedragen en uitgeschreven, algemene conclusie belangrijk is. Voorbeelduitspraken zijn:

Interviewdeelnemer 2: "(...) een voorzitter vat samen wat een groep allemaal heeft gezegd, als dit is de eindconclusie, waarbij iedereen even een moment krijgt om te zeggen dat klopt of daar ben ik het niet mee eens, en dan zegt er is consensus en ik schrijf het zo op."

Interviewdeelnemer 8: "Wat ik mis, dat is misschien een heel belangrijk punt, is een schriftelijke terugkoppeling van hetgeen dat dan besloten is. Want dat mis ik wel. (...) En nogmaals een heldere terugkoppeling op papier, dat het duidelijk is wat er is besproken en besloten."

Het formuleren van een gezamenlijke conclusie, bij voorkeur samengevat en bevestigd door alle aanwezige disciplines, werd als belangrijk voor de kwaliteit van de besluitvorming als ook voor de transparantie binnen het team gezien. Daarnaast werd ook het vastleggen en schriftelijk terugkoppelen van de resultaten als randvoorwaarde voor continuïteit genoemd.

Eindfase MDO als geheel: MDO-teamkenmerken

De deelnemers gaven aan dat gezamenlijk ervaren nut van de MDO-bijeenkomst bijdraagt aan de gedeelde beleving dat het overleg productief en zinvol was, met uitspraken als:

Interviewdeelnemer 1: "Ja zeker, zeker. Als op een bepaald moment iemand tevreden is met een advies, en je hebt een idee van he dit advies dat klopt, dat geeft toch natuurlijk altijd een kick, voor iedereen."

Interviewdeelnemer 8: "Ja ik ga altijd met een tevreden gevoel weg ja, zeker. Ook wel soms een beetje met nog wat vraagtekens hier en daar maar wel in ieder geval met het gevoel dat er echt geluisterd is en echt nieuwe informatie naar boven komt waar ik mee verder kan."

Eindfase MDO als geheel: MDO-deelnemer kenmerken

De deelnemers gaven aan dat een positieve MDO-ervaring motiverend werkt voor het (weer) meedoen aan het MDO en bijdraagt aan professionele voldoening, met uitspraken als:

Interviewdeelnemer 1: "Inhoudelijk is het heel interessant, en het is altijd toch weer een soort puzzel. Ik vind het wel leuk, ik heb daar wel energie van ja, krijg ik ervan. Het is over het algemeen wel positief."

Interviewdeelnemer 4: "Maar ik vind het ook leuk om er mee bezig te zijn en op die manier er weer van te leren."

Beschouwing

Met behulp van het perspectief van MDO-deelnemers, en aan de hand van het kader van Cunningham et al. (2019) (25), is inzicht is verkregen in sleutelfactoren die een rol spelen bij de effectiviteit, en daarmee continuering (levensvatbaarheid), van een MDO werkgerelateerde longziekten. Voor een effectief MDO is het voorafgaand aan het MDO belangrijk om een open en veilige sfeer te garanderen, dat deelnemers zich adequaat kunnen en zullen voorbereiden op het MDO, en dat er strategieën voorhanden zijn, en ingezet worden, om beperkingen van online meedoen met het MDO te ondervangen (MDO-teamkenmerken), als ook dat MDO-teamleden meerwaarde zien van het mee blijven doen aan het MDO (motivatie hebben) en weinig belasting en hinder ervaren voor deelname.

Tijdens het MDO is het belangrijk dat casuïstiek zorgvuldig en zo compleet mogelijk wordt gepresenteerd inclusief een duidelijke vraagstelling, dat kernteamleden (expertises) aanwezig zijn, er wordt gezorgd voor een actieve uitwisseling met aandacht voor elkaar en het begrijpen van elkaar, er wordt (be)geleid dat iedereen aan het woord kan komen, en er aan het einde van elke casus een duidelijke en gezamenlijk gedragen conclusie volgt (MDO-teamkenmerken).

Anderzijds is het tijdens het MDO ook van belang dat MDO-teamleden respect tonen voor elkaar en voortgang niet onnodig hinderen (MDO-teamlid kenmerken).

Aan het einde van het MDO is het belangrijk dat er resultaat (nut) van het MDO wordt gezien (MDO-teamkenmerk) als ook dat MDO-teamleden een positieve MDO-ervaring hebben gehad. Voor de voorzitter of zelfs het team als geheel is het relevant om te bezien hoe met maatwerk voor het eigen MDO aan deze factoren, indien benodigd, vorm kan worden gegeven. Daarbij kan het gaan over relatief gemakkelijk toepasbare manieren, zoals het regelmatig benoemen van positief behaalde resultaten met het MDO, als ook over meer procesmatige aanpassingen zoals bijvoorbeeld

met het team bespreken of, en zo ja, wat, er gewenst is voor een beter verloop van groepsbespreking. Zie voor het overzicht bijlage d.

Conclusie

Samenvattend is verdeeld over de verschillende fasen van een MDO werkgerelateerde longziekten gezien dat kenmerken van het MDO-team als ook kenmerken van MDO-teamleden relevant zijn voor ervaren effectiviteit, en daarmee continuering, van een dergelijk MDO. Het is de hoop dat de verkregen inzichten kunnen bijdragen aan effectiviteit, en daarmee continuering en levensvatbaarheid, van een opgericht MDO werkgerelateerde longziekten.

6. Slotbeschouwing

Zorg en arbocuratieve samenwerking kunnen beter

Meer aandacht in de curatieve zorg voor de gevolgen van ziekte en behandeling voor werk en inkomen en verbetering van de arbocuratieve samenwerking zijn thema's die al langer op de agenda van de KNMG (26), de SER (27), en de overheid en politiek staan. In het zorgdomein zijn inmiddels op meerdere fronten ontwikkelingen gaande, die de gewenste structurele veranderingen dichterbij brengen. Er is met kamerbrede steun een motie aangenomen met een opdracht aan de ministers van VWS en SZW om structurele financiering voor klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg voor kankerpatiënten te regelen (28). De ministeries van VWS en SZW hebben de handen ineengeslagen om hiervoor een verkenning te laten uitvoeren. Het Kwaliteitsinstituut van Medisch Specialisten en de Patiënten Federatie Nederland hebben het initiatief genomen om een generieke module arbeidsparticipatie voor medisch specialistische richtlijnen te ontwikkelen (12). Het Integraal Zorg Akkoord met de insteek op preventie en persoonsgerichte, regionale zorg over de scheidslijnen van zorg-domein en sociaal domein heen kan daarbij zorgen voor een vliegwieleffect (29).

Ten aanzien van aandacht voor de oorzaak van ziekte in het werk of werkomstandigheden zijn er met name ontwikkelingen sinds de oprichting van Lexces en de regeling Tegemoetkoming Stoffengerelateerde Beroepsziekten (30). Er zal naar verwachting meer aandacht ontstaan bij zorg- en arboprofessionals voor de mogelijke oorzaak van ziekte in het werk of werkomstandigheden en voor de noodzaak van het beter verbinden van de curatieve zorg met de bedrijfsgezondheidszorg. Tegelijk blijven er zorgen over de haalbaarheid van structurele arbocuratieve zorg in het huidige stelsel vanwege de strikte financiële scheiding tussen deze domeinen. Of bovengenoemde financiering voor klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg ten behoeve van kankerpatiënten ook mogelijkheden biedt voor verruiming van zorg voor betere diagnostiek van werkgerelateerde longziekten in het algemeen moet mettertijd blijken. Een complicerende factor hierbij is dat expertise vaak alleen geconcentreerd is binnen een ziekenhuis of afdeling, waarbij de connectie met de eerstelijns bedrijfsgezondheidszorg en huisartsgeneeskunde, weliswaar essentieel is, maar niet geborgd.

Multidisciplinaire teams werkgerelateerde longziekten

In 2025 zijn er vier gespecialiseerde kenniscentra in Nederland voor werkgerelateerde longziekten actief, met verschillende achtergronden, organisatievormen en financiering. Drie daarvan zijn nauw verbonden met academische ziekenhuizen. Een vijfde kenniscentrum is in oprichting. De kenniscentra WEL-010 en WEL-NN functioneren als schakel tussen tweede- en derdelijnszorg en verwijzen voor uitgebreid werkplekonderzoek door derdelijns centra zoals PMA en NKAL. Verwijzers zoals longartsen, huisartsen en bedrijfsartsen kunnen patiënten naar deze centra doorverwijzen, patiëntcasus aanbieden en/of bij MDO's aansluiten, hoewel niet alle centra externe professionals toelaten zonder verwijzing. Drie centra zijn gestart met overheidsfinanciering en hebben het MDO voortgezet ondanks het ontbreken van structurele financiering, wat hun voortbestaan kwetsbaar maakt. Het initiëren en voortzetten van deze kenniscentra en MDO's komt met name voort uit de intrinsieke motivatie van betrokken professionals die het nut en de noodzaak onderkennen van een dergelijk MDO voor adequate zorg en preventie van werkgerelateerde longziekten. Financiering van het MDO gebeurt vaak "op eigen kosten".

Deze kenniscentra en hun actieve MDO's voor werkgerelateerde longziekten zijn gecentreerd in de grotere steden van Nederland en hebben geen specifieke en directe link met industriegebieden of bijzondere sectoren. Het zuiden van Nederland, met een eigen industrie en agrarische sector, heeft vooralsnog geen kenniscentrum. Een overweging is om deze kenniscentra wel te linken met specifieke industriegebieden of sectoren waar werkgerelateerde longziekten vaker kunnen voorkomen. Een goed voorbeeld hiervan is de "bakkerspolikliniek" sinds 2012 bij NKAL.

Multidisciplinair overleg (MDO) werkgerelateerde longziekten

Voor een effectief MDO werkgerelateerde longziekten zijn volgens de deelnemers in het uitgevoerde onderzoek diverse voorwaarden van belang ten aanzien van teamleden, technische en organisatorische aspecten. Voor het initiëren en houden van een dergelijk MDO is een actieve initiatiefnemer, de aanwezigheid van relevante expertise van teamleden, steun vanuit de organisatie en financiële ondersteuning van het MDO noodzakelijk. Uit de interviewstudie bij initiatiefnemers van een multidisciplinair team en -overleg blijkt overwegend de intrinsieke overtuiging van de meerwaarde voor goede zorg (intrinsieke motivatie) in combinatie met voldoende handelingsvrijheid en praktische middelen zoals bijvoorbeeld tijd en goede ICT van belang.

De behoeftepeiling onder zorg- en arboprofessionals toonde overwegend ervaren meerwaarde van de beschikbaarheid van een kenniscentrum met een multidisciplinair overleg voor werkgerelateerde longziekten. Eigen deelname van eerstelijns professionals, arboprofessionals en longartsen aan een MDO werkgerelateerde longziekten hangt af van gebruikersgemak, de tijdsinvestering en praktische toegankelijkheid. Voor het uitvoeren van een effectief teamoverleg bleek uit de uitgevoerde interview- en observatiestudie zowel diverse teamkenmerken van belang waaronder zorgvuldige voorbereiding, sociale veiligheid, verzorgde casuspresentatie, actieve uitwisseling, en ervaren nut, als ook teamlidkenmerken zoals meerwaarde zien, respect, en positieve MDO-ervaring. Ook een goede technische voorziening is nodig om een effectief overleg te kunnen hebben. Tot slot, werd ook een heldere structuur met agendasetting genoemd als belangrijk element (zie bijlage c en d).

Conclusie

Multidisciplinaire samenwerking is essentieel voor effectieve zorg bij complexe casuïstiek zoals patiënten met verdenking van werkgerelateerde longziekten waar expertise van zowel curatieve als bedrijfsgezondheidszorg voor en bij nodig is. Het huidige gebrek aan gestructureerde samenwerking en financiering, vooral voor transmuraal overleg, vormt een belemmering voor goede diagnostiek en zorg. Verbeterde integratie en communicatie tussen verschillende zorg- en arboprofessionals, gestimuleerd door landelijke initiatieven en zorgpaden, zijn cruciaal om vroege herkenning, adequate behandeling en preventie van werkgerelateerde longziekten te bevorderen en zo de gezondheid en arbeidsvermogen van patiënten duurzaam te ondersteunen. In welke mate de bestaande multidisciplinaire teams in het beschreven netwerk rondom werkgerelateerde longziekten effect hebben op de ervaren gezondheid van patiënten en in de ervaring van verwijzers en teamleden zal worden onderzocht in de volgende fase van dit project.

7. Referenties

Alle hieronder geraadpleegde websites zijn op 11-2-2026 bezocht.

1. Landelijk expertisecentrum Stoffengerelateerde Beroepsziekten ([Lexces](https://www.lexces.nl/nl)). Institute for Risk Assessment Sciences (IRAS, Universiteit Utrecht), Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen (NKAL), Polikliniek Mens en Arbeid (PMA, Amsterdam UMC), Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB, Amsterdam UMC) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
<https://www.lexces.nl/nl>
2. TNO Work Health Technology, 2024. Rapport Arbobalans 2024, [Arbobalans 2024](https://monitorarbeid.tno.nl/wp-content/uploads/sites/16/2025/05/TNO-Arbobalans-2024.pdf)
<https://monitorarbeid.tno.nl/wp-content/uploads/sites/16/2025/05/TNO-Arbobalans-2024.pdf>
3. De Blanc P, et al. on behalf of the American Thoracic Society and European Respiratory Society. The Occupational Burden of Nonmalignant Respiratory Diseases Am J Respir Crit Care Med Vol 199, Iss 11, pp 1312–1334, Jun 1, 2019
4. Nederlandse Arbeidsinspectie, 2023. Staat van gezond werk. Het voorkómen van de ongezonde kanten van arbeid. [Staat van gezond werk | Rapport | Nederlandse Arbeidsinspectie](https://www.nlarbeidsinspectie.nl/documenten/2023/05/10/staat-van-gezond-werk)
<https://www.nlarbeidsinspectie.nl/documenten/2023/05/10/staat-van-gezond-werk>
5. Federatie Medisch Specialisten (FMS) (2017, 1 juli). Richtlijn-Werkgerelateerd astma, [Statpagina - Werkgerelateerd astma - Richtlijn - Richtlijndatabase](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/werkgerelateerd_astma/werkgerelateerd_astma_-_startpagina.html)
[https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/werkgerelateerd_astma/werkgerelateerd_astma - _startpagina.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/werkgerelateerd_astma/werkgerelateerd_astma_-_startpagina.html)
6. Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB). (2025, mei). Rapport-[Beroepsziekten in cijfers 2024](https://www.beroepsziekten.nl/sites/default/files/cijfers/beroepsziekten-in-cijfers/2024/Beroepsziekten-in-cijfers-2024.pdf)
<https://www.beroepsziekten.nl/sites/default/files/cijfers/beroepsziekten-in-cijfers/2024/Beroepsziekten-in-cijfers-2024.pdf>
7. Longalliantie Nederland (LAN)(2022, november). [Rapport-Zorgpad werkgerelateerde longaandoeningen](https://www.longalliantie.nl/content/LAN-Zorgpad-2022-finaal.pdf)
<https://www.longalliantie.nl/content/LAN-Zorgpad-2022-finaal.pdf>
8. Commissie vergemakkelijking schadeafhandeling beroepsziekten. 2020. Rapport CSZ 20-034: [Stof tot nadenken. Stap vooruit, maak werk van preventie en erkenning.](https://www.awvn.nl/app/uploads/2020/05/19-05-2020-Rapport-CVS-beroepsziekten.pdf)
<https://www.awvn.nl/app/uploads/2020/05/19-05-2020-Rapport-CVS-beroepsziekten.pdf>
9. Zwaan E, et al. Barriers and Facilitators for Interprofessional Education in Work-Focused Healthcare: An Integrative Review. J Occup Rehabil. 2025 Feb 23.
10. Nederlandse Arbeidsinspectie 2021, 'Beroepsziekten in beeld'
Deel 1 (<https://www.nlarbeidsinspectie.nl/site/binaries/site-content/collections/documents/2021/02/04/beroepsziekten-in-beeld/Rapport+beroepsziekten+in+beeld+-+Deel+1.pdf>)
en
Deel 2 (<https://www.nlarbeidsinspectie.nl/site/binaries/site-content/collections/documents/2021/02/04/beroepsziekten-in-beeld/Rapport+Beroepsziekten+in+beeld+-+Deel+2.pdf>)
11. Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). [Arbocuratieve samenwerking - NVAB](https://nvab-online.nl/samenwerking/arbocuratieve-samenwerking/)
<https://nvab-online.nl/samenwerking/arbocuratieve-samenwerking/>
12. Federatie Medisch Specialisten (FMS). (2024, 30 april). Arbeidsparticipatie voor medisch specialistische richtlijnen: [Startpagina en algemene inleiding - Richtlijn - Richtlijndatabase](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/arbeidsparticipatie_voor_medisch_specialistische_richtlijnen/startpagina_en_algemene_inleiding_generieke_module_arbeidsparticipatie_voor_medisch_speci_alistische_richtlijnen_2024.html)
[https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/arbeidsparticipatie_voor_medisch_specialistische_richtlijnen/startpagina en algemene inleiding generieke module arbeidsparticipatie voor medisch spec ialistische richtlijnen 2024.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/arbeidsparticipatie_voor_medisch_specialistische_richtlijnen/startpagina_en_algemene_inleiding_generieke_module_arbeidsparticipatie_voor_medisch_speci_alistische_richtlijnen_2024.html)
13. Long Alliantie Nederland (LAN) (2022, 17 februari). [Rapport-Pilots-signaleren-beroepslongziekten](https://www.longalliantie.nl/content/Rapport-Pilots-signaleren-beroepslongziekten-LAN.pdf)
<https://www.longalliantie.nl/content/Rapport-Pilots-signaleren-beroepslongziekten-LAN.pdf>
14. Nederlandse Vereniging voor Klinische Arbeidsgeneeskunde (NVKA). De klinische arbeidsgeneeskunde houdt zich bezig met arbeidsgeneeskundige problematiek waar de reguliere zorg door huisarts, bedrijfsarts en medische specialist niet volstaat. Website: [Welkom bij de NVKA](https://www.nvka.nl/)
<https://www.nvka.nl/>
15. Zorg & Werk Netwerk. Website: [Home - Zorg en Werk Netwerk](#)

<https://zorgenwerknetwerk.arboportaal.nl/welcome/homepage>

16. Nederlandse Vereniging van Artsen voor longziekten en tuberculose (NVALT), 2024. Visiedocument werkgroep werkgerelateerde longaandoeningen
17. Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen en Radboud Universitair Medisch Centrum. Infographic: [Handreiking Passende functiemix in het verpleeghuis](https://www.ukonnetwerk.nl/media/1m9g2qvt/handreiking-passende-functiemix-in-het-verpleeghuis.pdf)
<https://www.ukonnetwerk.nl/media/1m9g2qvt/handreiking-passende-functiemix-in-het-verpleeghuis.pdf>
18. Pradelli L, Risoli C, Summer E, et al Healthcare professional perspective on barriers and facilitators of multidisciplinary team working in acute care setting: a systematic review and meta-synthesis *BMJ Open* 2025;15:e087268. doi: 10.1136/bmjopen-2024-087268
19. Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriateren (Verenso), 2025. [Handreiking Multidisciplinair overleg \(MDO\)](https://www.verenso.nl/assets/Praktijkvoering_handreikingen/VER00331-HandrMultidoverl-DEF.pdf)
https://www.verenso.nl/assets/Praktijkvoering_handreikingen/VER00331-HandrMultidoverl-DEF.pdf
20. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Webpagina: [Multidisciplinair overleg | HIS-Referentiemodel](https://referentiemodel.nhg.org/node/2676/publieksversie/published)
<https://referentiemodel.nhg.org/node/2676/publieksversie/published>
21. Tijdschrift voor praktijkondersteuning. Best practices interprofessionele samenwerking, 2016, nummer 1 [Best practices interprofessionele samenwerking - TvPO](https://www.tvpo.nl/best-practices-interprofessionele-samenwerking/)
<https://www.tvpo.nl/best-practices-interprofessionele-samenwerking/>
22. Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). Webpagina: [Kennisbank - NVAB](https://nvab-online.nl/kennisbank/)
<https://nvab-online.nl/kennisbank/>
23. Website: [Polikliniek Mens en Arbeid | mensenarbeid.nl](https://www.mensenarbeid.nl/) (PMA)
<https://www.mensenarbeid.nl/>
24. Website: [Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen](https://nkal.nl/) (NKAL)
<https://nkal.nl/>
25. Cunningham FC, Ranmuthugala G, Westbrook JI, Braithwaite J. Tackling the wicked problem of health networks: the design of an evaluation framework. *BMJ Open*. 2019 May 5;9(5):e024231.
26. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), 2024. Dossier [Arbeidsgerichte medische zorg | KNMG](https://www.knmg.nl/actueel/dossiers/preventie-en-gezondheids-bevordering/preventie/arbeidsgerichte-medische-zorg)
<https://www.knmg.nl/actueel/dossiers/preventie-en-gezondheids-bevordering/preventie/arbeidsgerichte-medische-zorg>
27. Sociaal-Economische Raad (SER), 2025. [Advies Gezond en veilig werken, Arbovisie 2040, deel 2 | SER](https://www.ser.nl/-/media/ser/downloads/adviezen/2025/arbvisie-2040-deel-2.pdf)
<https://www.ser.nl/-/media/ser/downloads/adviezen/2025/arbvisie-2040-deel-2.pdf>
28. Tweede Kamer der Staten-Generaal (2020). Motie van het lid Van Weyenberg c.s. over integreren van klinische arbeidsgeneeskundige zorg in de reguliere oncologische zorg : [Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid \(XV\) voor het jaar 2021 | Tweede Kamer der Staten-Generaal](https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2020Z22135&did=2020D47093)
<https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2020Z22135&did=2020D47093>
29. Rijksoverheid (2022). Rapport: [Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg' | Rapport | Rijksoverheid.nl](https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samenwerken-aan-gezonde-zorg)
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samenwerken-aan-gezonde-zorg>
30. Koninkrijk der Nederlanden - Staatscourant van het Koninkrijk der Nederlanden (2022), Besluit nummer 31978: [Regeling van de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid van 25 november 2022, nr. 2022-0000185147, tot verlening van een tegemoetkoming aan werkenden en voormalig werkenden die lijden aan een beroepsziekte als gevolg van blootstelling aan gevaarlijke stoffen bij het verrichten van arbeid \(Regeling tegemoetkoming stoffengerelateerde beroepsziekten.](https://zoek.officiëlebekendmakingen.nl/stcrt-2022-31978.pdf)
<https://zoek.officiëlebekendmakingen.nl/stcrt-2022-31978.pdf>
31. Website Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)
<https://www.nvalt.nl>
32. Website Nederlandse vereniging voor arbeids- en bedrijfsgeneeskunde (NVAB)
<https://nvab-online.nl/>
33. Nederlandse Vereniging voor Klinische Arbeidsgeneeskunde (NVKA)
<https://www.nvka.nl/>
34. Nederlandse Vereniging voor Arbeidshygiëne (NVvA)
<https://arbeidshygiene.nl>
35. Website Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
<https://www.lhv.nl/>
36. Website Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

- <https://www.nhg.org/>
37. Website COPD & Astma Huisartsen Advies Groep ([CAHAG](https://www.cahag.nl))
<https://www.cahag.nl>
38. Ministerie van Werkgelegenheid en Sociale zaken. Webpagina: Arboportaal: [Risico-inventarisatie en -evaluatie \(RI&E\)](https://www.arboportaal.nl/onderwerpen/arboret-en-regelgeving/risico-inventarisatie-en-evaluatie). [Risico-inventarisatie en -evaluatie \(RI&E\) | Arboportaal](https://www.arboportaal.nl/onderwerpen/arboret-en-regelgeving/risico-inventarisatie-en-evaluatie) -
<https://www.arboportaal.nl/onderwerpen/arboret-en-regelgeving/risico-inventarisatie-en-evaluatie>

Bijlage a. Overzicht huidige landschap arbocuratieve zorgnetwerk werkgerelateerde longziekten

De Nederlandse Vereniging van Artsen voor longziekten en tuberculose (NVALT)

De NVALT telt ruim 1.200 leden, waaronder longartsen, longartsen in opleiding, en de sectie van sociaal geneeskundigen tuberculosebestrijding (31). Er is een bestuur en een ondersteunend bureau. Dit bureau ondersteunt onder andere de commissies, richten zich op beleidsterreinen zoals opleiding, nascholing, beroepsbelangen, richtlijnen, visitaties, en dergelijke en de zogenaamde secties, die zich richten op gespecialiseerde deelgebieden van de longgeneeskunde. Deze secties bestaan uit leden met expertise in specifieke aandachtsgebieden. Hun organisatie en werkzaamheden ondersteunen onder andere richtlijnontwikkeling, (multidisciplinair) overleg en onderwijsinitiatieven.

Overzicht van de secties

86. Astma en allergie
87. COPD
88. Asbestgerelateerde Aandoeningen
89. Interstitiële Longziekten
90. Infectieziekten
91. Oncologie
92. Ademhalingsstoornissen tijdens de slaap
93. Cystic Fibrosis
94. Intensive Care
95. Longfysiologie
96. Pulmonale Interventies
97. Pulmonale Vaten
98. Palliatieve Zorg
99. Tuberculose

Organisatie en structuur van ILD-centra in Nederland

Expertisecentra (derdelijnszorg)

100. St. Antonius Ziekenhuis (Nieuwegein) is het oudste en grootste nationaal én internationaal erkende ILD-expertisecentrum in Nederland. Het is benoemd tot 'Center of Excellence' door de WASOG (World Association of Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders) en heeft officiële erkenning van het ministerie van VWS St. Antonius Ziekenhuis+2St. Antonius Ziekenhuis+2.
101. Erasmus MC (Rotterdam) is eveneens erkend als expertisecentrum voor ILD en sarcoïdose, met erkenning van VWS en een internationale rol in onderzoek en onderwijs Erasmus MC.
102. Amsterdam UMC is ook een landelijk erkend expertisecentrum. Hun aanpak omvat teams met longartsen, radiologen, pathologen, wetenschappers en relevant andere specialisten (specialisten bij auto-immuun comorbiditeit). Ze organiseren regionaal netwerken met digitale samenwerking (zoals videoconsulten) en integratie met oncologische en pulmonale hypertensieteams Amsterdam UMC+1.

Regionale behandelcentra en MDO-netwerken

103. Een zorgnetwerk ILD-Net verbindt het expertisecentrum van St. Antonius met ongeveer 25 regionale ziekenhuizen. Hierdoor kunnen patiënten in hun regio hoogwaardige zorg ontvangen via behandelcentra of via multidisciplinaire overleggen (MDO's) met de expertisecentra St. Antonius Ziekenhuis.
104. Voorbeelden van behandelcentra: CWZ Nijmegen, Zuyderland (Heerlen/Sittard), Isala Zwolle, Jeroen Bosch (Den Bosch), Martini Groningen, Catharina Eindhoven, Haaglanden, LUMC Leiden, Rijnstate Arnhem, MST Enschede, VieCuri Venlo, UMC Utrecht, Amphia Breda, MCL Leeuwarden Longfibrose.nl.
105. Er zijn ook overige centra met regelmatige MDO's in samenwerking met de expertisecentra, verspreid over heel Nederland Longfibrose.nl.

Regionale behandelcentra met digitale samenwerking

106. MCL (Medisch Centrum Leeuwarden) maakt deel uit van het ILD-netwerk van St. Antonius. Medewerkers werken multidisciplinair samen (longartsen, radiologen, reumatologen, pathologen, klinisch chemici en verpleegkundig consulenten). Via videoverbindingen is extra expertise toegankelijk zonder dat patiënten hoeven te reizen MCL - Medisch Centrum Leeuwarden.

Conclusie

De organisatie van de ILD-zorg in Nederland is opgebouwd rondom een netwerk met stevig aangestelde expertisecentra die nationale én internationale erkenning genieten, ondersteund door een groot aantal regionale behandelcentra. Deze zijn verbonden via multidisciplinaire overleggen en digitale netwerken om zo optimale zorg dicht bij de patiënt mogelijk te maken.

De Nederlandse vereniging voor arbeids- en bedrijfsgeneeskunde (NVAB)

De NVAB is de wetenschappelijke beroepsvereniging voor en door bedrijfsartsen en richt zich op wetenschappelijke onderbouwde richtlijnen, immateriële belangenbehartiging voor de beroepsgroep en ontwikkeling van het vak (32). De vereniging en haar leden worden ondersteund door het kwaliteitsbureau NVAB. Het kwaliteitsbureau verzamelt vakinhoudelijke kennis, selecteert en bundelt die informatie en maakt het toegankelijk voor bedrijfsartsen via website, nieuwsbrief en MijnNVAB. Ook ondersteunt het commissies, kringen en bestuur, organiseert ledenbijeenkomsten en begeleidt de visitatie van bedrijfsartsen. De vereniging telt in 2025 rond de 1900 leden.

Samenwerking

De NVAB is een van de zeven federatiepartners van de KNMG. Bedrijfsartsen zijn een van de drie sociaal geneeskundige specialismen, naast de artsen maatschappij en gezondheid (KAMG) en de verzekeringsartsen (NVVG). Daarnaast heeft de NVAB twee zusterverenigingen, de Nederlandse vereniging voor klinische arbeidsgeneeskunde (NVKA) en de Vereniging van Zelfstandige en Freelance bedrijfsartsen (ZFB). Naast de andere wetenschappelijke verenigingen in het sociaal geneeskundig domein, werkt de NVAB samen met de (wetenschappelijke) beroepsverenigingen van:

107. Arboprofessionals
108. Arbeidshygiënist (NVvA),
109. Arbeids- en organisatiedeskundigen (BA&O)
110. Veiligheidskundigen (NVVK)
111. Ergonomen (NVvE)

112. Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
113. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
114. Thuisarts.nl
115. Kennisinstituut Federatie Medisch specialisten
116. Patiëntenfederatie Nederland

Werkgerelateerde longziekten

De Nederlandse Vereniging van Arbeids- en Bedrijfsartsen (NVAB) heeft een belangrijke rol bij het herkennen en behandelen van werkgerelateerde luchtwegaandoeningen, zoals astma en COPD. Werkgerelateerde factoren spelen een rol bij circa vijftien procent van de astma- en COPD-patiënten. De NVAB biedt bedrijfsartsen, werkgevers en werknemers informatie en hulpmiddelen om deze problemen te herkennen en te voorkomen. Specifiek op het terrein van werkgerelateerde longziekten zijn de commissie Internationale Betrekkingen, commissie Beroepsziekten, commissie Preventie onder andere actief naast de werkgroep stoffengerelateerde beroepsziekten van de NVAB.

De NVAB heeft de richtlijn Astma & COPD ontwikkeld samen met de NVALT, NVVG, NKAL, PMA/NCvB, GAV, LAN en Longfonds en heeft bijgedragen aan de ontwikkeling van de NVALT-richtlijn werkgerelateerd astma. Daarnaast heeft zij bijgedragen aan de ontwikkeling van het Zorgpad werkgerelateerde longziekten van de LAN. Gezamenlijk met de beroepsorganisaties van de arboprofessionals heeft zij de multidisciplinaire richtlijn 'Lasrook' ontwikkeld.

Nederlandse Vereniging voor Klinische Arbeidsgeneeskunde (NVKA)

De klinische arbeidsgeneeskunde is ruim twintig jaar geleden ontstaan vanuit een groeiende behoefte aan specialistische medische kennis in relatie met de factor arbeid. Een belangrijke stap in de professionele ontwikkeling was de oprichting van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Arbeidsgeneeskunde (NVKA) in 2007 door enkele bedrijfsartsen (33).

De NVKA ijvert voor het bevorderen van diagnostiek en behandeling van arbeidsgelateerde aandoeningen, zowel op individueel als op populatieniveau, het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek, onderwijs, zorgvernieuwing en professionele ontwikkeling van de klinische arbeidsgeneeskunde, het vergroten van de betrokkenheid bij multidisciplinaire richtlijnontwikkeling en het ontwikkelen van monodisciplinaire klinisch-arbeidsgeneeskundige kennisproducten alsmede het bevorderen van de toepassingen daarvan, het ontwikkelen van een eigen identiteit binnen de zorg; en het bevorderen van samenwerking met andere (beroeps)verenigingen in de zorg, zowel nationaal als internationaal.

De klinisch arbeidsgeneeskunde combineert medische specialistische kennis met kennis over de wisselwerking tussen ziekten op een specialisme enerzijds en arbeidsinhoud, arbeidsomstandigheden, arbeidsverhoudingen en arbeidsvoorwaarden anderzijds. Naast diagnostiek, behandeling, advisering en preventie draagt de klinisch-arbeidsgeneeskundige bij aan het overdragen van kennis op huisartsen en bedrijfsartsen van wetenschappelijk onderzoek op het gebied van arbeidsgelateerde aandoeningen, veelal in een setting van een programma of onderzoekslijn van een universiteit of een wetenschappelijk instituut.

Nederlandse Vereniging voor Arbeidshygiëne (NVvA)

De NVvA is een kennisvereniging voor arbeidshygiënisten, opgericht in 1983 (34). De NVvA wil een bijdrage leveren aan een wereld waarin alle werkenden een gezonde en veilige werkplek hebben. Door de praktische uitoefening van het beroep arbeidshygiënist te stimuleren en de kwaliteit te bevorderen, de (wetenschappelijke) ontwikkeling te bevorderen en bekendheid van het vakgebied te vergroten. Het identificeren van risico's op het gebied van gevaarlijke stoffen en biologische agentia, beoordelen van de blootstelling en het adviseren over preventieve maatregelen zijn belangrijke thema's in het vakgebied. Andere thema's zijn straling, lawaai, trillingen, luchtkwaliteit, kou, hitte en ergonomie.

De NVvA werkt actief samen met beroepsverenigingen van bedrijfsartsen (NVAB), veiligheidskundigen (NVVK), arbeid & organisatiedeskundigen (BA&O), ergonomen (Human Factors NL) bij het ontwikkelen van multidisciplinaire richtlijnen en kennisdossiers en het organiseren van multidisciplinaire bijeenkomsten. De NVvA is via haar leden vertegenwoordigd in verschillende Nederlandse en internationale werkgroepen en commissies, zoals Centraal College van Deskundigen (CCvD) voor Asbest, NEN-subcommissie 'werkplek en buitenluchtmetingen', International Occupational Hygiene Association (IOHA) en het European Platform for Occupational Hygiene (EPOH).

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en COPD & Astma Huisartsen Advies Groep (CAHAG)

De LHV en het NHG zijn twee belangrijke organisaties binnen de Nederlandse huisartsenzorg, maar ze hebben verschillende rollen en taken. De LHV is de beroepsvereniging voor huisartsen en behartigt de belangen van alle huisartsen in Nederland. Ze vertegenwoordigen huisartsen bij politiek, zorgverzekeraars en andere stakeholders. De LHV ontwikkelt ook beleid en geeft richting aan de toekomst van de huisartsenzorg. De LHV bestaat uit negentien regionale afdelingen en heeft 14.000 leden (35).

Het NHG is de wetenschappelijke vereniging van huisartsen en heeft als doel een wetenschappelijk verantwoorde beroepsuitoefening door de huisarts te bevorderen. De NHG richt zich op de ontwikkeling en verspreiding van kennis en richtlijnen voor de huisartsgeneeskunde. Ze ontwikkelen richtlijnen en standaarden voor medisch handelen en organiseren nascholing voor huisartsen. Door vertaling van wetenschap naar de huisartsenpraktijk draagt het NHG bij aan de professionalisering van de beroepsgroep (36).

De CAHAG is een netwerkorganisatie van (kader-)huisartsen met speciale belangstelling voor COPD en Astma. CAHAG leden zijn regionaal en landelijk betrokken bij kwaliteits- en deskundigheidsbevordering van COPD en Astmazorg, zowel in de huisartsgeneeskunde, de eerste lijn als de ketenzorg. CAHAG is een NHG-expertgroepen heeft regelmatig overleg met de NHG (37).

De huisartsen die als kaderhuisarts CHAG werkzaam zijn, zijn verdeeld over drie regio's, te weten Noorden, Midden en Zuiden en zijn makkelijk vindbaar op de website van het CAHAG. Om kaderhuisarts CAHAG te worden, moeten de huisartsen eerst de CASPIR-cursus (spirometrie) volgen en behalen. Vervolgens kunnen de huisartsen deelnemen aan een tweejarige kaderopleiding die wordt uitgevoerd door universitaire huisartsinstituten. De kaderhuisarts heeft een rol in onderwijs, beleid, organisatie, intercollegiale advisering en consultatie binnen de huisartsenpraktijk.

Bijlage b. Rollen van zorg- en arboprofessionals bij werkgerelateerde longziekten

Rol van de bedrijfsarts

De bedrijfsarts speelt een centrale rol in zowel preventie als ziekteverzuimbegeleiding. Idealiter signaleert deze professional zo vroeg mogelijk werkgerelateerde klachten en onderneemt snel actie (secundaire preventie), om verdere verslechtering te voorkomen (tertiaire preventie). Daarnaast geven bedrijfsartsen gerichte adviezen over verbetering van arbeidsomstandigheden ten behoeve van zowel individuele werknemers als collega's (collectieve primaire preventie). De bedrijfsarts wordt geacht hiervoor samen te werken met de curatieve zorg en de arbo-kerndeskundigen. De bedrijfsarts is verplicht beroepsziekten te melden bij het Nederlands centrum voor Beroepsziekten (NCvB). Ondanks deze belangrijke rol is er sprake van een aanzienlijke onderrapportage van beroepslongziekten¹. De werkgever is verplicht een basiscontract met de bedrijfsarts of arbodienst aan te gaan, waarin naast onder andere verzuimbegeleiding een aantal preventieve taken van de bedrijfsarts zijn vastgelegd. Alle werkzaamheden verricht door de bedrijfsarts worden privaot gefinancierd.

Rol van de KAG (klinisch arbeidsgeneeskundige)

De KAG houdt zich bezig met arbeidsgeneeskundige problematiek waar de reguliere zorg door huisarts, bedrijfsarts en medische specialist niet volstaat. De KAG is ruim twintig jaar geleden ontstaan vanuit een groeiende behoefte aan specialistische medische kennis in relatie met de factor arbeid. Een belangrijke stap in de professionele ontwikkeling was de oprichting van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Arbeidsgeneeskunde (NVKA) in 2007. De KAG heeft als focus de meer complexe problematiek rond ziekte en arbeid. Naast alle werkenden, werkzoekenden behoren ook ex-werkende tot diens patiëntenpopulatie omdat arbeidsgelateerde ziekten en aandoeningen zich pas na lange tijd kunnen openbaren¹.

Rol van de longarts

De longarts stelt eerst een reguliere diagnose en wordt geacht in een vroeg stadium vier signaleringsvragen ¹te stellen, zodat tijdig werkgerelateerde aandoeningen kunnen worden opgespoord. Indien er nog geen uitgebreide arbeidsanamnese door de bedrijfsarts is afgenomen kan de longarts de patiënt hiervoor terugverwijzen naar de bedrijfsarts, deze arbeidsanamnese zelf afnemen, delegeren aan de longverpleegkundige of de patiënt verwijzen naar een multidisciplinair kenniscentrum werkgerelateerde longziekten. In samenwerking met de bedrijfsarts kan de longarts nader onderzoek verrichten naar de werkgerelateerdheid van de klachten of voor dit specifieke onderzoek verwijzen naar een kenniscentrum/expertisecentrum werkgerelateerde longziekten. De casus wordt vervolgens besproken in een MDO-werkgerelateerde longziekten, met longartsen, bedrijfsartsen, arbeidshygiënist en soms andere specialisten. Daarbij is de verwijzende longarts meestal de inbrenger van de casus. Naar aanleiding van de adviezen uit het MDO plant de longarts vervolggesprekken en monitort de longfunctie en klachten. Implementatie van preventieve en curatieve maatregelen verloopt via de bedrijfsarts of via het kenniscentrum. Op dit moment is er geen reguliere vergoeding vanuit de zorgverzekeringswet (DBC) voor diagnostiek naar de werkgerelateerdheid van de aandoening en de inzet van een KAG binnen een ziekenhuis. Ook voor de samenwerking met de arboprofessionals is geen publieke vergoeding beschikbaar.

Rol van de huisarts

De huisarts heeft een belangrijke signalerende functie en wordt geacht net als de longarts eerst een reguliere diagnose te stellen en in een vroeg stadium de vier signaleringsvragen¹ te stellen. Daarnaast kan de huisarts, indien er nog geen uitgebreide arbeidsanamnese door de bedrijfsarts is afgenomen de patiënt hiervoor terugverwijzen naar de bedrijfsarts, deze arbeidsanamnese zelf afnemen, delegeren aan de praktijkondersteuner huisarts of de patiënt verwijzen naar een multidisciplinair kenniscentrum werkgerelateerde longziekten.

Een belangrijke rol is hierin mogelijk weggelegd voor de kaderartsen van de COPD & Astma Huisartsen Advies Groep (CAHAG). CAHAG leden zijn regionaal en landelijk betrokken bij kwaliteits- en deskundigheidsbevordering van COPD en Astmazorg, zowel in de huisartsgeneeskunde, de eerstelijns als de ketenzorg. CAHAG leden zouden een verbindende schakel kunnen zijn tussen de huisartsen en de tweede tot derdelijnszorg voor werkgerelateerde longziekten. Vanwege hun regionale organisatie zou aansluiting bij een MDO werkgerelateerde longziekten wenselijk zijn.

Rol van de arbeidshygiënist

De arbeidshygiënist identificeert risico's op het gebied van onder meer gevaarlijke stoffen en biologische agentia, beoordeelt de blootstelling en geeft advies over preventieve maatregelen. Blootstellingsbeoordelingen kunnen worden gedaan met een schattingsmodel, met metingen in de werkomgeving of op de persoon in die werkomgeving, met gegevens uit de arbocatalogus, of op basis van informatie uit de literatuur. Dergelijke beoordelingen doet de arbeidshygiënist in het kader van de risico-inventarisatie & evaluatie (RI&E) voor bijvoorbeeld gevaarlijke stoffen. Het uitvoeren van een RI&E is een wettelijke verplichting voor werkgevers en vormt de basis voor het arbobeleid binnen een organisatie (38).

Blootstellingsbeoordelingen kunnen ook gericht worden aangevraagd naar aanleiding van gezondheidsklachten en of bezorgdheid daarover van medewerker(s). De meeste bedrijven hebben geen arbeidshygiënist in dienst, maar zij worden ingehuurd via het contract met de arbodienst of als zelfstandige. Blootstellingsbeoordelingen kunnen naast de RI&E worden geïnitieerd door de werkgever, de bedrijfsarts of een interne afdeling Milieu, Gezondheid & Veiligheid bij grotere bedrijven.

De rol van de arbeidshygiënist in het MDO voor beroepslongziekten is (1) het meedenken over mogelijke blootstelling en advies of werkplekonderzoek geïndiceerd is, (2) het terugkoppelen resultaten van werkplekonderzoek en 3) het multidisciplinair vaststellen of klachten werkgerelateerd zijn.

Bijlage c. Interviewvragen voor zorg- en arboprofessionals ervaren in de opzet en eerste uitvoer van een MDO werkgerelateerde longziekten

Ontstaan

- Bij wie en waar is het initiatief voor het MDO ontstaan? Wie vervolgens de leidende rol?
- Was er een rol of aandeel van leidinggevende? Welke? En motivatie(s) leidinggevende voor toestemming?
- Wat was de aanleiding ofwel het doel om de MDO's te proberen te gaan starten? Hoe is het zo gekomen? Voor wie en waarom?
- Was er vooraf een ideaalplaatje? Zo ja wat, werd op voorhand gezien als een succesvol MDO? Hoe ging het van eerste idee voor een MDO naar het daadwerkelijk proberen te gaan realiseren?
- Wat waren eerste stappen en benodigdheden? (bijv., tijd, financiën, ruimte?, coördinator?, etc.)
- En hoe ging het daarmee (goed en minder goed)? En Lobby gedaan binnen en/of buiten de eigen organisatie? Welke partijen/stakeholders/actoren?
- Hoe lang heeft het geduurd van eerste idee tot eerste bijeenkomst?
- Waar werd de eerste MDO-bijeenkomst gehouden (in persoon of online)? Wie georganiseerd? Vorm?
- Materialen? Wie werden uitgenodigd en waarom zij?
- Hoe MDO/netwerk-deelnemers gevonden en gemotiveerd mee te gaan doen? Via welke kanalen? Wat ging makkelijk en/of moeilijk? Formeel en/of informeel?
- Praktische zaken/middelen geregeld (bijv., locatie)? Wat benodigd en ging makkelijk/moeilijk(er)?
- Wat maakte de eerste MDO (bijeenkomst) tot een succes en uitnodigend voor eerste deelnemers om een volgende sessie weer mee te doen? Of afgesproken vast aantal keer meedoen voor deelnemers?
- V.w.b. continuering afspraken gemaakt over frequentie?, duur?, anders? Belang? Beheer (Roulering of vaste kartrekker(s)?). Praktische inzet en ondersteuning?
- Als je het opnieuw zou doen en opstarten, wat dan anders of beter doen?
- Tips voor beginnende MDO's voor de opstartfase? Wat is belangrijk voor in een opstart(implementatie)protocol?

Huidige status

- Hoe lang is het MDO nu bestaand en actief? In tijd? Hoeveel bijeenkomsten tot nu toe gehad?
- Is er nu een vaste vorm (vaste groep deelnemers/ kerngroep en met welke expertise?) of meer fluide?
- Wordt contact en band met deelnemers warm gehouden? Zo ja, op welke wijzen en manieren?
- Is er routine en structuur verkregen? Hoe verloopt het nu met het management en de coördinatie?, bijv. om: Goed voor te bereiden, notulen te maken, verslag in patiëntdossier te krijgen, terug te koppelen aan patiënt, verbinding te maken met huisartsen, bedrijfsartsen

die ook een relatie hebben met de patiënt, hoe vaak extra diagnostiek of onderzoek nodig?, wat levert dat op?

- Motivatie deelnemers om mee te blijven doen?
- Praktische voorwaarden voor continuering MDO's (bijv., locatie, vaste periode, verwachtingen,
- output, etc.). Hoe gaat dat? Wat gaat makkelijk(er) en moeilijk(er)?
- Tips voor inhoudelijke begeleiding MDO's in deze fase? Waarop te letten, wat is belangrijk?
- Over het geheel genomen, het MDO is succesvol en waarom?

Toekomst

- Wensen voor de toekomst (ontwikkeling?, uitbreiding?, etc.)
- Wat ervoor benodigd?
- Mogelijk bedreigingen continuering? Hoe deze aan te pakken?

Bijlage d. Interviewvragen voor MDO- Teamleden over de effectiviteit van een MDO werkgerelateerde longziekten

Interviewstudie

Interviewvragen

Neemt u als longarts, bedrijfsarts of als arbeidshygiënist deel aan een MDO Beroepslongziekten?

MDO-deelnemer-niveau

- Heeft u als deelnemer positieve ervaringen met uw MDO Beroepslongziekten? Zo ja, welke? En zo ja, maken die het voor u als deelnemer de moeite waard om mee te blijven doen aan het MDO Beroepslongziekten?
- Zijn er voor deelnemers aan een MDO Beroepslongziekten, zoals u, ook negatieve MDO-ervaringen mogelijk? Zo ja, welke zoal? En zo ja, kunnen die ervoor zorgen dat deelnemers zoals u mogelijk niet meer mee zullen blijven doen aan het MDO Beroepslongziekten?
- In hoeverre dragen de volgende zaken bij aan een positieve, of juist negatieve, MDO-ervaring voor deelnemers aan een MDO Beroepslongziekten? Kunt u er iets over vertellen?
- Kwaliteit van interacties met anderen? Kwaliteit van de informatie die wordt besproken?
- Deling van informatie en expertise? De samenwerking met anderen? Legitimiteit?
- Kosten, baten? Relevantie? Haalbaarheid? Belang voor u en uw patiënt? In hoeverre u wordt betrokken en er naar u wordt geluisterd? Iets anders?
- En spelen ze volgens u voor MDO-deelnemers mee bij de keuze om wel of niet mee te blijven doen aan het MDO Beroepslongziekten?

MDO-teamniveau

- Wat zijn voor u als deelnemer tekenen dat een MDO Beroepslongziekten het goed doet als MDO ('effectief functioneert')? Kunt u er iets over vertellen?
- Wat zijn voor u als deelnemer mogelijke tekenen dat een MDO Beroepslongziekten minder goed functioneert als MDO? Kunt u er iets over vertellen?
- Zijn de volgende zaken volgens u meebepalend voor de effectiviteit van een MDO Beroepslongziekten? Zo ja, in hoeverre? Zo nee, waarom niet? Kunt u er iets over vertellen?
- Kenmerken van de leden van het MDO-team: "Type teamleden, hoe zij zich gedragen en wat zij bijdragen?" (bijv., sterke en minder sterke punten teamleden, expertise, onderlinge band, toewijding, stabiliteit, etc.)?

- Organisatie en logistiek: "Hoe het georganiseerd is en gaat met de uitvoering?" (bijv., heldere doelen, hoeveelheid voorbereiding, locatie/ruimte/tijdstip, duidelijke structuur/procedure/taakverdeling, begeleidend materiaal zoals agenda en notulen, etc.)?
- Leiderschap en beheer: "Hoe het gaat met de (bege)leiding en het teammanagement?" (bijv., aansturing/leiderschap, wijze van groepsbegeleiding, besluitvorming, teamonderhoud, organisatiecontext-management, etc.)?
- Input & Output: 'Werkmateriaal en Opbrengsten'
(bijv., interessante casuïstiek, duidelijke vraagstellingen, ontwikkeling advies, bruikbare inzichten, etc.) Iets aanvullends?
En spelen ze volgens u voor MDO-deelnemers mee bij de keuze om wel of niet mee te blijven doen aan het MDO Beroepslongziekten?

Bijlage e. Voorwaarden voor het beginnen van een MDO werkgerelateerde longziekten

1. Een organisator of initiatiefnemer voor, en beheerder van, een MDO werkgerelateerde longziekten met:

- de overtuiging dat een dergelijk MDO bijdraagt aan betere zorg
- inzet en handelingsvrijheid om een MDO werkgerelateerde longziekten te organiseren
- een beeld van hoe het MDO eruit zal kunnen gaan zien en praktische benodigdheden

2. Een sponsor

Een organisatie, verzekeraar, afdelingshoofd die de organisatie, en het houden, van een MDO werkgerelateerde longziekten mogelijk maakt door tijd en/of financiële middelen beschikbaar te stellen

3. Teamleden

Om voldoende teamleden te werven kan maatwerk, met bekendmaking en nadere overtuiging en motivatie, nodig zijn

- kernteamleden zoals longarts, bedrijfsarts en arbeidshygiënist.
- extra teamleden met relevante aanvullende expertises bijvoorbeeld radioloog of arbeidsdermatoloog
- eenmalige teamleden voor het inbrengen van een patiëntcasus en vraag

4. Tijd en inzet van teamleden voor:

- het zich voorbereiden op het MDO: inlezen, organisatietaken zoals uitnodigingen versturen of ruimte regelen
- het meedoen aan het MDO
- het verrichten van eventuele achteraftaken en nazorg na afloop van het MDO:
 - ontstane nog niet beantwoorde vragen van teamleden beantwoorden
 - terugkoppelen van antwoorden en adviezen aan de inbrenger van de patiëntcasus of aan patiënt zelf

5. Casuïstiek ingebracht door meerdere teamleden voor bespreking tijdens het MDO

6. Een vorm of locatie waarin het team bij elkaar komt voor het gezamenlijk doen van het MDO

- allen in persoon in een ontmoetingsruimte op locatie
- allen online
- hybride

7. Een afgesproken tijdblok en terugkerend tijdschema waarop de teamleden beschikbaar zijn, en bij elkaar kunnen en zullen komen voor het houden van het MDO

8. Een agenda met de structuur van het verloop van het MDO met daarin opgenomen:

- algemene mededelingen
- vaststelling van de casuslijst en volgorde van welke patiënt zal worden ingebracht en door wie
- een afsluitende vragenronde en actiepuntenlijst

9. **Rolverdeling** voor tijdens het MDO

- a. een voorzitter/facilitator die de bijeenkomst stuurt
- b. een notulist per patiëntdossier afhankelijk van wie de patiënt inbrengt of algemeen notulist
- c. een persoon die gaat over het laten zien van patiëntendatabase op scherm

10. **ICT die werkt** en toegevoegde waarde heeft

- a. online overlegsysteem
- b. patiënten gegevens of medische kaart op het scherm is voldoende leesbaar

Bijlage f. Voorwaarden voor een effectief en efficiënt MDO werkgerelateerde longziekten

MDO-fasen	Team niveau	Teamlid niveau
Voorfase MDO	<p>Het MDO is meer effectief, en efficiënt wanneer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het MDO een open en veilige sfeer heeft. - Teamleden worden gevraagd, en in staat gesteld, zich voor te bereiden op het MDO. - Er vooraf manieren bedacht en voorhanden zijn om beperkingen van een online MDO te ondervangen. 	<p>Het MDO is meer effectief, en efficiënt wanneer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teamleden meerwaarde van het meedoen met het MDO zien voor de patiënt(en) met mogelijke werkgerelateerde longziekte, voor de organisatie of waar zij voor werken, en/of voor zichzelf als professional. - Teamleden voorafgaand aan het MDO weinig participatiebelasting en/of hinder ervaren.
<p>MDO-team creatieproces:</p> <p>inbreng casus</p>	<p>Het MDO is meer effectief, en efficiënt wanneer:</p> <p>De casus die wordt ingebracht over de patiënt met een mogelijke werkgerelateerde longziekte zo compleet, volledig en helder mogelijk, en met een duidelijke vraagstelling, wordt gepresenteerd door de inbrenger van de casus.</p>	
<p>MDO-team creatieproces:</p> <p>groepsbespreking</p>	<p>Het MDO is meer effectief, en efficiënt wanneer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De benodigde expertise van kernteamleden aanwezig is. - Er wordt gezorgd voor actieve uitwisseling van gedachten over de patiënt met mogelijke werkgerelateerde longziekte (casus), met daarbij actieve aandacht voor elkaar en ieders mening, én het actief (mee)werken en bijdragen aan vertaalslag zodat iedereen van de verschillende disciplines elkaar, en elkaars ideeën en informatie, zo goed mogelijk kan begrijpen en verwerken en zo kan blijven meedoen. - Er wordt (be)geleid waardoor iedereen van de verschillende disciplines een bijdrage kan leveren en wordt gehoord (aan het woord kan komen). 	<p>Het MDO is meer effectief, en efficiënt wanneer:</p> <p>Teamleden respect tonen voor elkaar en voortgang van het MDO niet onnodig hinderen.</p>

MDO-fasen	Team niveau	Teamlid niveau
<p>MDO-team creatieproces:</p> <p>Consensus en conclusie door team</p>	<p>Het MDO is meer effectief, en efficiënt wanneer:</p> <p>Er aan het einde van elke casus over een patiënt met een mogelijke werkgerelateerde longziekte een duidelijke, en bij voorkeur gedragen en uitgeschreven, conclusie volgt over diagnostiek of te voeren beleid.</p>	
<p>Eindfase MDO</p>	<p>Het MDO is meer effectief, en efficiënt wanneer:</p> <p>Het MDO heeft geleid tot concrete, positieve en nuttige adviezen aan alle inbrengers van casuïstiek</p>	<p>Het MDO is meer effectief, en efficiënt wanneer:</p> <p>De teamleden een positieve MDO-ervaring hebben gehad</p>