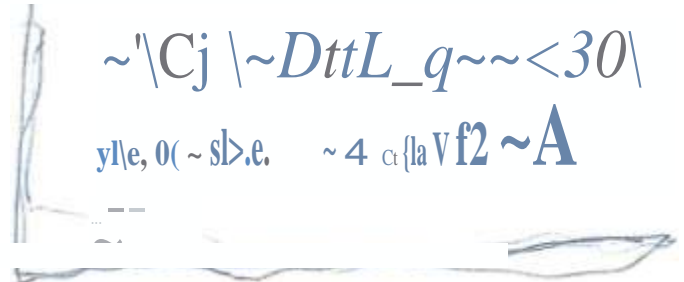




1.

...

ADVISING IN LETSELSCHADEZAKEN EN ARBEIDS(ON)GESCHIKTHEIDSKWESTIES



DATE 7 november 2018

CLIENT De heer J, van Heijst, geboren 13 augustus 1965

IDENTIFICATION Groeneveld: S18/800 Nelemans: 2018-065-01

Available c.q. new 'medical' information

- 23.12.2014 brief longarts Rooijackers en klinisch arbeidsgeneeskundige Stigter (namens betrokkene)
- 22.3.2016 rapport verzekeringsarts Van (Lechner Consult; namens betrokkene) + Functionele MogelijkhedenLijst (FML)
- 25.10.2017 brief longarts Rooijackers + bijlage: interpretatieformulier fiets ergometrie
- ongedateerd rapport klinisch arbeidsgeneeskundige en arbeidshygiënist Huy (Polikliniek Mens en Arbeid van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten; namens verzekerde)

Reviewed relevant (new) medical information

- 6.10.2008 veiligheidsinformatieblad Biomos
- 21.9.2015 rapport arbeidsdeskundige Van Eck (UWV)
- 21.3.2016 rapport arbeidsdeskundige Stoffijn (Advies bij Arbeid; namens betrokkene)
- 20.9.2018 uitspraak Centrale Raad van Beroep (eRvB)
- 31.10.2018 brief belangenbehartiger

Factual summary of available c.q. new (medical) information

Gelet op het tijdstip in de gevalsbehandeling waarop mijn advies (voor het eerst) gevraagd wordt. het reeds verrichte expertisearchief. de gerechtelijke procedure(s) waarvan sprake is (geweest) en de recente uitspraak van de CRvB. zie ik. in ieder geval op dit moment. af van een integrale samenvatting van de ter beschikking gestelde dossierstukken.

Ik neem althans aan dat partijen onder de gegeven omstandigheden genoegzaam bekend zijn met het feitenrelaas in geding (in ieder geval in grote lijnen), Ik beperk me daarentegen tot het formuleren van interpretaties. overwegingen. conclusies en antwoorden op de gestelde vragen. Die zien overigens met name op de gevolgen van de vastgestelde beroepsgerelateerde gezondheidsschade. in termen van functionele invaliditeit en beperkingen c.q. restmogelijkheden. Uiteraard zal ik daarbij op indicatie alsnog expliciet verwijzen naar en/of terugkomen op specifieke dossiers stukken en die ook voor zover nodig of relevant meer/minder uitgebreid samenvatten.

Heel kort samengevat gaat het in deze casus. naast klachten van acute huid- en neusirritatie. om astma/COPD' waarvan het aannemelijk is geacht dat het in causaal verband staat met de blootstelling aan Biomos tijdens de beroepsarbeid vanaf 2000 en interstitiële afwijkingen in het longweefsel die door geen verbond mee houden ... en als gevolg daarvan een combinatie van obstructief longlijden door de astma/COPD) en restrictief longlijden en een verminderde diffusiecapaciteit door de interstitiële longafwijkingen.² De door de wederzijdse partijen ingeschakelde deskundigen konden geen

Chronic Obstructive Lung Disease.

Bij obstructief longlijden wordt de luchtstroom door de luchtwegen belemmerd door vernauwing. bijvoorbeeld in het kader van astma, chronische bronchitis of COPD/emfyseem. Restrictief longlijden wordt gekenmerkt door een verminderd totaal longvolume en wordt bijvoorbeeld veroorzaakt door longfibrose. gedeeltelijke verwijdering van een long, een longtumor, een klaplong. aantasting van de ademhalingspijpen of een afwijkende vorm van de borstkas.



BkAO 21t I
VERZEKERIN'SART-

7 november 20i8
: 2018-065-01

onderbouwde proportionele verdeling moken tussen de invloed van de beide aandoeningen op de pulmonale belastbaarheid maar Rooijackers achtte de invloed van de astma/COPD belangrijker. Hij overwoog daartoe met name de wisselende aard van de klachten met wisselende piekstreamregistraties en een duidelijke klachttoename volgens de auto-anamnestiche mededelingen post/propter expositie aan de Biomos en andere irritantia terwijl anderzijds de interstitiële longafwijkingen stabiel zijn gebleven en vanuit hun aard niet onder invloed staan van prikkels in de omgeving. De CRvB heeft dit oordeel overgenomen.

Interpretatie beschikbare Informatie, overwegingen en advies (In niet-strikte volgorde)

3. Allereerst merk ik op dat ik niet beschik over informatie uit de behandelende sector noch over gegevens van de bedrijfsarts/arbodienst inzake ziekteverzuim en arbeidsparticipatie. Daarmee kan ik de auto-anamnestiche mededelingen over de invloed en gevolgen van expositie aan Biomos en het door betrokkene geschetste beloop in de tijd¹ niet toetsen en in perspectief plaatsen. Ook de deskundigen hebben voor zover ik uit hun rapporten kon opmaken geen inzage gekregen in bedoelde informatie. Dat had naar me voorkomt wel moeten plaatsvinden. te meer omdat betrokkene zijn werk pas per 12 september 2013 verzuimde¹ maar naar zeggen al wel sinds 2000 (!) met Biomos werkte en daarvan vanaf het begin klachten ondervenes.
4. In dat verband is het eveneens relevant vosi te stellen dat *de voorqescb'edeo's allergisch asma vermelen en hyposensibilisafebehandeiing in verbond daarmee*¹. Ook dienaangaande was broninformatie van derden voor een volledige en zorgvuldige beeldvorming naar mijn mening geïndiceerd geweest, naast de mededelingen van betrokkene zelf in deze ... zeker nu arbeidsdeskundige Van Eck verwijst naar een eerdere UWV-beoordeling in 2002 en verzekeringsarts Van Arkel blijkens zijn opsomming van de beschikbare dossierstukken niet alleen de beschikking heeft gekregen over een rapport van een verzekeringsarts uit die lijd¹ (en informatie van een bedrijfsarts, psycholoog en psychiater) moor ook over verzekeringsgeneeskundige rapporten van februari 1986, december 1986, januari 1988, januari 1989, maart 1991 en december 1992⁸. Zonder nadere informatie waarop de kennelijk frequente en wellicht langdurige arbeidsongeschiktheid- in die tijd betrekking had kan ik er niet overtuigd van Zijn dat betrokkene alleen tot zijn tiende jaar (1975) las¹ heeft gehad van de luchtweg en pas vanaf 2000 weer zoals Rooijackers (op basis van de auto-anamnestiche mededelingen) onvoorwaardelijk heeft oonqenomen.^{» 11}

Rooijackers schrijft in deze: *"Na calltact met Blomos rade en tranende ogen. dichtplakken van de oogleden en een branderig gevoel alsof er zand in de ogen zit (... I Hij maakt jaarlijks (zodra hij weer met aiomos werkt) een sinusitis daar met eell groen secreet, soms bloederig, pijn in de kaken, door de huisarts behandeld met een antibioticum. Hierdoor treedt verzuim op van ongeveer 1 week. Herstel volgt daarna langzaam. Hij legt uitsluitend een relatie met het werk"*.

Rapport arbeidsdeskundige Van Eck 21.9.2.015.

Daarmee dringt zich uiteraard de vraag op waarom betrokkene zo langdurig heeft kunnen doorwerken. Rooijackers 23.12.2014.

Een rapport van een verzekeringsarts Westerbeek d.d. 5.9. en 12.11.2002.

Het gaat in deze om rapporten van respectievelijk verzekeringsarts Blécourt-Kuiper, Nienhuis, Portier, Schonagen (2x) en Terlouw.

Ik weet dat in ieder geval verzekeringsarts De Blecoun-Kuiper indertijd bij de GMD (Gemeenschappelijke Medische Dienst) werkzaam was welke na het bereiken van einde wachttijd de WAO beoordeelde; en ook Schonagen werkte bij die instantie staat me bij. Hun bemoeienis wijst dus op langdurige arbeidsongeschiktheid.

¹¹ In deze dient nogmaals benadrukt te worden dat het gebruik van Biomos aanvang in 2000, toen betrokkene 35 jaar oud was en dus al bijna twee decennia volwassen. Ook dat zou in de richting kunnen wijzen van meer c.q. langere premorbide klachten dan tot het tiende levensjaar.

¹¹ Ik ben er overigens uit de brief van de belangenbehartiger van 31.10.2018 en het rapport van arbeidsdeskundige Van Eck mee bekend dat de UWV-bemoeienis in 2002 betrekking had op arbeidsongeschiktheid post/propter een post/propter een Whiplash Associated Disorder (WAD) in 2000.



DATUM

BLAO 3/11
VERZEKERINGSART.

7 november 2018

Collega Van Arkel heeft voornoemde verzekeringsgeneeskundige rapporten tot zijn beschikking gehad maar is hij op de inhoud ervan in het geheel niet ingegaan. Dit is in het kader van een onderzoek naar de toen actuele belastbaarheid en beperkingen daarin (doel was kennelijk zijn opdracht) wellicht niet onoverkomelijk. Voor de oordeelsvorming van Rooijackers (en Bartstra/Huy) was de informatie in kwestie wel essentieel. Zij hebben er echter naar ik begrijp niet de beschikking over gekregen.

3. Het longfunctieonderzoek dat Rooijackers beschrijft dateert van juni 2014. Het fietsergometrisch onderzoek van een maand later en de wisselende piekstroomregistraties die beschreven worden van juli tot november do! jaar. Dit is ruim na beëindiging van de expositie aan Biomos vanaf september 2013. Daarmee kunnen de veronderstelde afwijkingen en wisselingen niet zonder meer aan de expositie (en die expositie alleen) toegeschreven worden.
4. Als de klachten toenamen tijdens/na expositie dan lijkt het niet onlogisch te veronderstellen dat bij het achterwege blijven van expositie meer/minder verbetering optreedt. Duidelijke bevestiging daarvan blijkt ook uit het rapport van Rooijackers: "Op volwassen leeftijd ontwikkelde hij voor het eerst weer klachten zodra hij ging werken met Biomos. Er zijn geen andere uitlokkende prikkels en tijdens arbeidsvrije episodes (vakantie, weekend) heeft hij geen klachten".
5. In zijn aanvulling op het oorspronkelijke rapport vermeldt Rooijackers echter: "Anders dan col/ego aangeeft is het beloop van aandoening 2. met name een door Biomos veroorzaakt induced astma. veel minder gunstig en treedt slechts in een minderheid van de patiënten een verbetering op na een volledige beëindiging van de blootstelling aan het causale agens". Ik vraag me af of dat een gerechtvaardigde conclusie is. Het artikel waarop hij e.e.a. baseert vermeldt immers dat er maar weinig relevante studies zijn verricht terwijl de beschreven onderzoeken betrekking hebben op een geringe populatie. Bovendien hebben de onderzoeken betrekking op acute-onset irritant-induced astma. Het lijkt me de vraag of daarvan sprake is nu betrokkene zich pos per september 2013 arbeidsongeschikt meldde na ongeveer 13 jaar expositie en er geen gevalideerde gegevens beschikbaar zijn die zien op relevante klachten of verschijnselen daarvoor en van meet af aan:

Natural history and outcome

[...]

Few follow-up studies of patients with asthma are available. Among 51 pulp mill workers who had experienced shortness of breath for more than 1 month after a chlorine gas exposure episode, a follow-up assessment 18-24 months after the inhalation incident documented the presence of significant NSBH in 57% of them and airway obstruction in 31%. Assessment of 19 out of the 29 workers with NSBH 12 months later revealed that six (32%) of them showed a significant improvement in NSBH, including five subjects for whom the level of responsiveness to methacholine was no longer in the asthmatic range. These data indicate that NSBH can improve over several years after an acute symptomatically induced inhalation accident. Malo et al. (74) investigated the long-term outcome of acute-onset asthma in 31 subjects reassessed after an interval of 14 years (range 12-17 years). At the time of follow-up, 11 subjects reported respiratory symptoms and 69% were treated with inhaled corticosteroids. Nonspecific bronchial hyperresponsiveness persisted in about three quarters of the subjects, although it was improved in 39%. Airway obstruction was not significantly improved: the mean FEV₁ was 74.5% of predicted value at baseline and 69.4% at follow-up. Only 17% of subjects had normal airway caliber and NSBH at follow-up. Sputum eosinophil

" Vandenplas O et al. EAACI position paper: irritant-induced asthma. Allergy 2014 Sep;69(9):1141-53 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/all.12448>).



DATUM

BLAD 4/1
VERZEKERINGSRIS

7 november 2018

count was >2% In 22% of the subjects. The clinical and functional outcome of acute-onset IIA seems to be remarkably similar to what has been described in subjects with allergic OA after cessation of exposure to the causative sensitizing agent.

7. Daarnaast dient uiteraard gerealiseerd te worden dat betrokkene tot de gunstige minderheid kon behoren die wel significante verbetering doormaakt terwijl we vanuit de behandelende sector niets weten over het feitelijke verdere beloop na het onderzoek van Rooijackers in juli 2014.

8. De enige informatie over het beloop nadien valt te lezen in het rapport van verzekertingsarts Van Arkel van 22 maart 2016 naar aanleiding van eenzijdig onderzoek de maand ervoor en in de brief van de befangenbehaftiger van 31 oktober jl. In beide stukken wordt op de keper beschouwd gewag gemaakt van zeer ernstige klachten/verschijnselen en beperkingen=:

extreme kortademigheid

- ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren, alleen aan- en uitkleden of leidt tot uitputting: niet langer A DL-zelfstandig, afhankelijk van veel hulp van derden; regelmatig beneden moeten slapen omdat de trap niet overbrugd kon worden; niet meer dan één activiteit (zoals een bezoek aan een integratieconsulent) per dag kunnen verrichten of 2 uur per dag actief kunnen zijn; niet meer met het openbaar vervoer kunnen reizen en nauwelijks meer fietsen; kortademig bij staand spreken en praten tijdens lopen is al helemaal niet meer mogelijk;
- [...]
- geen enkele taak in het huishouden meer kunnen verrichten, geen boodschappen meer kunnen doen en de kinderen niet meer kunnen ophalen. Aldus aangewezen op huishoudelijke hulp gedurende 14 uur per week: compleet buiten adem zijn na 20 meter lopen en dan onderuit gaan door zuurstoftekort : aangewezen op hulp van en toezicht door derden (waardoor de echtgenoot niet meer buitenshuis kan werken); volledig beperkt ten aanzien van (alle) klussen, reparatiewerkzaamheden in en om huis en tuinen (zelfs voor wat betreft de lichte onderdelen zoals een gootje boren) door onder meer extreme gevoeligheid voor verf, stof en sterke schoonmaakmiddelen; regelmatige ziekenhuisopnames (8x in 2018 tot eind oktober) vanwege een sterk verstoorde ademhaling post/propter een extreme overgevoeligheid voor verf, stof en sterke schoonmaakmiddelen en daarmee samenhangende noodzakelijke behandeling met prednison in hoge dosering en antibiotica: geen leuke vader meer kunnen zijn en niet meer kunnen participeren in een dagje uit.

9. Ook die mededelingen over het beloop en de actuele situatie ontberen een bevestiging en onderbouwing door broninformatie uit de behandelende sector. Ook dat is voor een volledige en zorgvuldige beeld- en besluitvorming uiteraard wel dringend gewenst.
10. Daarnaast overweeg ik het volgende (andermaal in willekeurige C.q. niet-strikte volgorde):
- al Het ene tot op heden bekende longfunctieonderzoek vermeldt een éénsecondewaarde/FEV1" van 2.94 liter hetgeen 71 % van de voorspelde waarde zou zijn. Dat is een waarde die valt in het bovenste gedeelte van de bandbreedte

¹³ Ik begin met mededelingen van Van Arkel en eindig met de meer recente van de belangenbehaftiger.

¹⁴ Dit is de maximale hoeveelheid lucht die in één second uitgedemd kan worden.

Dinsdag 7 november 2018

SLAO 5/1)

VE:z.z.EKERINGSAR7-



behorende bij klasse U van GOLD-classificatie voor COPD ó, Dat impliceert geen {zeer) ernstige COPD en biedt als zodanig geen onderbouwing van het gestelde zeer ernstige onvermogen" =:

Talre 2.4. Classification of airflow limitation severity in GOLD (Basset) en -t.bmchn<li1at()r FEV ₁	l hl patieuts with FEV ₁ /C -c 0.70:	(IOI) 1'	M:"	RV, z Sll;" !,"<tr:f!
!;iOIO 2'	Maden"	5ül,h!' fEV, < ROQ;	p,e, r, <1	
l GOLD 3:	'rWtè	JD)', " fl-.V, -c r,r#ij1 c; ". e,;		
IUOLD4	V ly)evrf<	I,V, <30%11fro.r,rl		

- b) Sinds 2013 wordt geadviseerd de GOLD-classificatie uit te breiden met een ziektebelastingmeting omdat niet alleen de longfunctie bepalend is maar ook de ervaren klachten, de ondervonden beperkingen en de kwaliteit van leven. Dit heeft in Nederland geleid tot de ontwikkeling van de zogenoemde 'Ziektebelastingmeter COPD-I., een na onderzoek betrouwbaar gebleken instrument met een goed onderscheidend vermogen». In het de Ziektebelastingmeter speelt de subjectieve ziektebeleving uiteraard een belangrijke rol. Het is echter niet de enige parameter, ook meer objectieve gegevens zoals het aantal exacerbaties, de duur en ernst ervan spelen een rol. Bovendien wordt de Ziektebelastingmeter niet eigenstandig ingevuld als ware het een eenvoudige vragenlijst maar onder leiding van een daartoe opgeleide verpleegkundige (o.i.d.). Het is mij niet bekend dat in deze casus op enig moment een ziektebelastingmeting is verricht.
- c) Terwijl betrokkene stelt 'dat hij door zijn ernstige kortademigheid geen leuke vader meer kan zijn' treedt hij volgens Van Arkel kennelijk nog wel geregeld op als (clini)down: "Zijn lust en zijn leven is optreden als clinicdown. dol probeert hii nog steeds vol te houden, hii wordt don noor het ziekenhuis gebracht, alles wordt voor hem klaargezet en hij treedt don 30 minuten op voor terminale kindjes, die zien in de clinicdown een soort van vertrouwenspersoon en vertellen hem vaak 'geheimpjes'. No een dergelijk optreden is hij 2 dogen volledig uitgeleid, door zuurstoftekort heeft hij don extreme krampen in al zijn spieren", Dat lijkt zich niet goed tot elkaar te verhouden,
- d) Van Arkel beschrijft forse kortademigheid in rust met een respiratiefrequentie van 36x per minuut (in rust), moeite met spreken en een zuurstofsaturatie van 84% (in rust). ruim beneden het niveau van klinische relevantie «90%). Dal is aanzienlijk slechter dan Rooijackers beschreef; hem viel immers geen kortademigheid in rust noch problemen met spreken op terwijl de zuurstofsaturatie zelfs tijdens maximale inspanning op de fietsergometer niet zakte onder de 92%.
- e) Het beeld dat Van Arkel schetst is niet in verhouding tot de indruk die betrokkene maakt tijdens een recent interview op de lokale televisie (naar aanleiding van de voorliggende uitspraak van de CRvB) waarmee ik bekend gemaakt werd=: daarop is geen duidelijke dyspneu te zien, niet in rust noch tijdens praten (in een tamelijk hoog tempo en met de nodige emoties).
- f) Tijdens het inspanningsonderzoek dal in augustus 2014 werd verricht werd een maximaal zuurstofopnamevermogen (V02"max, de graadmeter voor de

¹⁵ <https://goldeopd.org/wp-content/uploads/2016/12/wms-GOLD-2017-Peckst-G-uid.pdf>.

.. Ook Van Arkel concludeerde op de keper beschouwd tot een COPO GOLD I-III (en niet tot I-II-IV).

¹⁷ In hoeverre het longfunctieonderzoek voorafgegaan werd door medicamenteuze luchtwegverwijding (Bronchodilatatie) waarvan van de GOLD-classificatie uitgaat, vermeldt Rooijackers niet.

" <http://www.longalliantie.nl/projecten/ziektebelastingmeter/>; hups://zelfzorgondersteund-instrumentenkiezer.nl/ziektebelastingmeter/.

" <https://lbmjopen.bmj.com/content/6/7/e011519.full?k eyty pe=ref& i jke'l= d71 bu TZ8zy2 SypVO>.

.. <https://www.youtube.com/watch?v=8ZUmgRIKegI>.



DATUM 7 november 2018

BLAD 6/11

VERZEKERINGS
ARTS

pulmonale belastbaarheid) bepaald van 22 ml/min/kg¹. Dat is op een leeftijd van 49 jaar zeer slecht²:

V02max mannen

Leeftijd	Zeet slecht	Slecht	Redelijk	Gemiddeld	GDed	Zeet goet	Uitstekend
20-24	<32	32-37	38-43	44-50	51-56	57-62	>62
25-29	<31	31-35	36-42	43-48	49-53	54-59	> 59
30-34	<29	29-34	35-40	41-45	46-51	52-56	>56
35-39	<28	26-32	33-38	39-43	44-48	49-54	> 54
40-44	<26	26-31	32-35	36-41	42-46	47-51	> 51
	<25	25-29	30-34	35-39	40-43	44-48	>48
50-54	<24	24-27	28-32	33-36	37-41	42-46	> 46
55-59	<22	22-26	27-30	31-34	35-39	40-43	>43
	<21	21-24	25-28	29-32	33-36	37-40	>40

De inspanning is echter niet volledig maximaal geweest. De maximale hartfrequentie bedroeg althans 148 ... 87% van de voorspelde waarde (220 - de leeftijd). En het valt op dat de test niet beëindigd vanwege kortademigheid maar in verband met duizeligheid.

- g) Blijkens onder meer de richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met astma en COPD van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) kan en mag het maximale zuurstofopnamevermogen, ook vanuit preventieve gedachten, niet langdurig of zelfs permanent worden aangewend. Gedurende een achturige werkdag wordt een belasting van 30-35% van het maximum ⁰¹⁵ acceptabele grens beschouwd terwijl bij een korte(re) belasting een hoger percentage acceptabel is²³:

Aantal werkzame uren per dag	2	3	4	5	6	7	8	9	
Toelaatbaar percentage van V02 - max eenheid	64	54	48	44	41	39	37	35	33

Het is voor verschillende activiteiten, zowel huis(houd)elijke, sportieve als loonvormende, bepaald hoe groot het zuurstofverbruik is en hoe groot het (maximum) zuurstofopnamevermogen moet zijn om die activiteit korter of langer vol te houden:

¹ Rooijackers noemt abusievelijk 21 ml/min/kg.

¹² <http://sporttesten.nl/withoudingsvermogen/vo2-max-score>.

¹¹ <http://www.nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpagina/AST%20en%20COPD%20R.L.pdf>.

DATUM 7
 november2018
 BLAD 7111
 KENMERK

ADVISERING IN LETSELSCHADEZAKEN EN
 ARBEIDSDONIGESCHIKTHEIDSKWESTIES



ml/O ₂ min/kg	Beroepsmatig	Recreatief	Lopen km/uur	Fietsen km/uur
1 -	bureauwerk, typen op elektrische machine, autorijden	staan, vliegen, motorrijden, kaartspel, b-en	1,6	
7 - 11	reparatie, reparatie radio of TV, portielwerk, typen op mechanische machine, barklepning	biljarten, bowlen, paardrijden In stap, piano of ander muziek-instrument spelen	3 - 1,5	ij
11 - 18	stucadoorswerk, kruien 145 kll, lopende bandwerk, lassen, ruilen wassen	volleyballgeen wedstrijd), golf Igolfer trekken dl. zlllu (kleine boot), paardrijden in draf, badminton (geen wedstrijd), grasmaaien (motor)		io
18 - 25	schilderen, lmselen, behangen, khl timme!Wflrt	tafeltennis, 80Hzelf tas dragen, foxtrot dansen, badminton (enkel spel), tennis (dubbel, bladeren harken, veel soorten l!flInastiek	5-6	n
25 - 28	tuinieren, scheppen van losse narde	kaooavaren (6,5 km/uur), paardrijden In rustige galop, (rol)schaalsen (15 km/uur)	6-7	16
28 - 32	st.fle- 101min van 4,5 kB	badminton (vfdstrijd), houthakken, sneeuwruimen, grasmaaien (zonder motor), skiën (ljthe afd!lIngl, waterskiIn	8	17,5
32 en meer	grond-en spitwerk, dragen van 35 kg, basketbal	paardrijden in galop jin dealJ, hergbekllmmen, ijshockey, kanovaren (8 kmiuur)		19
	schepwerk, lo/min van 5,5 kg	skiën als tour (6,5 km/uur), squash (geen wedstrijd), zaalhandbal (geen wedstrijd), schermen, basketböl (Rink)	9	;!!
	schepwerk, Jo/min van 7,5 kg	taalhandbal (wedstrijd), squash (wedstrijd)	m-16	

Tobe/B.2 Gucltalluursiof- en calorieverbruik bij fysieke inspanning bij een lichaamsgewicht van 70 kg

Bron: (aangepaste tabel) Totolo 2003

De voormox in deze casus is zoals gezegd 22 ml/kg/ minuut. Daarvan mag op een reguliere achturige werkdag, 30-35% aangewend worden, dat is 6.6 - 7.7 ml/kg/ minuut. Daarmee kan betrokkene zoals uit voorgaande tabel uit voornoemde NVAB-richtlijn duidelijk moge zijn, nog altijd in staat geacht worden tot lichte beroepsmatige werkzaamheden van administratieve corcs-. Dat is des te relevanter nu administratief werk blijkbaar een deel van de gebruikelijke

„Roijackers kwam tot een vergelijkbare conclusie:

JednJftarls: IUI n dl~nt IC worden ofBiDmo:l wonl\ ebruiktconfonn de criteria van heQ~
 Do ~\,t\$eha on de Inl'.tunto e eln!ubl!!'beld is be{!er:t (2ic buvl!l~).

Ali tijdens cefntnhr.plt bij de ~Iolhel'ûpcut desntul'i!lC!l blijven optreden dknt ten fietstest juu:!
 arfuO!lo gp.ssCi\ te wordea vmichI, om&t lypolWmle (PaOz < 8 kPn) tijdens Inspatut{ng gro(e r;:;101o:n
 kan hebbeu voor de ertrgeUsc!le bcInstbaarhr.id.

Wij maken u Cl' op otteut 12:l\ bet èO!Siw in MnlUedng komt voor een melding als bcrcepszle:te.urn he:
 Nllderllnd~ CC!trwll. voor Beroep~Ziek'tCn.



hJ maatmanwerkzoomheden vormde .:;

B'...AO 8/1 ~
VERZEKERINGSART C

Wederpartij stelt, gezien de extreme overgevoeligheid, dat er sprake is van een sterke (aspecifieke) bronchiale hyperreactiviteit. Hoewel hij daartoe wel concludeerde heeft Rooijackers daar opvallend genoeg geen concreet en expliciet onderzoek naar gedaan. En ook de uitslag van het longfunctieonderzoek waarop hij zich baseerde {het onderzoek dat in juli 2014 in de behandelende sector werd verricht} vermeldt: "Metacholineprovocatiefest. { .., } +BHR: bronchiale hyperreactiviteit: Niet verricht".2ó

i De veronderstelling van bronchiale hyperreactiviteit rust als zodanig vooral op de j wisselende pieksroomregistraties die hij beschrijft7. Wie die metingen heeft verricht en hoe ze werden uitgevoerd en onder wat voor omstandigheden, is niet duidelijk maar wel relevant. Verder stel ik vast de beschreven waarden, die tijdens een exacerbatie daargelaten, goeddeels boven de normaalwaarde liggen. en dus niet heel erg afwijkend zijn. Voor een man van 1.88 meter lang en 50 jaar oud bedraagt die althans ruim 550 l/min.»

De enige longfunctiewaarden die op dit moment beschikbaar zijn doleren zoals bekend uit de tweede helft van 2014. De waarden in kwestie hebben uiteraard betrekking op de toen actuele situatie en hebben geen doorslaggevende

ii Zie de brief van de belangenbehartiger van 31.10.2018, onder 'Verlies aan verdrenvermogen » carrièreverwachting.

https://patientfolders.erasmusmc.nl/folders/ metacholine _provocatie test :

Wat is een metacholine provocatietest

Sommige mensen hebben last van Qvergevoelige luchtwegen, die sterK reageren op bepaalde prikkels van buitenaf. Bijvoorbeeld temperatuurverschillen. rook. luchtvervuiling, huisstofmijt parfum of huisdieren kunnen ervaar zorgen dat u benauwd wordt De prikkelbaarheid van de luchtwegen kan worden vastgesteld met de metacholine provocatietest Metacholine is een stof waarmee het verschijnsel van overgevoelige luchtwegen kan worden nagebootst

"Piekstroomregistratie: Periode 24 juli-november 2014: woorden vatietend tussen 550 en 700 l/min tijdens

bepaalde momenten (autowasstraat) en tijdens exacerbaties (november) tussen < 400 en 500 l/min".

http://www.pitmedical.com/Files/3/3000/39_2_OI_A_t_tachmetests/Product/d95ue6Jg n3047171vB RVbZ6 Kw6BpGO 1 K pd f.

Pieksroom nOI1118alw *** rden
(Urnin) man onde:TOTtS normnll* r. lwo. wllarQo ~19 Um n

ten te	leetilid	6	10	12	14	15	18	20	22	24	26	30	34	38	42	46	50	54	SB
1.4	258	276	298	316	338	358	378	398	418	459	448	~38	426	417	407	397	387	376	
~ 42	268	288	306	328	348	368	368	408	428	466	456	446	435	425	415	404	394	384	
1.44	277	297	317	337	357	Jn	397	417	437	474	463	451	443	432	422	412	401	391	
1.46	287	307	327	347	367	387	407	427	447	461	441	450	450	440	429	419	409	398	
1.48	296	316	336	356	376	395	416	438	456	4<16	478	468	457	447	437	426	415	406	
1.5	308	326	346	366	386	406	426	446	466	496	485	475	485	454	444	434	423	413	
1.52	315	335	355	375	395	415	435	455	475	503	493	462	472	452	451	441	431	420	
, , 54	324	344	364	364	404	424	444	464	484	510	500	490	479	469	459	449	433	426	
\,56	334	354	374	394	414	434	454	474	494	518	507	497	487	477	466	456	446	435	
1.58	343	383	383	403	423	443	463	463	503	525	515	505	494	484	474	463	453	443	
1.6	353	373	393	413	433	453	473	493	513	533	522	512	502	491	461	471	460	4W	
1.62	362	382	402	422	442	462	462	502	522	540	530	519	~09	499	488	478	4sa	457	
1.64	372	392	412	432	452	472	482	512	532	5~7	537	527	516	&06	496	485	475	465	
1.65	381	401	421	441	461	481	WI	521	541	~55	544	534	524	\$13	503	493	482	472	
1.68	391	411	431	451	471	491	511	531	551	562	552	541	531	52\	~10	500	490	480	
1.7	400	420	4010	460	480	500	520	540	560	569	559	549	539	528	518	508	497	467	
\,72	410	430	450	470	490	510	530	550	570	5*	567	556	546	536	525	515	505	49-1	
\,74	419	439	459	479	499	519	539	559	579	564	574	564	553	543	533	522	512	502	
\,76	426	448	468	488	508	528	548	568	588	592	581	57\	561	550	540	530	519	509	
1.78	4~8	458	478	498	518	538	558	578	598	599	589	578	566	558	547	537	527	516	
1.	447	467	487	507	527	547	567	587	607	606	596	586	575	565	555	544	534	524	
1.82	457	477	497	517	537	557	577	597	617	614	603	593	583	572	562	552	542	531	
1.64	456	.88	506	526	~6	566	586	506	526	521	611	600	590	580	570	559	549	539	
1.86	476	496	516	536	556	576	596	616	636	629	616	605	595	587	5~556			546	
\,88	486	505	525	5~5	565	565	605	625	645	636	626	61~	605	595-	574	564		553	
1.9	495	SRS	535	555	575	595	615	635	655	643	633	623	612	602	592	571		56\	
1.92	504	524	544	554	584	6~	624	644	664	651	640	630	620	609	599	589		578	
1.94	514	534	5~	574	594	SU	634	654	674	658	648	637	627	617	606	596		575	



DATUM 7 november 2018

VER?E.KEFUNCS
ART!!

BLAO 9/11

2018-065-01

betekenis voor de verdere toekomst en zeker niet voor de situatie vier jaar later. Rooijockers schrijft ook: "*Een maximale inspanningstest op de fietsergometer is een momentopname ...*",

- k) Dat het opgetekende beeld in overwegende mate wordt toegeschreven aan de beroepsgebonden expositie aan Biomos betekent niet zonder meer dat de interstitiële longafwijkingen en het roken in het geheel geen betekenis toekomen. Rooijockers maakte immers duidelijk dat de diffusiestoornis en de verminderde zuurstofsaturatie met name samenhangen met de interstitiële longafwijkingen (die de werkgever niet regarderen) en niet met astma/COPD. Ten tijde van zijn onderzoek achtte Rooijockers dat niet direct relevant omdat de verzadiging boven het niveau van klinische relevanter bleef. Volgens Van Arkel was dat echter tijdens zijn onderzoek niet langer het geval: 84% in rust.²¹

IJ Dat het niet goed mogelijk is een proportionele verdeling in mate en getal te maken is wellicht een gegeven. Dat maakt naar mijn oordeel de toeschrijving van het geheel aan één van meerdere factoren echter niet redelijk.

11. Het voorgaande overziend zou ik de volgende voorlopige conclusies willen formuleren:

- a) Hoewel de uitspraak van de CRvB een vaststaand gegeven zal zijn voel ik toch de behoefte op te merken dat het door partijen verrichte deskundigenonderzoek dat eraan ten grondslag heeft gelegen niet volledig geweest lijkt te zijn. In de zin dat onvoldoende broninformatie over de voorgeschiedenis en uit de behandelende sector is verzameld.
- b) Ook de beschikbare informatie over de actuele situatie is zeer beperkt en ziet de facto exclusief op niet onderbouwde en niet gevalideerde auto-anamnestische mededelingen. Daarmee kan ik me geen zorgvuldig en onderbouwd oordeel vormen over aspecten als de blijvende functionele invaliditeit (BI) en de blijvende beperkingen post/propter de vastgestelde longaandoening(en). Dat klemt overigens des te meer omdat het geclaimde onvermogen welhaast volledig is, nota bene op alle levenssterreinen terwijl er anderszits sprake lijkt van meer dan een enkele inconsistentie/discrepancie.

cl Volledige beeldvorming vraagt uitgebreid inzicht/inzage in het gehele beloop van de medicatie medio 2014, aan de hand van overlegging van alle correspondentie van de behandelend longarts(en) en eventuele andere specialisten, informatie over alle ziekenhuisopnames vanwege longproblemen nadien en over het technische onderzoek dat is verricht (longfunctieonderzoek, ergometrisch onderzoek, provocatielesles etc.) en een integraal afschrift van het patiëntendossier van de huisarts vanaf medio 2014.

dl Gelet op het hiervoor gestelde ben ik uiteraard ook geïnteresseerd in informatie over de eerdere UWV-beoordeling vóór 2000 en informatie over eventuele longklachten tussen de jeugd jaren en de ziekmelding in september 2013. Aangezien de uitspraak van de CRvB in krocht van gewijsde zal zijn gegaan zal dat echter een gepasseerd station zijn.

12. Ten slotte voor dit moment nog het volgende:

al Met het voorgaande zij niet gezegd dat ik van oordeel ben dat er geen sprake zou zijn van een significante longfunctiestoornis (doorgelaten wat de feitelijke oorzaak ervan is). Wel dat gestelde ernst en omvang ervan op dit moment niet voldoende ondubbelzinnig gedragen wordt door inzichtelijke en objectieve gegevens.

- bl COPD is in het algemeen een beeld met een langzaam progressief beloop. Geleidelijke verslechtering in de loop van de tijd is derhalve een potentiële mogelijkheid.

²¹ Zie onder IOd.



6L...AO 10/11
VE:-ZÉKERIN-GSAFITTS

7 november 2018

- c) Uitgaande van de uitslagen van het inspanningsonderzoek in 2014 vermag ik op dit moment geen absolute belemmeringen te zien tegen het verrichten van licht fysiek kantoorwerk. Ook basale verplaatsingen in een rustig tempo lijken me niet onmogelijk, althans uitgaande van de onderzoeksbevindingen in 2014.
- dl Eveneens uitgaande van de bevindingen uit 2014 en het gestelde in de tabellen 5-4 en 5-5 AMA-6 schat ik het percentage BI vooralsnog tussen het bovenste deel van de bandbreedte van klasse 1 (2-10% GP) en ten hoogste het midden van de bandbreedte behorende bij klasse 2 (11-23%); ergo, 8-17% gehele persoon (GP).
- el COPD impliceert een gedaalde levensverwachting, afhankelijk van de ernst ervan. Ter objectivering/kwantificering van het verhoogde risico zijn er tools ontwikkeld, waaronder de zogenoemde BODE-index. Invulling van die taal met de nu bekende en gepresenteerde waarden resulteert in een fors verhoogd overlijdensrisico in de komende 4-5 jaar:

BodV mass Index (BMI)

6elow 21 (0 points)

- 21 or above (1 point)

Forced expiratory volume 1s (FEV1)

- 65 or above (0 points)

Between 50 and 64 (1 point)

Between 36 and 49 (2 points)

36 or below (3 points)

MRC dyspnea scale

Grade 0: Breathless only with strenuous exercise (0 points)

Grade 1: Short of breath when hurrying on the level or walking up a slight hill (0 points)

Grade 2: Slower than most people of the same age on the level because of breathlessness (1 point)

- Grade 3: Stop for breath after walking about 100 meters (2 points)

Grade 4: Too breathless to leave the house (3 points)

Six minute walk

350 m or above (0 points)

Between 250 and 349 m (1 point)

Between 150 and 249 m (2 points)

- 149 m or below (3 points)

t ~ ~ |

Oi-t.daltnOr: r:115 tool eaméf NOT be o:-n-idóred as a !';ubstlvie fot :ny p."Cfe-s.loral mee'crlI scNItI3. NOR as a !l...bl.ltlw fCl
e-n cal ju-cme11(

T. Nelemans
arts voor arbeid & gezondheid-verzekeringsarts





DATUM: 7 november 2018

GLAD 11/11

KENMERK

14.

Cumulatief overzicht alle beschikbare 'medische' Informatie

- 23.12.2014 brief longarts Rooijackers en klinisch arbeidsgeneeskundige Stigter (namens betrokkene)
- 22.3.2016 rapport verzekeringsarts Van Arkel (Lechner Consult; namens betrokkene) + Functionele Mogelijkhedenlijst (FML)
- 25.10.2017 brief longarts Rooijackers + bijlage: interpretatieformulier fietsergometrie ongedateerd
- rapport klinisch arbeidsgeneeskundige Bartstra en arbeidshygiënist Huy (Polikliniek Mens en Arbeid van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten; namens verzekerde)

Cumulatief overzicht alle geraadpleegde niet-medische Informatie

- ~ 6.10.2008 veiligheidsinformatieblad Biomos
- 21.9.2015 rapport arbeidsdeskundige Van Eck (UWV)
- 21.3.2016 rapport arbeidsdeskundige stoffijn (Advies bij Arbeid; namens betrokkene)
- 20.9.2018 uitspraak Centrale Rood van Beroep (CRvB)
- 31.10.201 brief belangenbehartiger

— —