



Het College van Burgemeester en Wethouders van de gemeente Rotterdam,
Directie Juridische Zaken van de Bestuursdienst der gemeente Rotterdam
Postbus 1011
3000 BA ROTTERDAm

Amsterdam, 10 januari 2018

Onderwerp: Reactie op de toelichting van Dr. J.M. Rooijackers inzake aanvullende vragen Centrale Raad van Beroep in het hoger beroep van het College van Burgemeester en Wethouders van de gemeente Rotterdam te Rotterdam en J. van Heijst.

Kenmerk: CRvB 16/5114 en 17/7176 AW R006 92AJ09

Betreft: de heer J. van Heijst, geb. 13-08-1965 en wonende Kraanvogellaan 216, 3136 JG Vlaardingen.

Reactie op de toelichting van Dr. J.M. Rooijackers.

Dr. J.M. Rooijackers heeft op 25 oktober 2017 zijn antwoord met bijbehorende toelichting gegeven op de door de Centrale Raad van Beroep aan hem voorgelegde vragen. Ik heb de beantwoording van deze vragen met de bijbehorende toelichting bekeken, en een collega van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten met specialisatie longziekten mee laten lezen. Ik kom tot een andere conclusie dan dr. Rooijackers. Tevens moet ik een aantal opmerkingen en kritische kanttekeningen bij zijn toelichting plaatsen.

Allereerst breng ik de diagnoses uit mijn rapport van 2015 weer in herinnering: In mijn rapport heb ik benadrukt dat er sprake is van een gecombineerde diagnose:

1. Een niet specifieke interstitiële longaandoening (ILO), hierna aandoening 1 genoemd.
2. Astma of COPD GOLD 1-11, hierna aandoening 2 genoemd.
3. Acute oog en neus Irritatie bij het werken met Biomos, hierna aandoening 3 genoemd.

Tevens herhaal ik hier de 1e relevante conclusie, zoals die werd weergegeven op pagina 8 van mijn rapport van augustus 2015:

1. Mijn conclusie is dat zijn medische klachten berusten op een complexe gecombineerde drievoudige diagnose, de ILO, de astma- of COPD en de toxische reactie. Er is geen causaal verband tussen de opgedragen werkzaamheden (het verwerken van het middel Biomos) en de eerste diagnose, de ILO.
Het causaal verband met de tweede diagnose is aannemelijk. Dit causaal verband berust op een relevante blootstelling aan Biomos en de cumulatieve van de persoonsgebonden factor roken, die samen met de blootstelling een enorm verhoogde kans geeft op het ontwikkelen van deze diagnose.
Het causaal verband met de derde diagnose is vrijwel zeker.

Vraag 1

De eerste vraag die de Centrale Raad voor Beroep op 2 oktober 2017 stelde aan dr. Rooijackers luidt: „is het gezien de langdurige blootstelling aan Btomoe in de toegepaste hoge(re) concentratie een gerechtvaardigde inschatting dat de energetische beperkingen als gevolg van aandoening 1 en aandoening 2 in overwegende mate zijn veroorzaakt door het contact met B/omos?”

Dr. Rooijackers komt in zijn toelichting op pagina twee, eerste alinea, tot de volgende constatering: "omdat de ernst van beide longfunctie-stoornissen overeenkomt kan ook niet worden aangegeven welke aandoening het meest zal hebben bijgedragen aan de afgenomen energetische belastbaarheid." In alinea 3 stelt dr. Rooijackers samenvattend vast: "afgenomen energetische belastbaarheid en een marginale ventilatoire beperking, waarbij zowel naar de oorzaak (kwalitatief) als bijdrage (kwantitatief) geen onderscheid kan worden gemaakt tussen aandoening 1 en aandoening 2."

Met behulp van de Gouden standaard, de fietstest, of fietsergometrie komt dr. Rooijackers tot dezelfde conclusie die ik al in mijn rapport (2015, pagina 8, onder "conclusie 2") en ter zitting in hoger beroep op 7 september 2017 als volgt verwoordde:

*2. Zijn arbeidsongeschiktheid is gebaseerd op de beperkingen in energetische en inhalatoire belastbaarheid, te weten blootstelling aan luchtweg prikkelende stoffen.
De energetische beperkingen als gevolg van deze aandoeningen zijn niet op te splitsen naar één van de vastgestelde diagnoses 1 of 2.
De beperkingen voor blootstelling aan luchtweg prikkelende stoffen berust op de bronchiale hyperreactiviteit op basis van diagnose 2, de astma of COPD GOLD 1-11.
Daarmee is niet vast te stellen of de arbeidsongeschiktheid in overwegende mate haar oorzaak in de opgedragen werkzaamheden vindt. Het is niet onder te verdelen in percentages.*

Daarmee dient de eerste vraag van de Centrale Raad van Beroep naar mijn oordeel ontkennend te worden beantwoord.

Ik heb nog aanvullende opmerkingen bij de redenering van dr. Rooijackers, zoals weergegeven vanaf pagina 1 alinea 1, tot en met pagina 2 alinea 3, die eindigt bij "Samenvattend"; Dr. Rooijackers verlegt de aandacht in zijn beantwoording van de eerste vraag volledig naar aandoening 2. Hij laat daarbij na, de feiten te herhalen die hij ten aanzien van aandoening 1 weergaf onder het kopje "voorgeschiedenis" van zijn eigen rapport van 23 december 2014: "ernstige diffusiestoomis, met de parameter voor de diffusiecapaciteit DLCo 48% van predicted," Als deze waarde onder de 50% komt, is er sprake van een sterk beperkte energetische belastbaarheid volgens de door hem aangehaalde NVAB-richtlijn (astma en COPD); tabel, pagina 61. Op pagina 62 staat: "zuurstof opnameproblemen kan men in de ernstige gevallen reeds op het spoor komen met o.a. een meting van de transferfactor voor koolmonoxide TICa". Hierdoor kunnen energetische beperkingen optreden bij interstitiële longaandoeningen. De waarde van deze transferfactor, de TICo, is in zijn eigen onderzoek 44%. daarmee ook lager dan 50%.

Ten onrechte verlegt dr. Rooijackers de aandacht volledig naar aandoening 2 en laat hij na te herhalen dat aandoening 1 een "ernstige diffusiestoornis" is.



Waar dr. Rooijackers in de tweede alinea van pagina 2 wel de diffusiestoornis van aandoening 1 bespreekt, probeert hij de conclusie te trekken dat de zuurstof daling (PaO_2) gemeten bij de inspanningstest (fietsergometrie), geen klinisch relevante hypoxemie (zuurstoftekort) en daarmee geen beperking van het inspanningsvermogen aangeeft. Op pagina 4 van zijn rapport uit 2014, merkt dr. Rooijackers op onder het kopje fietsergometrie verricht door collega Broerse: "Geen arteriële bloedgassen bepaald", De NVAB-richtlijn beschrijft op pagina 60: een ventilatorbeperking zal zich uiten in een stijging van de arteriële PCO_2 (de koolstofdioxidedruk in de slagader) tijdens fietsergometrisch onderzoek. Meting van de arteriële bloedgaswaarden is noodzakelijk bij uitvoering van een ergometrisch onderzoek. Mochten deze gegevens in de rapportage ontbreken dan is het verstandig om hiernaar te informeren. Dr. J.M. Rooijackers heeft dit niet gedaan. Althans, ik vind dit niet terug in zijn rapportage, De vraag rijst, waarom dr. Rooijackers het inspanningsonderzoek inclusief bloedgasbepaling niet in zijn eigen centrum heeft herhaald bij zijn onderzoek in december 2014.

Als gevolg hiervan kan dr. Rooijackers zijn conclusie, dat er geen beperking is van het inspanningsvermogen door aandoening 1, niet feitelijk hard maken/ bewijzen, Wanneer dr. Rooijackers wel het inspanningsonderzoek inclusief bloedgasbepaling zou hebben gedaan, dan zou er naar mijn oordeel overigens nog steeds geen onderscheid te maken zijn tussen aandoening 1 en 2.

Sterker nog, als ik het rapport van dr. Rooijackers uit december 2014 vergelijk met het antwoord dat hij u gaf in zijn rapportage van 25 oktober 2017, lijkt dr. Rooijackers zichzelf tegen te spreken. Op pagina 5 van zijn rapport uit december 2014 lees ik onder het kopje "energetische belastbaarheid" namelijk: "de V_{O_2} Max (waarmee de zuurstofconsumptie bij de inspanningstest wordt bepaald, als maat voor de energetische belastbaarheid), bedraagt 21 ml/min/kg, (...) hetgeen op pulmonale gronden werkzaamheden gedurende een 8-urige werkdag toelaat als bureauwerk en autorijden, recreatieve activiteiten als staan, vliegen en kaartspelen." Kortom, werkzaamheden met een lage energetische belasting vanwege een lage energetische belastbaarheid.

Er is door dr. Rooijackers in zijn rapport van december 2014 zelf bepaald, dat beide aandoeningen tezamen alleen nog werkzaamheden toelaten met een lage energetische belasting, vanwege een lage energetische belastbaarheid.

Vraag 2

De tweede vraag die de Centrale Raad voor Beroep op 2 oktober 2017 stelde aan dr. Rooijacker luidt: *"in hoeverre en in welke mate vormen het "dagpatroon" van betrokkene en de feitelijke ontwikkeling van de klachten ook voor de medische beoordeling hiervan relevante factoren? "*

Op pagina 57 in alinea vier van de NVAB-richtlijn staat: "om een goede afweging te kunnen maken van de belastbaarheid moet men over informatie beschikken van de pulmonale, de energetische en psychosociale belastbaarheid." De psychosociale belastbaarheid wordt in de richtlijn niet verder uitgewerkt, de andere twee wel.

Op de eerste pagina van zijn rapportage van 25 oktober 2017 schrijft dr. Rooijackers in de eerste alinea: "De beperkingen als gevolg van longaandoeningen worden door de beroepsgroep beschreven binnen een viertal domeinen van belastbaarheid: energetisch, inhalatoir, mentaal perspectief en psychosociaal."



Het is bijzonder dat de psychosociale belastbaarheid in de richtlijn niet verder wordt uitgewerkt, maar wel door dr. J.M. Rooijackers en dan ook nog in twee subdomeinen, te weten mentaal perspectief en psychosociaal. Ik concludeer dat dr. Rooijackers hier dus een eigen invulling aan geeft, die niet door de richtlijn voor de beroepsgroep ondersteund wordt.

Dat de psychosociale belastbaarheid in de richtlijn niet verder wordt uitgewerkt heeft in de NVAB-richtlijn te maken met de bewijskracht van artikelen en het niveau van bewijs van de op de artikelen gebaseerde conclusies. Deze staan samengevat op pagina 5. De bewijskracht van artikelen van hoog naar laag in vijf klassen: A1, A2, B, C, D.

Het niveau van bewijs van de op de artikelen gebaseerde conclusies van hoog naar laag in vier klassen: 1, 2, 3, 4.

Bewijskracht van artikelen

A 1 systematische reviews die tenminste enkele onderzoeken van A2-onderzoek betreffen, waarbij de resultaten van afzonderlijke onderzoeken consistent zijn.

A2 gerandomiseerde vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang en consistentie.

B gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek.

C niet vergelijkend onderzoek.

O mening van deskundigen, bijvoorbeeld de projectgroep/eden.

Niveau van bewijs van de conclusies

1 een systematische review (A 1) of tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2

2 tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B

:3 een onderzoek van niveau A2 of B of onderzoek van niveau C

4 mening van deskundigen

De uitwerking van de psychosociale belastbaarheid wordt niet ondersteund door literatuur of conclusies van enige bewijskracht in de NVAB-richtlijn. De invulling die dr. J.M. Rooijackers geeft kan dus gezien worden als een eigen -en dus subjectieve- invulling, die door een eigen invulling of redeneringen van een andere longarts net zo makkelijk verworpen kan worden. Hieraan kan geen bewijskracht ontleend worden door dr. J.M. Rooijackers in zijn argumentatie dat de energetische beperkingen in overwegende mate veroorzaakt zijn door het contact met Biomos.

De NVAB-richtlijn vermeldt op pagina 58 onder het kopje "belastbaarheid:"

Subjectieve respiratoire klachten zijn niet-of zeer slecht-gecorrleerd aan objectiveerbare longfunctie-afwijkingen. Om die reden moet de belastbaarheid van een patiënt met COPD onderbouwd worden met objectieve meetgegevens. Dit wordt ondersteund met bewijskracht vanuit de literatuur.

Dr. Rooijackers zet op pagina twee van zijn rapportage van 25 oktober 2017, in de alinea's 4,5,6 en 7 een argumentatie op die gebaseerd is op de subjectieve respiratoire klachten en op een historische anamnese, eenzijdig vanuit de patiënt. Hij wijkt hier dus duidelijk af van de NVAB-richtlijn. Het is



algemeen bekend dat een historische anamnese, eenzijdig en achteraf opgetekend vanuit de patiënt, die daarbij duidelijke belangen heeft; als zeer onbetrouwbaar moet worden gekenmerkt (zie RICHTLIJN MEDISCH SPECIALISTISCHE RAPPORTAGE, KNMG 2008).

In mijn rapport van augustus 2015, in stap drie, op pagina 5 en 6 in de uitgebreide en zorgvuldige bijdrage van onze arbeidshygiënist de heer Huy, is duidelijk te lezen hoezeer de mening en herinnering van werkgever en werknemer uit elkaar lopen. Dit illustreert de subjectiviteit en onbetrouwbaarheid van deze historische anamnese. De arbeidshygiënist heeft in ons rapport alleen de achteraf te verifiëren feiten overgenomen en er mee volstaan de verschillen tussen de beweringen van werkgever en werknemer te benoemen.

Het overnemen van subjectieve beweringen van de patiënt door dr. Rooijackers is in onze ogen niet te kwalificeren als een objectief onafhankelijk onderzoek, maar veeleer als het weergeven van een beleving. Het is in onze ogen niet hard te maken vanuit de medische literatuur, dat de verstoorde verhoudingen op het werk, zoals door dr. Rooijackers genoemd in zijn oorspronkelijke rapport (2014) op pagina zes, tweede alinea en in zijn rapportage van 25 oktober 2017 aangehaald in alinea 4 op pagina 2; een objectief meetbare afname van de energetische belastbaarheid geven, zoals gemeten met fietstest.

Het lijkt alsof dr. J.M. Rooijackers twee begrippen die op pagina 58 van Richtlijn worden vermeld, door elkaar haalt: "belasting" en "belastbaarheid." Psychosociale problematiek, zoals verstoorde werkverhoudingen vallen onder de "belasting," De "belastbaarheid" wordt uitgedrukt in beperkingen. Dr. Rooijackers plaatst dus een belastingcomponent aan de kant van belastbaarheid, waarmee de indruk wordt gewekt dat de belastbaarheid van de patiënt verminderd is.

De belastbaarheid van een patiënt met COPD moet echter onderbouwd worden met objectieve meetgegevens. Dit wordt ondersteund met bewijskracht vanuit de literatuur. Dr. Rooijackers hanteert een argumentatie gebaseerd op de subjectieve respiratoire klachten en op een historische anamnese, eenzijdig vanuit de patiënt en wijkt hier dus duidelijk af van de NVAB-richtlijn.

Een historische anamnese is onbetrouwbaar. Dit wordt geïllustreerd doordat de mening en herinnering van werkgever en werknemer ver uit elkaar lopen. Het overnemen van subjectieve beweringen van de patiënt door dr. Rooijackers is in mijn ogen geen objectief onafhankelijk onderzoek, maar het weergeven van een beleving. Ik concludeer dat de stelling van dr. Rooijackers, dat de verstoorde verhoudingen op het werk een objectief meetbare afname van de energetische belastbaarheid geven, zoals gemeten met de fietstest, niet objectief hard te maken is.

Dr. Rooijackers plaatst een belasting component aan de kant van belastbaarheid, waarmee de indruk wordt gewekt dat de belastbaarheid verminderd is.

Ik plaats meer kanttekeningen bij de zin op pagina 2 alinea 4 van het rapport van 25 oktober 2017 : "Alleen aandoening 2 kenmerkt zich typisch door een variabele longfunctie en wisselende klachten. terwijl aandoening 1 niet onder invloed staat van prikkels in de omgeving."

Mel "variabele longfunctie en wisselende klachten" doelt dr. Rooijackers op het begrip bronchiale hyperreactiviteit, de mate waarin de luchtwegen reageren op specifieke prikkels. In de NVAB-richtlijn staat op pagina 59: "meting van bronchiale hyperreactiviteit met een histamine-of metacholine-provocatietest behoort uitgevoerd worden als de (arbelds-) anamnese aanwijzingen geeft voor de aanwezigheid van hyperreactiviteit."



Op pagina 2 van zijn oorspronkelijke rapport van december 2014 zijn aanwijzingen in de arbeids-anamnese dat er geen sprake is van reversibiliteit. In de voorgeschiedenis op pagina 1 verwijst dr. Rooijackers naar de longfunctie gegevens van longarts Oswald, Vlietland Ziekenhuis 2013: "restrictieve longfunctiestoornis en ernstige diffusiestoornis, geen reversibiliteit." Zijn eigen longfunctiegegevens vermeldt dr. Rooijackers staan op pagina 3: "obstructief en licht restrictief beeld, niet reversibel." Er staat dat een reversibiliteit test niet verricht is. Dr. Rooijackers objecteert dus niet de bronchiale hyperreactiviteit, en voldoet daarmee niet aan de voorschriften van de Richtlijn.

De reversibiliteit brengt dr. Rooijackers vervolgens in kaart met een piekstroomregistratie in de periode van 24 juli tot november 2014 (pagina 4, rapport december 2014). Hij concludeert reversibiliteit door een forse daling in de piekstroom tijdens bepaalde momenten en in de periode november. Echter, tegen de standaardinstructies zoals die worden gehanteerd bij de polikliniek van het NCvB, laat dr. Rooijackers de patiënt zelf de piekstroom meten en opschrijven. De patiënt heeft hier een belang bij om aan te tonen dat er een duidelijke vermindering is en kan dus deze metingen gemanipuleerd hebben. Daarnaast kunnen er vals positieve waarden zijn ontstaan, omdat piekstroommetingen het oorzakelijke agens (hier Blomos), niet kunnen identificeren; richtlijn pagina 19 (Tarlo 1998). Er staat in het rapport van dr. Rooijackers nergens dat plekstroommetingen zijn gedaan, toen de patiënt specifiek met het agens Biomos werkte. Er wordt wel vermeld dat er een daling was in de autowasstraat. Dit verwijst naar een algemene plek, niet een werkplek waar met het agens Blomos gewerkt is. Vals positieve waarden kunnen ook ontstaan door infecties. De periode in het najaar, van september tot en met november is een periode waarin veel mensen Infecties doormaken, die kunnen ook zonder waarneembare klachten aanwezig zijn (subklinisch).

Hiermee staat de variabele component van de aandoening 2 mijns inziens ter discussie. De twee besproken longfunctietesten geven geen objectieve reversibiliteit aan. De piekstroom geeft volgens ons geen objectieve interpreteerbare reversibiliteit. Als er al reversibiliteit zou zijn, kan de relatie met het werken met Blomos hierdoor niet hard gemaakt worden volgens de literatuur. Het klinische beeld past derhalve het beste bij longfunctie met een obstructieve component zonder reversibiliteit, of zeer geringe reversibiliteit, die eerder gezien wordt bij COPD. Er is volgens de literatuur geen onderscheid te maken in het klinische beeld van COPD door roken of COPD door een werkgerelateerde risicofactor. Bij astma past een obstructieve component met een geobjectieerde mate van reversibiliteit door de provocatietest van 9% of meer ten opzichte van de voorspelde waarde. Die is hier niet geobjectieerd. Overigens geeft reversibiliteit op zich geen arbeidsongeschiktheid.

Overigens laten de longfuncties naast de obstructieve component duidelijk een restrictieve component zien. Deze is toe te schrijven aan aandoening 1, de interstitiële longaandoening. Dr. Rooijackers laat deze belangrijke bevinding weg in zijn redenering in het rapport van 25 oktober 2017, terwijl hij in zijn oorspronkelijke rapport van december 2014 in zijn conclusie schrijft: "gecombineerd restrictief en obstructieve gestoorde longfunctie en sterk afgenomen diffusiecapaciteit. Fors beperkte belastbaarheid."

Dr. Rooijackers laat een belangrijke bevinding weg: een restrictieve component in de longfuncties, toe te schrijven aan aandoening 1. Hij onderbouwt de samenvatting van zijn rapport van 25 oktober 2017 aan het eind van alinea 5 op pagina 2 met zijn gegevens uit alinea 4 en alinea 5, respectievelijk: de niet geobjectieerde reversibiliteit en de *boven* besproken subjectieve beweringen. De samenvatting luidt: "sinds het gebruik van Biomos is betrokkene veel extra klachten en beperkingen in zijn functioneren gaan ervaren, waarbij een relatie met aandoening 2 plausibel is."



Met deze samenvatting tracht dr. Rooijackers stelling te beweren dat de daling van de belastbaarheid door de COPO (aandoening 2) groter is dan die door aandoening 1 is veroorzaakt. Deze stellingheid lijkt mij niet gestaafd door literatuur en de gehanteerde onderzoeksmethoden.

Misschien verwacht dr. Rooijackers de Irritatieve eigenschappen van Biomos die aandoening 3 heeft veroorzaakt en die optreedt bij elk contact met Biomos met veel klachten en daarna weer verdwijnt met het vermijden van Biomos.

In alinea 8, pagina 2 van het rapport van 25 oktober 2017 gaat het over het beloop van aandoening 2. Ook bij deze alinea moet ik een aantal kanttekeningen plaatsen. Het bevreemdt mij namelijk dat hier ineens een nieuwe diagnose wordt aangehaald, namelijk "irritant Induced astma (IJA)". Uit zijn eigen rapportage en onderbouwing en zijn eerdere rapport uit 2014, lijkt van deze diagnose geen sprake te zijn. Is het de bedoeling om hier een progressief ongunstig beloop te schetsen en wordt daarom een nieuwe diagnose zonder onderbouwing erbij gehaald?

De bewijskracht van de door dr. Rooijackers aangehaalde referentie van Van den Plas is van het laagste niveau (0). Dit artikel is een expertpanel consensus, die zelf aangeeft dat de bewijskracht nog niet erg sterk is, omdat ze kan alleen afgeleid kan worden uit epidemiologische data (Abstract, p 1141). Daarom is dit "Position paper" bedoeld om dit fenomeen te positioneren en klinici te helpen. Dat is dus heel wat anders dan een review artikel, met de hoogste bewijskracht van een bepaalde aandoening.

De criteria om deze diagnose (IIA), vast te stellen zijn niet erg hard volgens de literatuur; (NVALT. Richtlijn werkgerelateerd astma 2016, waar Dr. J.M. Rooijackers werkgroepvoorzitter van was). Als aan bepaalde criteria wordt voldaan onderscheiden de experts 3 vormen van IIA in afnemende bewijskracht: de acute vorm die ze definitief noemen; de waarschijnlijke vorm (herhaaldelijke blootstelling aan hoge niveaus van irritantia) en de mogelijke vorm (chronische blootstelling aan milde tot middelmatige niveaus van irritantia). Bij deze laatste vorm zijn er maar enkele beschrijvingen in de literatuur gegeven, vandaar dat hier voorzichtig de term "mogelijk" wordt gehanteerd. Over deze vorm is het panel duidelijk in de tabel op pagina 1142: "de causale relatie kan niet met zekerheid worden vastgesteld op individuele basis".

Als we al van IIA zouden mogen spreken bij de heer Van Heijst, dan zou de heer Van Heijst volgens deze indeling in de 3^o categorie, "mogelijk" vallen, waar weinig gegevens over zijn en voorzichtig mee omgegaan moet worden. Echter, de heer Van Heijst voldoet dan niet aan de gestelde klinische criteria. Ten eerste moet er geen astma in de voorgeschiedenis zijn geweest. Dit was bij de heer Van Heijst in zijn jeugd wel het geval (NKAL-rapport 2014; p1, 3e alinea; onder voorgeschiedenis, aanvullend). Ten tweede moet er een duidelijke bronchiale hyperreactiviteit zijn aangetoond bij de provocatietest. De bronchiale hyperreactiviteit is niet geobjectiveerd. Dit heb ik hiervoor belicht bij reversibiliteit en variabele component.

Over het beloop bij IIA is maar weinig bekend. Er zijn maar enkele artikelen met een klein aantal patiënten, matig gedocumenteerd en dan alleen over de 1^e acute ("definitieve" vorm (p. 1150)). Uit die artikelen komt naar voren dat een aantal patiënten sterk verbeterd, tot zelfs asymptomatisch en een aantal blijvende luchtweg beperkingen houdt. Het panel concludeert: "Deze data geven aan dat de niet specifieke bronchiale hyperreactiviteit kan verbeteren over een aantal jaren na een acuut symptomatisch inhalatie incident." Over de beloopsvorm van de waarschijnlijke vorm (2&) en de



mogelijke vorm (3^e) kan men geen uitspraak doen. De beloopsvorm die dr. J.M. Rooijackers aanhaalt past niet bij deze casus, is ook nog eens onjuist aangehaald, namelijk veel ongunstiger dan de literatuur weergeeft en bovendien is er weinig literatuur bekend over de beloopsvorm.

Ineens wordt een nieuwe diagnose aangehaald, namelijk "irritant Induced astma (IIA)". Uit zijn eigen rapportage en onderbouwing en zijn eerdere rapport uit 2014, lijkt van deze diagnose geen sprake te zijn. De bewijskracht van de door hem aangehaalde referentie van Van den Plas is van het laagste niveau (0). Als de criteria van de referenties worden toegepast op deze casus, dan voldoen de aandoeningen van de heer Van Heijst niet aan één van de 3 vormen van IIA. De beloopsvorm die dr. J.M. Rooijackers aanhaalt past niet bij deze casus, is ook nog eens onjuist aangehaald, namelijk veel ongunstiger dan de literatuur weergeeft en bovendien is er weinig literatuur bekend over de beloopsvorm.

Over het beloop van aandoeningen hebben we de volgende opmerkingen.

Het beloop van aandoeningen 1 en 2 kwam sinds de zitting van 7 september 2017 mijns inziens in een ander licht te staan. Dr. Rooijackers haalt aan in alinea 4, pagina 2 van zijn rapport van 25 oktober 2017, dat aandoening 1 niet onder invloed staat van prikkels in de omgeving. De heer Van Heijst heeft in de rechtszaal aan de rechters desgevraagd toegegeven dat hij nog steeds rookt. In het rapport van dr. Rooijackers van 2014 staat op pagina 4 dat aandoening 1 als een bij roken passende aandoening is afgegeven door professor dr. J. Grutters. In mijn rapport van 2015 ben ik ervan uitgegaan dat de heer Van Heijst een voormalig roker was en het roken gestopt was. Nu de heer Van Heijst feitelijk nog steeds rookt, kan dit het beloop van aandoening 1 ongunstig beïnvloeden en een progressie veroorzaken met toenemende beperkingen en afnemende belastbaarheid.

Voor aandoening 2, COPD, geldt, dat deze voortschrijdt door roken: de belangrijkste risicofactor die in de literatuur bekend is voor COPD; als men blijft roken. Zonder roken heeft COPD een geleidelijk progressief beloop. De progressie is vele malen groter wanneer de patiënt blijft roken. Dit is overtuigend aangetoond in de (NVALT, Richtlijn-Diagnostiek-en-behandeling-van-COPD-maart-2010 p. 34). De andere risicofactor, het werken met en de blootstelling aan Biomos is wel gestaakt. Nu hij feitelijk nog steeds rookt, kan dit het beloop van aandoening 2 tevens ongunstig beïnvloeden en een progressie veroorzaken met toenemende beperkingen en afnemende belastbaarheid. Het is dan niet juist om een afnemende belastbaarheid bij aandoening 2 alleen aan het werken met Biomos toe te schrijven.

Een afgenomen belastbaarheid kan onafhankelijk opnieuw geobjectiveerd worden. Het heeft echter geen zin in het kader van de vraagstelling. Immers, er kan nog steeds geen onderscheid gemaakt worden tussen de bijdrage van aandoening 1 en aandoening 2.

Samenvatting

De eerste vraag van de Centrale Raad voor Beroep luidt: *"is het gezien de langdurige blootstelling aan Biomos in de toegepaste hoge(re) concentratie een gerechtvaardigde inschatting dat de energetische beperkingen als gevolg van aandoening 1 en aandoening 2 in overwegende mate zijn veroorzaakt door het contact met Biomos?"*

De beantwoording van de vraagstelling van dr. Rooijackers in de conclusie 1 op pagina 2, alinea 3 van zijn rapport van 25 oktober 2017 luidt: "afgenomen energetische belastbaarheid en een marginale ventilatoire beperking, waarbij zowel naar de oorzaak (kwalitatief) als bijdrage (kwantitatief) geen onderscheid kan worden gemaakt tussen aandoening 1 en aandoening 2",



Met behulp van de Gouden standaard, de fletstest, of fietsergometrie komt hij tot dezelfde conclusie die ik al in mijn rapport (2015, conclusie 2) en in de rechtszaal heb verwoord:

2. Zijn arbeidsongeschiktheid is gebaseerd op de beperkingen in energetische en fysieke belastbaarheid, te weten blootstelling aan luchtweg prikkelende stoffen. De energetische beperkingen als gevolg van deze aandoeningen zijn niet op te splitsen naar één van de vastgestelde diagnoses 1 of 2. De beperkingen voor blootstelling aan luchtwegprikkelende stoffen berust op de bronchiale hyperreactiviteit op basis van diagnose 2, de astma of COPD GOLD 1-11. Daarmee is niet vast te stellen of de arbeidsongeschiktheid in overwegende mate haar oorzaak in de opgedragen werkzaamheden vindt. Het is niet onder te verdelen in percentages.

Daarmee moet de eerste vraag van de Centrale Raad ontkennend worden beantwoord.

De tweede vraag van de Centrale Raad voor Beroep luidt: "in hoeverre en in welke mate vormen het "dagpatroon" van betrokkene en de feitelijke ontwikkeling van de klachten ook voor de medische beoordeling hiervan relevante factoren?"

De beantwoording door dr. Rooijackers van de vraagstelling in conclusie 2, op pagina 3, alinea 1 van zijn rapport van 25 oktober 2017 luidt: "gesteld kan worden dat de energetische beperkingen in overwegende mate zijn veroorzaakt door het contact met Biomos en de hierdoor veroorzaakte aandoening 2."

Onze opmerkingen hierbij zijn samenvattend:

Dr. Rooijackers verlegt de aandacht ten onrechte volledig naar aandoening 2 en herhaalt niet dat aandoening 1 een "ernstige diffusiestoornis" is.

Dr. Rooijackers kan zijn conclusie, dat er geen beperking van het inspanningsvermogen bestaat door aandoening 1, niet hard maken, want er is geen meting van de arteriële bloedgaswaarden gedaan die noodzakelijk is bij uitvoering van een ergometrisch onderzoek. Wanneer deze meting wel zou zijn gedaan, is er nog steeds geen onderscheid tussen te maken tussen aandoening 1 en 2.

Er is door hem zelf bepaald in 2014, dat beide aandoeningen tezamen alleen nog werkzaamheden toelaten met een lage energetische belasting, vanwege een lage energetische belastbaarheid.

De uitwerking van de psychosociale belastbaarheid wordt niet ondersteund door literatuur of conclusies van enige bewijskracht in de NVAB-richtlijn. De invulling hiervan door dr. Rooijackers kan gezien worden als een eigen invulling, die door een eigen invulling of redeneringen van een andere longarts net zo makkelijk verworpen kan worden. Hieraan kan geen bewijskracht ontleend worden door dr. Rooijackers in de argumentatie dat de energetische beperkingen in overwegende mate veroorzaakt zijn door het contact met Biomos.

De belastbaarheid van een patiënt met COPD dient onderbouwd te worden met objectieve meetgegevens. Dit wordt ondersteund met bewijskracht vanuit de literatuur. Dr. Rooijackers zet een argumentatie uiteen die is gebaseerd op de subjectieve respiratoire klachten en op een



historische anamnese, eenzijdig vanuit de patiënt en wijkt hier dus duidelijk af van de NV AB-richtlijn.

Een historische anamnese is onbetrouwbaar. Dit wordt geïllustreerd doordat de mening en herinnering van werkgever en werknemer ver uit elkaar lopen. Het overnemen van subjectieve beweringen van de patiënt door de longarts kan niet worden aangemerkt als een objectief onafhankelijk onderzoek, maar het overschrijven van een beleving.

Het is niet hard te maken dat de verstoorde verhoudingen op het werk een objectief meetbare afname van de energetische belastbaarheid geven, zoals gemeten met de fletstest. Dr. Rooijackers plaatst een belastingcomponent aan de kant van belastbaarheid, waarmee ten onrechte de indruk wordt gewekt dat de belastbaarheid verminderd is.

De variabele component van de aandoening 2 staat ter discussie. De twee besproken longfunctie-testen geven geen objectieve reversibiliteit aan. De plekstroom geeft volgens ons geen objectieve interpreteerbare reversibiliteit. Als er al reversibiliteit zou *zijn*, kan de relatie met het werken met Biomos hierdoor niet worden aangetoond, volgens de literatuur. ~ klinische beeld past derhalve het beste bij longfunctie met een obstructieve component zonder reversibiliteit, die eerder gezien wordt bij COPD. Er is volgens de literatuur geen onderscheid te maken in het klinische beeld van COPD door roken of COPD door een werkgerelateerde risicofactor. Bij astma past een obstructieve component met een geobjectieerde mate van reversibiliteit door de provocatietest van 9^o10 of meer ten opzichte van de voorspelde waarde. Die is hier niet geobjectieerd. Reversibiliteit geeft op zich geen arbeidsongeschiktheid.

Or. Rooijackers laat een belangrijke bevinding weg: een restrictieve component in de longfuncties, toe te schrijven aan aandoening 1. Dr. Rooijackers tracht samenvattend stellig te beweren, dat de belastbaarheid daling veroorzaakt door aandoening 2, groter is dan die door aandoening 1. Deze stelligheid lijkt niet gestaafd door literatuur en de gehanteerde onderzoeksmethoden.

Verder wordt er door dr. Rooijackers een nieuwe diagnose aangehaald, namelijk "irritant induced astma (IIA)". Uit zijn eigen rapportage en onderbouwing en zijn eerdere rapport uit 2014, lijkt van deze diagnose geen sprake te zijn. De bewijskracht die dr. Rooijackers meent te mogen ontleen aan de door hem aangehaalde referentie van Van den Plas is van het laagste niveau (0).

Als de criteria van de referenties worden toegepast op deze casus, dan voldoen de aandoeningen van de heer Van Helst niet aan één van de 3 vormen van UA. De beloopsvorm die dr. Rooijackers aanhaalt past niet bij deze casus en is ook nog eens onjuist aangehaald, namelijk veel ongunstiger dan de literatuur weergeeft. Bovendien is er weinig literatuur bekend over de beloopsvorm.

Nu de heer van Helst feitelijk nog steeds rookt, kan dit het beloop van aandoening 1 en 2 ongunstig beïnvloeden en een progressie veroorzaken met toenemende beperkingen en afnemende belastbaarheid. Het is dan niet juist om een afnemende belastbaarheid bij aandoening 2 alleen aan het werken met Biomos toe te schrijven.



Een afgenomen belastbaarheid kan onafhankelijk opnieuw geobjectiveerd worden. Het heeft echter geen zin in het kader van de vraagstelling. Immers, er kan nog steeds geen onderscheid gemaakt worden tussen de bijdrage van aandoening 1 en aandoening 2.

Ik vind derhalve dat de conclusie van dr. ROOijackers. In antwoord op de 2^e vraag van de Centrale Raad voor Beroep niet door de literatuur onderbouwd en gesteund wordt en tegen de richtlijnen in, op subjectieve, onbetrouwbare gronden vastgesteld wordt.

Ik blijf dan ook bij mijn conclusie:

De energetische beperkingen als gevolg van deze aandoeningen zijn niet op te splitsen naar één van de vastgestelde diagnoses 1 of 2.

Daarmee is niet vast te stellen of de arbeidsongeschiktheid in overwegende mate haar oorzaak in de opgedragen werkzaamheden vindt. Het is niet onder te verdelen in percentages.

Hoogachtend,
Polikliniek Mens en Arbeid

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping, slanted lines. Below the signature is a thick black horizontal bar redacting the name.

Bed

Oaarmee wordt ook de tweede vraag van de Centrale Raad door mij ontkennend beantwoord.