

## **NVvA Nieuwsbrief 98/2: Thema gezondheidszorg**

In dit nummer van de Nieuwsbrief staat de gezondheidszorg in de schijnwerpers. Dat de arbeidsomstandigheden in de gezondheidszorg nog niet optimaal zijn, valt te lezen in 'de arbothermometer in de gezondheidszorg'. Hierin staan de belangrijkste resultaten beschreven van een evaluatie-audit van de Arbeidsinspectie in 50 intramurale gezondheidszorginstellingen.

Een van de aandachtspunten in de ziekenhuizen is nog steeds de beheersing van blootstelling aan narcosegassen. Hierover is sinds kort een boekje beschikbaar; een van de mede-redacteuren brengt dat in deze Nieuwsbrief onder de aandacht.

Dit jaar vinden de bijeenkomsten van de arbeidshygiënist en de veiligheidskundigen in de gezondheidszorg gezamenlijk plaats. Een verslag van de eerste vergadering van dit jaar is opgenomen in deze nieuwsbrief.

Hoe het is om te werken als arbeidshygiënist in de Noorse gezondheidszorg valt op te maken uit een ingezonden stuk van Saskia Wanders.

*Trienke Jongedijk*

### **Arbothermometer in de gezondheidszorg**

Onvoldoende aandacht voor het toxische stoffenbeleid, een tekort aan adequate beheersmaatregelen bij de bereiding van cytostatica en bij blootstelling aan narcosegassen, onduidelijkheid over de beheersing van blootstelling aan biologische agentia; de uitslag van de arbothermometer in de gezondheidszorg is mede gestegen als gevolg van deze, op het gebied van de arbeidshygiëne belangrijkste, geconstateerde tekortkomingen.

#### *Arbeidsinspectie*

De Arbeidsinspectie heeft in 1997 een evaluatie-audit gehouden in 50 intramurale gezondheidsinstellingen, waarvan de resultaten beschreven zijn in het rapport "de arbothermometer afgelezen". Dit rapport is op 20 januari jl. formeel aangeboden aan de Staatssecretaris van SZW. De Grave heeft zich teleurgesteld betoond over de resultaten van de evaluatie, omdat in de sector een goede vertaalslag van papier naar praktijk nog lang niet overal gemaakt is.

#### *Evaluatie-onderzoek*

De evaluatie was het sluitstuk van de in 1993 door de Arbeidsinspectie gestarte "Strategie Arbeidsomstandighedenbeleid in de Intramurale Gezondheidszorg". Streefdoel hierbij was, dat in 1996 alle instellingen over een goed functionerend arbozorgsysteem zouden beschikken. En op het niveau van werkplekken was het doel dat deze in hetzelfde jaar allemaal aan de wettelijke normen voor veiligheid, gezondheid en welzijn zouden voldoen. Voor het realiseren van de doelstellingen werden bewustwording en zelfwerkzaamheid, bronbeleid en handhaving als hoofdlijnen geschetst en voor de uitvoering van de strategie werd 4 jaar uitgetrokken. Met behulp van de "arbothermometer", een mede door NIA-TNO speciaal ontwikkeld onderzoeksinstrument, heeft de inspectiedienst in 1997 50 organisaties doorgelicht. Centrale vraag daarbij was hoe het in de instellingen inmiddels is gesteld met het arbozorgsysteem. Daarbij werd onder meer gekeken naar:

- de organisatie van de arbozorg
- de beheersing van werkplekrisico's:
- RI&E, procedures ten aanzien van incidenten, voorlichting en PBM's, inkoop, ver- en nieuwbouw
- de bedrijfshulpverlening

#### *Arbozorgsysteem*

Wat opviel bij de audits was dat de documentatie van het arbozorgsysteem behoorlijk ontwikkeld is bij de "doorsnee"-instelling. Maar zodra werd gekeken naar de implementatie van de documenten ontstond bij de inspecteurs een somberder beeld. Hun ervaring was dat bij de meeste van de 50 instellingen de bestaande arbozorgsystemen nog niet effectief waren.

### *Hoofdzaken*

De belangrijkste aandachtspunten voor ons als arbeidshygiënist zijn het toxische stoffenbeleid, en met name dan het invoeren van de wellicht reeds opgestelde procedures, bescherming tegen blootstelling aan cytostatica en narcosegassen en beheersing van blootstelling aan biologische agentia. Met betrekking tot aanverwante terreinen is geconstateerd dat nog aandacht geschonken moet worden aan het investeren in het voorkomen van fysieke belasting, al is er op dit gebied al het een en ander bereikt. Daarnaast wordt nog te lang en met te weinig pauzes gewerkt en verdient psychische belasting aandacht. Ten aanzien van bedrijfshulpverlening zijn de resultaten in de organisatie heel divers.

Nog voldoende werk aan de winkel dus!

*Jeltina Stevels, Arbodienst Midden & Oost Twente*

*Met dank aan:*

*Ineke van Werven-Bruijne, IMG-inspecteur regio Midden*

## **Lachgas**

Het gebruik van lachgas kent een lange, cyclische geschiedenis. Voorheen werd het vooral gebruikt als middel om in een hilarische stemming te komen. Later werd het bekend als kalmerend middel en als anestheticum bij operaties. De grootste bekendheid ontleent lachgas aan dit laatste. Tegenwoordig is lachgas, net als na de ontdekking door Priestley ruim twee eeuwen geleden, in opkomst als roesmiddel in de recreatieve sfeer. Hiermee is de cirkel rond.

Een belangrijk aspect van lachgas is dat het, afhankelijk van blootstellingsduur en/of concentratie, de gezondheid kan beïnvloeden van diegenen die worden blootgesteld.

### *Boekje*

Arbeidshygiënist die uit hoofde van hun werkzaamheden goed geïnformeerd willen zijn over dit gas, worden hierbij opmerkzaam gemaakt op een boekje dat bij de uitgeverij Van Gorcum is verschenen onder de titel "Lachgas" (ISBN 90-232-3354-9).

Het boekje handelt onder meer over de wijze van aanmaak en milieueffecten van lachgas en over toepassing in de horeca- en voedingsmiddelensector, de ontspanningsindustrie, in operatiekamers en in tandheelkundige behandelruimten. Tevens worden bewezen en mogelijke gezondheidseffecten besproken, alsmede methoden om blootstelling tijdens de beroepsuitoefening te beheersen.

Een kritische noot wordt tenslotte geplaatst bij de vraag of (gezien de potentie) het gebruik van lachgas in de moderne anesthesiologie nog wel op zijn plaats is.

*H. Claes Schuyt, arbeidshygiënist bij de Arbo- en Milieudienst van de Universiteit van Amsterdam, en mede-redacteur van "Lachgas".*

## **Contactgroep Gezondheidszorg**

Dinsdag 17 februari 1998 vond er een gezamenlijke vergadering van de contactgroep Gezondheidszorg van de NVvA en de NVVK-ViG (Veiligheidskundigen in de Gezondheidszorg) plaats.

Voorheen waren dit tamelijk afzonderlijke groepen, die zich in hoge mate met hetzelfde werk bezig houden, en 1-2 keer per jaar gezamenlijk vergaderden. Vanaf dit jaar zullen er in principe geza-

menlijke vergaderingen georganiseerd worden, waarvan dit de eerste was. Er zal ook een poging worden ondernomen voor meer contacten met de BIG (Bedrijfsartsen in de Gezondheidszorg).

De belangrijkste bevindingen van 17 februari:

#### *Cytostatica*

- Er staat een fout in het werkboek Cytostatica, dat onlangs in definitieve versie is uitgekomen, namelijk dat er geen afwijkend regime is voor zwangeren/de ongeboren vrucht. In de beleidsregels wordt echter uitgegaan van nulblootstelling; er ligt nu een vraag bij het ministerie hoe om te gaan met dit verschil. Nulblootstelling is immers niet haalbaar bij calamiteiten.
- Daarnaast zal er in samenwerking met bedrijfsartsen een leidraad moeten worden ontwikkeld voor arbeidsgezondheidskundige begeleiding.
- Over ca. een jaar zal de toepassing van het werkboek Cytostatica in de praktijk op de agenda worden gezet als evaluatiemoment.

#### *Biologische agentia*

Er is een werkgroep Biologische Agentia die zich bezighoudt met de uitwerking van het besluit Biologische Agentia in de Gezondheidszorg. De groep bestaat uit een vertegenwoordiging van arbeidshygiënist, ziekenhuishygiënist, microbiologen, de WIP (Werkgroep Infectie Preventie) en de Arbeidsinspectie. Het doel is een handzaam handboek met richtlijnen, waarin de onduidelijkheden van het besluit worden verhelderd.

Probleem is dat er aanzienlijke verschillen van inzicht zijn tussen de deelnemers aan de werkgroep. Er ligt nu een voorstel om een en ander op te nemen in de WIP-richtlijnen; de werkgroep doet nog even niets.

Door een stagiaire is een vergelijking gemaakt tussen de WIP-richtlijnen en het besluit biologische agentia. De WIP is met name patiëntgericht, het besluit is gericht op medewerkers. De WIP laat de zaak stagneren momenteel. De overheid maakt geen speerpunt van biologische agentia in de gezondheidszorg, omdat aangenomen wordt dat het in de gezondheidszorg relatief goed is geregeld.

Omdat men niet nog langer wil wachten op iets wat misschien nooit komt, gaat een aantal mensen uit deze vergadering zelf aan de slag, waarbij gestart wordt met het toespitsen van het Arbo-Informatieblad biologische agentia op de gezondheidszorg (wat dekt het besluit wel/niet af, ontbrekende zaken, wat moeten arbo-adviseurs er mee, of is dit een taak voor de ziekenhuishygiënist?).

Daarnaast zijn AH's uit drie academische ziekenhuizen (Utrecht, Maastricht en Nijmegen) bezig met het toetsen van het AI-blad in de praktijk, te beginnen met een pilot-inventarisatie van blootstellingsrisico's.

In de vergadering van 12 mei volgt terugkoppeling over de resultaten.

#### *Geneesmiddelen*

De werkgroep geneesmiddelen van de contactgroep Gezondheidszorg en de ViG heeft zich gericht op het veilig werken met geneesmiddelen. Er is hierbij gebruik gemaakt van al eerder uitgevoerd inventariserend onderzoek naar de (onbewuste) blootstelling aan vernevelde medicijnen en naar een onderzoek van een stagiaire naar het werken met antibiotica. Het gaat om zowel literatuuronderzoek als werkplekinventarisatie.

Hieronder de belangrijkste resultaten, zoals gepresenteerd door Carla Duijf (Arbo- en Milieudienst AZN/KUN). De vraagstelling van het onderzoek is als volgt:

- vormen geneesmiddelen een gezondheidsrisico? Hierbij is gekeken naar vernevelde geneesmiddelen en antibiotica.
- hoe kunnen we ondersteunen bij protocollering?

Er is een inventarisatie uitgevoerd van de gebruikte geneesmiddelen en de toedieningsfrequentie. Een farmacoloog heeft vervolgens een toetsing uitgevoerd op doelmatigheid van de toedieningswijze bij vernevelde geneesmiddelen.. De toxiciteit van de geneesmiddelen is beoordeeld, en er is een inventarisatie uitgevoerd van toedieningssystemen en blootstellingsgegevens bij vernevelde medicijnen. Daarnaast zijn verschillende werkplekken en werkwijzes bekeken.

#### *Vernevelen*

De helft van de afdelingen vernevelt dagelijks; 70% van de geneesmiddelen wordt doelmatig toegediend. De vernevelde geneesmiddelen zijn hoog toxisch, m.u.v. acetylcysteïne (terwijl daar juist vaak ongerustheid over bestaat vanwege de stank). Blootstelling is mogelijk t.g.v. open systemen en beperkte ruimte-ventilatie. Men gebruikt voor vernevelen kapjes voor het gezicht van de patiënt, maar deze worden weggehaald wanneer de patiënt benauwd wordt zodat de vernevelde stoffen zich in de ruimte kunnen verspreiden. Soms wordt een systeem gebruikt met een filter voor de uitademingslucht (half-open systeem). De effectiviteit daarvan is niet bekend. Ook literatuuronderzoek wijst uit dat blootstelling tijdens vernevelen mogelijk is.

#### *Antibiotica*

Negentien procent van de geneesmiddelenomzet bestaat uit antibiotica. Ongewenste gezondheidseffecten zijn mogelijk bij patiënten bij antibiotica (dermatitis, sensibilisering, wellicht resistentie), maar hierover wordt weinig bekend gemaakt. In de literatuur is over gezondheidseffecten bij verpleegkundigen weinig bekend. Blootstelling is mogelijk bij bereiding en toediening, en bij verwerking van afval (vaak bij huishoudelijk afval).

Aanbevolen is om niet de toxiciteit van alle geneesmiddelen in kaart te brengen, maar zich in eerste instantie te richten op het beperken van de blootstelling (bronaanpak, aparte ruimtes, ruimteventilatie of gerichte afzuiging, vernevelsystemen, filterexhalatielucht - niet voor patiënten met longaandoeningen/slechte conditie -, veilige arbeidsmiddelen), protocollen op te stellen ten aanzien van werkwijze en instructie patiënt, schoonmaken (veel oppervlaktevervuiling), en blootstelling periodiek te controleren door middel van biologische monitoring en omgevingsmetingen (is voorlopig nog erg moeilijk).

#### *Veilige middelen en methoden*

De werkgroep gaat verder met onderzoek naar veilige arbeidsmiddelen en werkwijzes, in eerste instantie voor alle geneesmiddelen (veilig werken) en daarnaast zal worden gekeken naar aanvullende maatregelen voor carcinogene en reprotoxische stoffen. Gestreefd wordt naar een zo laag mogelijke blootstelling.

Eigenlijk zou de farmaceutische industrie gedwongen moeten worden met veiligheidsinformatiebladen te komen; dit is een verplichting voor alle niet-gebruiksklare medicijnen, die vooralsnog niet wordt nagekomen.

Gestreefd wordt om in het ziekenhuis een werkgroep in te stellen die verder gaat met het ontwikkelen van beleid ten aanzien van het omgaan met geneesmiddelen. Bv. Bij vernevelen het inrichten van aparte ruimtes op afdelingen wanneer vaak verneveld moet worden, zorgen voor gerichte afzuiging en/of dubbelmaskers, verbeteren van het schoonmaakregime.

Het meten van effecten (bv. aantal spontane abortussen) heeft niet plaatsgevonden, de gepresenteerde gegevens zijn gebaseerd op literatuuronderzoek; men wil geen ongerustheid veroorzaken in het ziekenhuis.

#### *Volgende bijeenkomsten*

- op de volgende vergadering (12 mei) staan wederom biologische agentia en transport van Patholoog-Anatoom-afval op de agenda.
- 15 september wordt er een themadag georganiseerd over OK's (operatiekamers).

## **Arbeidshygiënist in Noorwegen**

Inmiddels zit ik al weer 10 jaar in Noorwegen. Ooit ben ik daar heen verhuisd, omdat mijn vriend er een baan kon krijgen en omdat het een mooi land is. De eerste vijf jaar heb ik gewerkt bij de Noorse Arbeidsinspectie in de olie-hoofdstad Stavanger. Daar een prima leerschool gehad in Noors en effectieve bureaucratie: het gaat om het doel dat bereikt wordt, en met welke middelen dat bereikt wordt? Dat kunnen bedrijven zelf beslissen. De olie-maatschappijen en hun onderleveranciers willen graag bij de arbo-toptien horen. Interne Controle zoals hier de zorgsystemen worden genoemd, wordt dan ook bij alle grotere bedrijven toegepast. Als buitenlander hier heb ik me de taal snel eigen kunnen maken, bijblijven met de Nederlandse taal is wel eens moeilijker: De 'zorgzone in Arnhem' valt geloof ik niet binnen ons vakgebied.

### *Centraal Ziekenhuis*

Nu werk ik bij een Centraal Ziekenhuis in het zuiden van Noorwegen in Skien. Ongeveer tussen Kristiansand en Oslo in. Ik werk in een 'arbeidsmedisinske' afdeling. De afdeling heeft 15 vaste medewerkers. Onze taak is niet om de arbodienst voor het ziekenhuis te zijn, maar we zijn een kenniscentrum voor arbodeskundigen en arbodiensten. We worden gefinancierd door de centrale overheid, en door de vier provincies die ons werkgebied zijn: in totaal zo'n 1 miljoen inwoners in een gebied even groot als Nederland! In de praktijk betekent dit reistijden naar de verste bedrijven van zo'n vier tot vijf uur per auto. Hiermee kom ik gelijk aan de kern van Noorwegen, een dun bevolkt land met zo'n vier miljoen inwoners, met veel kleine bedrijven.

Het gebied rond Skien staat van oudsher bekend als een van de industriegebieden, met petrochemische industrie. Dit alles is nog steeds ruim aanwezig door goedkope elektriciteit uit waterkrachtcentrales. Op het ogenblik loopt de milieubeweging te hoop tegen de eerste gasgestookte elektriciteitscentrale: men vindt dit maar vervuilend, en die vervuiling moet men in Europa zelf maar produceren. Noorwegen is dan ook geen lid van de Europese Gemeenschap. Wat ons vakgebied betreft maakt het niet zo veel verschil omdat alle machine-richtlijnen ook hier gelden. Het is wel onhandig dat Noorwegen nu niet mee kan beslissen in Brussel. Dit wil overigens niet zeggen dat ik voorstander ben dat Noorwegen ook in de EG zou moeten deelnemen. Tot nu toe zijn er voordelen met het dichthouden van de grens en de landbouw hier te beschermen, dat wil zeggen de dorpen leefbaar te houden.

### *Waar bestaat het werk uit?*

Mijn hoofdtaak is een mengeling van werkplekinventarisaties, onderwijs en onderzoek. In Noorwegen is het zo dat men meer 'WAO' uitbetaald krijgt als men een beroepsziekte heeft geconstateerd. Dit heeft dan ook tot gevolg dat er hier op onze afdeling vier bedrijfsartsen in opleiding met dit werk bezig zijn. Zij verwerken gemiddeld twee patiënten per week. Wij worden erbij betrokken als het duidelijk is dat het echt om een beroepsziekte gaat. De grootse groep hier in het district zijn diegenen die met organische oplosmiddelen werken, en dan met name in de GRP-industrie (= Reinforced Plastic). Slechts een derde van de patiënten die naar ons verwezen worden krijgt de diagnose OPS. Dit voorjaar heb ik dan ook in plastic-bedrijven styreen-metingen uitgevoerd, om eens te kijken of de niveau's nu veel verschillen met eind jaren zeventig. Dit onderzoek werd uitgevoerd door twee studenten van de Hogeschool hier die met een vierjarige studie 'gezondheid en milieu' bezig zijn. Onze afdeling heeft een onderwijscontract met deze opleiding.

### *Onderzoek*

Wat onderzoek betreft ben ik dit semester bezig met een nested case-control onderzoek. Uit eerder cohortonderzoek is geconstateerd dat vroege genetische schade (chromosoom aberraties, CA) een voorspellende waarde heeft voor het op latere leeftijd ontwikkelen van kanker. Waar we nu mee bezig zijn is om de blootstelling aan (bekende) kankerverwekkende stoffen gedurende het arbeidsleven achteraf in te schatten. Dat is een onmogelijke opgave. En ik juich dan ook alle

initiatieven toe die betrekking hebben op het standaardiseren van meetrapporten en functiebeschrijvingen.

### *Binnenklimaat*

Een andere belangrijke activiteit van mij is binnenklimaat en kantoorwerkplekken. Omdat we hier zoveel binnen zitten wordt daar veel aandacht aan besteed. We hebben hier zeer slimme wetgeving voor het binnenklimaat: bijvoorbeeld als je tapijt wilt leggen in je nieuwe kantoor moet je een grotere (en dus duurdere) installatie projecteren, en meer ventileren dan als je PVC/linoleum legt. Het nieuwste hier is het schoonmaken zonder zeep, met microfiberdoekjes. Naar het zich laat aanzien maakt deze methode evengoed schoon, maar geeft het meer 'microscopische' krasjes, wat op de lange duur er voor zorgt dat zich daar meer vuil in kan verzamelen. Het laatste woord is hier nog niet over gezegd. Wat wel interessant is dat de schoonmakers de 'mikrofiber' schoonmaakmethode nu gaan toepassen met hun traditionele 'half-droge' moppen, ook zonder zeep. Het ziet er naar uit dat hiermee een kantoor ook schoon wordt.

### *RI&E*

Wat ontwikkelingen op ons vakgebied betreft lopen Nederland en Noorwegen aardig parallel. Ook wij zijn bezig met risico-inventarisaties. Een vraag waar ik mee bezig ben is: welk actiepoint moet je het eerste aanpakken na de risico-inventarisatie? Die ene lasser die eventueel aan longkanker kan komen te overlijden ten gevolge van RVS-lassen, of de hoofdpijnklachten op kantoor? Ik ben benieuwd hoe daar in Nederland mee wordt omgegaan.

Tja, wat zijn zo nog meer de verschillen tussen Nederland en Noorwegen. In het algemeen dat Noorwegen veel rijker en socialistischer is waardoor er minder verschil is tussen arm en rijk. Ik noem verder nog maar wat: euthanasie is een onderwerp wat taboe is, homofiele huwelijken kunnen al wel, Noorwegen heeft een minister-president die theoloog is, zowel op hard drugs als op soft drugs staan strenge straffen, met als gevolg dat er alleen al in Oslo per jaar meer drugsslachtoffers vallen dan in heel Nederland en nergens zijn er zoveel mobiele (auto)telefoons als hier: twee miljoen op vier miljoen inwoners. Er is dan ook opnieuw onderzoek gestart naar eventuele gezondheidseffecten.

### *Roken*

Roken is hier op veel plaatsen verboden: restaurants hebben eigen afdelingen voor rokers. In openbare gelegenheden is roken verboden, bijvoorbeeld in ziekenhuizen en stations. De enige roker op onze afdeling gaat dan ook regelmatig naar buiten om een luchtje te scheppen. Andere bedrijven hebben aparte rookkantoren met een aparte ventilator die aangaat als de deur opengaat en dan nog 15 minuten aanblijft. Het is officieel verboden te roken als je met meer personen op een kamer zit, of als je functie meebrengt dat je regelmatig bezoek op kantoor ontvangt. De arbeidsinspectie moet dit beleid handhaven. Zoals te verwachten is, lukt dit redelijk in grotere bedrijven.

Als je vragen hebt over Scandinavische literatuur, zin hebt om op werkbezoek te komen of op vakantie gaat in Noorwegen dan ben je van harte welkom.

Mijn e-mail adres is: [Saskia.Wanders@tss.telemax.no](mailto:Saskia.Wanders@tss.telemax.no).

Saskia Wanders