

# Veilig werken in de zorg?

Een onderzoek naar de oorzaken van het niet veilig werken van verzorgenden in de thuiszorg bij cytostaticapatienten

Maaike Aitink

Master Arbeid Organisatie & Management  
Erasmus Universiteit Rotterdam

# VEILIG WERKEN IN DE ZORG?

Een onderzoek naar de oorzaken van het niet veilig werken van verzorgenden in de thuiszorg bij cytostaticapatiënten.

Onderzoeker: **Maaïke Aitink**  
Universiteit: **Erasmus Universiteit Rotterdam**  
Opleiding: **Sociologie**  
Masterrichting: **Arbeid, Organisatie & Management**  
Afstudeerbegeleider: **Dhr. dr. B. Peper**  
Tweede lezer: **Dhr. dr. R.J. van der Veen**  
Afstudeerdatum: **5 oktober 2007**

# Voorwoord

Graag wil ik mijn dank uit spreken aan allen die een bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van dit onderzoek.

In het bijzonder wil ik de Arbofunctionaris, de zorgmanagers en verzorgenden van Carint bedanken voor hun tijd en enthousiasme die ze hebben gestoken in het beantwoorden van mijn vragen (en dit waren er soms erg veel).

Verder zou ik graag de heer Van der Pols, de heer Wouda en de heer Boer van de Arbeidsinspectie willen bedanken voor hun openheid en steun.

Mijn ouders, vriend en vriendinnen wil ik bedanken voor hun kritische opmerkingen en emotionele steun.

Afsluitend wil ik de heer Peper bedanken voor zijn opbouwende kritiek en meedenkendheid.

Maaïke Aitink  
Student Sociologie  
Master Arbeid, Organisatie en Management  
Erasmus Universiteit Rotterdam

# Samenvatting

Cytostatica worden toegepast bij de behandeling van kanker en vergevorderde reuma. De keerzijde van dit medicijn is dat het een risico op kan leveren voor de mensen die er mee omgaan. Cytostatica kunnen kankerverwekkende en reprotoxische effecten hebben. Tot veertien dagen na toediening blijven er resten van de cytostatica achter in de excreta, afhankelijk van het soort cytostaticum. Verzorgenden in de thuiszorg lopen een risico bij onder andere het wassen van cytostaticapatiënten of het afhalen van beddengoed. Om besmetting met cytostatica in de ziekenhuizen tegen te gaan, zijn er door de Arbeidsinspectie beleidsregels opgesteld. Voor de thuiszorg bestaan deze nog niet. Dit is dan ook de aanleiding geweest voor dit onderzoek.

De probleemstelling van dit onderzoek is:

*"Wat zijn de oorzaken van het niet veilig werken van verzorgenden in de thuiszorg bij cytostaticapatiënten?"*

Vanuit de probleemstelling zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Kunnen protocollen voor verzorgenden in de thuiszorg met betrekking tot het werken bij cytostaticapatiënten worden vertaald vanuit beleidsmaatregelen voor het ziekenhuis? Waarom wel? Waarom niet?
2. Bestaat er een spanningsveld tussen het opgestelde beleid voor de thuiszorg en de uitvoering hiervan in de praktijk? Zo ja, hoe is dit spanningsveld te verklaren?

Ter beantwoording van de probleemstelling en de deelvragen maak ik gebruik van de casus Carint. Voor Carint gelden de volgende specifieke deelvragen:

1. Bestaat er binnen Carint een spanningsveld tussen opgestelde richtlijnen met betrekking tot de omgang met cytostaticapatiënten en de uitvoering hiervan?
2. Door middel van welke aanbevelingen kan dit worden verkleind?

Ter beantwoording van de onderzoeksvragen, is er gebruik gemaakt van verklaringsmechanismen welke voorgekomen zijn uit het kader van onderzoeken van Engbersen & Van der Veen (1992), Mascini (1999), Pieterman (2001) en Lipsky (1980).

De huishoudelijke hulp van de thuiszorg wordt vanaf 1 januari 2007 gefinancierd vanuit de WMO. Dit heeft geleid tot een concurrentiestrijd tussen thuiszorginstellingen. De WMO kan leiden tot functionele ontwrichting van de arbeidsomstandigheden van de verzorgenden en de doelstellingen van de NMA (Engbersen & Van der Veen, 1992).

De implementatie van nieuw beleid in de thuiszorg gebeurt vaak top-down. Zowel vanuit de overheid richting organisaties als vanuit het management naar de uitvoerders. Binnen Carint wordt nieuw beleid geïmplementeerd door middel van 'opleggen' of 'uitleggen' terwijl 'overleggen' veel beter lijkt aan te sluiten bij het zelfvertrouwen van de verzorgenden (Mascini, 1999).

Verzorgenden in de thuiszorg lopen meer risico dan in het ziekenhuis vanwege:

- De attitude van de medewerkers (het risico wordt niet serieus genoeg genomen);
- De werkomgeving (de thuissituatie van de patiënt);
- De patiëntengroep (in de thuiszorg is een caseload veel gevarieerder);
- Bekendheid (het is vaak slecht bekend of een patiënt in de thuiszorg cytostatica krijgt);
- Controle (het is voor leidinggevendenden moeilijk om zicht te houden op de medewerkers).

Vanuit thuiszorginstellingen en kankercentra zijn er diverse protocollen opgesteld voor de omgang met cytostatica in de thuiszorg. Belangrijkste punten hieruit zijn:

- Persoonlijke Beschermingmiddelen (altijd disposable handschoenen dragen in contact met excreta en deze elke twintig minuten wisselen of eerder bij besmetting of beschadiging);
- Schoonmaakprocedure (altijd handschoenen dragen, voorspoelen met koud water, toilet één keer per dag schoonmaken van schoon naar vuil en spoel een doekje of mop nooit uit);
- Toiletgebruik (mannen zittend laten plassen en toilet twee keer doorspoelen met deksel dicht);
- Wasgoed (altijd handschoenen aan en wasgoed koud voorwassen);
- Zwangere medewerkers lopen geen extra risico wanneer zij zich aan de richtlijnen houden;
- Goede voorlichting zorgt voor minder weerstand bij het gebruik van handschoenen;
- In een patiëntendossier moet bijgehouden worden dat een patiënt cytostatica krijgt;
- Medewerkers moeten goed voorgelicht worden over de te volgen werkwijze.

De protocollen voor het werken met cytostaticapatiënten in de thuiszorg schieten op een aantal punten tekort ten opzichte van het ziekenhuis. Deze tekortkoming zorgt voor extra werk en extra risico voor de verzorgenden en zou volgens het precautionary principle (Pieterman, 2001) niet mogen worden uitgevoerd. Tevens zorgt het voor functionele ontwrichting van de arbeidsomstandigheden (Engbersen & Van der Veen, 1992).

Er moet in alle thuiszorginstellingen extra aandacht worden geschonken aan interne en externe informatieverstrekking. Onvoldoende interne registratie valt te verklaren uit het feit dat verzorgenden solistisch werken met veel discretionaire ruimte en een chronisch tijdgebrek (Lipsky, 1980). Hierdoor kunnen zij (onbewust) hun eigen werkzaamheden belangrijker vinden dan het informeren van anderen. Door tijdsdruk is het moeilijker voor verzorgenden om zich aan te passen aan de individuele cliënt, iets wat wel van hun verwacht wordt.

Er bestaat een spanningsveld tussen het opstellen van het beleid en het naleven ervan. Dit spanningsveld komt met name voort uit het feit dat verzorgenden met veel verschillende patiënten werken, er extra tijd en geld nodig is voor deze procedures en het moeilijk is een evenwicht te vinden tussen het naleven van regels en klantvriendelijkheid.

Het dragen van handschoenen bij het wassen van patiënten wordt ervaren als functionele ontwrichting van de relatie met de patiënt (Engbersen & Van der Veen, 1992). Een andere verklaring hiervoor is een gebrek aan kennis of gemakzucht (Mascini, 1999).

Ook Carint heeft protocollen opgesteld voor de omgang met cytostaticapatiënten. Deze protocollen zijn echter niet geheel afdoende. De zorgmanagers hebben de taak om de kennis van hun team up-to-date te houden. De zorgmanagers hebben veel discretionaire ruimte in de wijze waarop zij dit doen. Dit verklaart de grote verschillen in kennis tussen zowel de verzorgenden als de zorgmanagers. Het gebrek aan controle op de werkzaamheden van verzorgenden en een gebrek aan tijd bemoeilijkt de taak van de zorgmanagers (Lipsky, 1980).

Zorgmanagers hechten meer waarde aan protocollen en risico's dan verzorgenden omdat zij de nadelen van protocollen niet (Mascini, 1999).

Er bestaat een spanningsveld tussen het opstellen van het protocol 'Omgaan met excreta na cytostatica' van Carint en de naleving hiervan. Dit spanningsveld heeft een aantal oorzaken:

- Het management van Carint maakt de nadelige gevolgen van het protocol niet mee en de verzorgenden wel (Mascini, 1999);

- Het protocol is gericht op de veiligheid van de verzorgenden en neemt daar de klantvriendelijkheid in mee;
- De zorgmanagers hebben discretionaire ruimte bij het implementeren van het protocol (Lipsky, 1980);
- De verzorgenden moeten zich in hun werk aanpassen aan de individuele cliënt (Lipsky, 1980);
- Het protocol zorgt op enkele punten voor functionele ontwrichting van de arbeidsomstandigheden van verzorgenden en de relatie met de cliënt (Engbersen & Van der Veen, 1992).

De kennis over cytostatica onder verzorgenden en zorgmanagers is onvoldoende. Onvoldoende kennis is een mogelijke oorzaak van:

- Het niet dragen van handschoenen bij het wassen van patiënten;
- Het niet koud voorwassen van het wasgoed;
- Dat verzorgenden bij cytostaticapatiënten overstappen op wegwerpdoekjes in plaats van de reguliere microvezeldoekjes.

Een beleidsdilemma is dat een protocol voor het werken bij cytostaticapatiënten niet te veel moet afwijken van dat bij gewone patiënten. Naleving van een protocol dat gebruikt moet worden bij enkele patiënten, kost extra tijd omdat het geen routine wordt. Indien verzorgenden geacht worden het protocol 'Omgaan met excreta na cytostatica' van Carint volledig na te leven, dan kost dit extra tijd en geld.

## Afkortingenlijst

AWBZ	= Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIG	= Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
CIZ	= Centrum Indicatiestelling Zorg
HKZ	= Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorg
KITZ	= KwaliteitsInstituut voor Toegepaste ThuisZorgvernieuwing
MinSoZaWe	= Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
MinSZW	= Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
MinVWS	= Ministerie Volksgezondheid Welzijn en Sport
MZC	= Meld Zorg Centrale
NEN	= Nederlands centrum voor Normalisatie
NMA	= Nederlandse Mededingingsautoriteit
PBM	= Persoonlijke Beschermingsmiddelen
PGB	= Persoongebonden Budget
SOS	= Signaleren Onveilige Situatie
StAZ	= Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen
SZW AI	= Sociale Zaken en Werkgelegenheid Arbeidsinspectie
WDTM	= Wonen, Diensten en Techniek voor Mensen
WIP	= Stichting Werkgroep Infectiepreventie
WMO	= Wet Maatschappelijke Ondersteuning

# Inhoud

**INLEIDING ..... - 10 -**

**1 VERANTWOORDING EN PROBLEEMANALYSE..... - 11 -**

1.1 Relevantie..... - 11 -  
 1.2 Probleemstelling ..... - 12 -  
 1.3 Onderzoeksopzet..... - 13 -

**2 THEORETISCH KADER ..... - 16 -**

2.1 'Street-level bureaucratie' van Lipsky ..... - 16 -  
 2.2 'The precautionary principle' van Pieterman ..... - 18 -  
 2.3 'De onbedoelde effecten van sociaal beleid' van Engbersen & Van der Veen..... - 19 -  
 2.4 'Risico's in bedrijf' van Mascini..... - 21 -

## ACHTERGRONDLITERATUUR

**3 CYTOSTATICA..... - 25 -**

3.1 Wat zijn cytostatica? ..... - 25 -  
 3.2 Beroepsmatige blootstelling aan cytostatica ..... - 26 -  
 3.3 Cytostaticagebruik in het ziekenhuis ..... - 27 -  
 3.4 Beschermingsmaatregelen in het ziekenhuis..... - 27 -  
 3.5 De Arbeidsinspectie ..... - 29 -  
 3.6 Samenvatting ..... - 31 -  
 3.7 Discussie..... - 31 -

**4 DE THUISZORG ..... - 33 -**

4.1 Het ontstaan van de thuiszorg..... - 33 -  
 4.2 Onderdelen van de thuiszorg..... - 34 -  
 4.3 Financiering ..... - 35 -  
 4.4 Waarborgen van kwaliteit..... - 35 -  
 4.5 Werkwijze ..... - 36 -  
 4.6 Thuiszorginstelling Carint ..... - 38 -  
 4.7 Samenvatting ..... - 40 -  
 4.8 Discussie..... - 41 -

**5 CYTOSTATICA IN DE THUISZORG..... - 43 -**

5.1 Onderzoek naar cytostatica binnen de thuiszorg ..... - 43 -  
 5.2 De thuiszorg ten opzichte van het ziekenhuis..... - 44 -  
 5.3 Wetgeving ..... - 45 -  
 5.4 Richtlijnen voor de omgang met cytostatica binnen de thuiszorg ..... - 47 -  
 5.5 Beschermingsmaatregelen ..... - 47 -  
 5.6 Vertaling van het ziekenhuis naar de thuiszorg ..... - 49 -  
 5.7 Carint en cytostatica ..... - 51 -  
 5.8 Samenvatting ..... - 52 -  
 5.9 Discussie..... - 53 -

## ONDERZOEKSRESULTATEN

**6 CASUS: THUISZORGINSTELLING CARINT ..... - 56 -**

6.1 De Arbodienst ..... - 56 -  
 6.2 De zorgmanagers ..... - 57 -  
 6.3 De verzorgenden ..... - 60 -  
 6.4 Samenvatting ..... - 65 -  
 6.5 Discussie..... - 65 -



<b>7</b>	<b>ANALYSE</b> .....	<b>- 67 -</b>
7.1	Analysemethoden .....	- 67 -
7.2	Resultaten van de analyse .....	- 67 -
7.3	Samenvatting.....	- 70 -
<b>8</b>	<b>CONCLUSIES</b> .....	<b>- 72 -</b>
8.1	Conclusies.....	- 72 -
8.2	Beantwoording onderzoeksvragen .....	- 74 -
8.3	Hypotheses .....	- 75 -
8.4	Verklaringsmechanismen.....	- 76 -
8.5	Reflectie op de onderzoeksresultaten.....	- 78 -
8.6	Suggesties voor nader onderzoek .....	- 80 -
<b>9</b>	<b>AANBEVELINGEN</b> .....	<b>- 82 -</b>
9.1	Aanbevelingen voor Carint .....	- 82 -
9.2	Aanbevelingen voor de thuiszorg in het algemeen .....	- 84 -
9.3	Aanbevelingen voor de Arbeidsinspectie.....	- 84 -
9.4	Discussie.....	- 85 -
	<b>LITERATUURLIJST</b> .....	<b>- 86 -</b>

## BIJLAGEN

I	De werking van cytostatica
II	Overzicht soorten cytostatica
III	Besmetting van oppervlaktes met cytostatica
IV	Doeltreffende Beheersing van de blootstelling aan cytostatica in ziekenhuizen
V	Persoonlijke beschermingsmiddelen
VI	Onderzoek naar schoonmaakdoeken
VII	Arbobesluit & Beleidsregels
VIII	Inspecties Wasgoedketen
IX	HKZ Harmonisatiemodel
X	Organogram Carint Reggeland Groep
XI	Diensten & producten per gemeente
XII	Resultaten onderzoek naar cytostatica in de thuiszorg
XIII	Arbidsomstandighedenwet
XIV	WIP-richtlijnen
XV	HKZ-normen
XVI	Beschermingsmaatregelen in de thuiszorg
XVII	Carint protocol: Signaleren van een onveilige situatie
XVIII	Carint protocol: Persoonlijke Beschermingsmiddelen
IXX	Carint protocol: Omgaan met excreta na cytostatica
XX	Functies binnen de afdeling verzorging van Carint
XXI	Enquête verzorgenden
XXII	Uitslag enquête verzorgende
XXIII	Aangepast Carint protocol: Omgaan met excreta na cytostatica

# Inleiding

Sinds enkele jaren is er een tendens om patiënten steeds eerder uit het ziekenhuis te ontslaan. Gevolg is dat veel van deze patiënten nog extra verzorging of verpleging nodig hebben van de thuiszorg. De thuiszorg krijgt hierdoor te maken met nieuwe doelgroepen. Patiënten die voorheen hun verzorging en verpleging in het ziekenhuis kregen, kloppen nu aan bij de thuiszorg. Een van deze nieuwe doelgroepen zijn reuma- of kankerpatiënten die een cytostaticakuur krijgen (de bekendste hiervan is de chemokuur).

Patiënten die een cytostaticabehandeling krijgen vormen geen standaard doelgroep. Cytostatica zijn niet alleen kankerremmende medicijnen maar kunnen zelf ook kankerverwekkend zijn. Tevens kan het risico's opleveren voor de voortplanting. Verpleegkundigen die cytostatica toedienen kunnen er mee in aanraking komen. Verpleegkundigen zijn niet de enigen die een risico lopen. De cytostatica worden niet in zijn geheel opgenomen door het lichaam en worden uitgescheiden via alle vormen van excreta. Deze excreta kunnen tot maximaal veertien dagen na toediening, afhankelijk van het soort cytostaticum, sporen van cytostatica bevatten. Ook een verzorgende kan dus een risico lopen tijdens het wassen van patiënten, het reinigen van het wasgoed en het schoonmaken van het huis.

In tegenstelling tot de ziekenhuizen wordt er nog maar heel recent in de thuiszorg met cytostaticapatiënten gewerkt. Er bestaan dan ook nog geen wettelijke richtlijnen die vertellen welke beschermingsmaatregelen een verzorgende in de thuiszorg zou moeten nemen in contact met cytostaticapatiënten. In de ziekenhuizen is dit wel het geval. Vanuit individuele organisaties bestaan er al een aantal initiatieven voor het opstellen van richtlijnen en protocollen voor de omgang met cytostaticapatiënten in de thuiszorg.

Thuiszorgmedewerkers zijn werknemers die de hele dag met cliënten werken. Zij hebben de taak om algemene richtlijnen toe te passen op individuele cliënten en unieke situaties. Hiervoor hebben zij veel discretionaire ruimte nodig. Dit heeft echter ook zijn keerzijde. Thuiszorgmedewerkers passen richtlijnen en protocollen toe op een wijze waarvan zij denken dat juist is voor hen en de cliënt. Toepassing kan echter alleen op een juiste wijze gebeuren, wanneer verzorgenden over voldoende en de juiste informatie beschikken. Hebben zij niet de juiste informatie dan kan dit leiden tot het niet serieus genoeg nemen van protocollen en hiermee een verslechtering van de naleving.

Tijdens het werken met cytostaticapatiënten kan het gebruik van de verkeerde - of zelfs geen - beschermingsmaatregelen, een risico opleveren voor de gezondheid van de thuiszorgmedewerkers. Daarom is het van belang dat er juiste en werkbare richtlijnen zijn voor het werken met cytostaticapatiënten in de thuiszorg en dat de thuiszorgmedewerkers beschikken over voldoende kennis en informatie. Of dat dit momenteel ook het geval is, is nog onduidelijk.

Dit is de aanleiding geweest om een onderzoek te starten naar de omgang met cytostatica binnen de verzorging van de thuiszorg. Doormiddel van theoretische en empirische componenten wordt er antwoord gegeven op de volgende onderzoeksvraag: *"Wat zijn de oorzaken van het niet veilig werken van verzorgenden in de thuiszorg bij cytostaticapatiënten?"*.

# 1 Verantwoording en probleemanalyse

Deze scriptie zal starten met een uitleg over de relevantie van dit onderzoek. Tevens zullen de methoden worden behandeld die gebruikt zijn bij de totstandkoming van dit onderzoek.

## 1.1 Relevantie

Tot een aantal jaar terug werden cytostatica alleen in de ziekenhuizen gebruikt. Tegenwoordig is het de trend om mensen steeds eerder uit het ziekenhuis te ontslaan en het vervolg van hun behandeling thuis of poliklinisch te laten ondergaan. Gevolg is dat mensen die cytostatica krijgen niet meer alleen in het ziekenhuis verblijven maar ook thuis, met of zonder begeleiding van de thuiszorg. De omgang met patiënten die behandeld worden met cytostatica in het ziekenhuis of in de thuiszorg, zou niet veel van elkaar moeten verschillen aangezien medewerkers soortgelijke werkzaamheden uitvoeren.

Maar werkt dit in de praktijk ook wel zo? De thuiszorgmedewerker komt bij de mensen thuis, waardoor de sfeer gemakkelijk informeler wordt dan in een ziekenhuis. Een patiënt wassen met handschoenen aan kan dan onpersoonlijk overkomen. Daarnaast zijn thuiszorgmedewerkers veel moeilijker te controleren dan ziekenhuismedewerkers aangezien zij solistisch werken. Tevens rijst de vraag in hoeverre thuiszorgmedewerkers altijd op de hoogte zijn van het feit dat een patiënt een cytostaticabehandeling ondergaat.

Enkele jaren terug is er voor het eerst onderzoek gedaan naar cytostatica buiten het ziekenhuis (Meijster, Veldhof & Kromhout, 2004), met verrassende resultaten. Dit onderzoek richtte zich op alle velden buiten het ziekenhuis waar met cytostatica wordt gewerkt en ging hierdoor slechts op enkele punten dieper op de materie in. Aansluitend op dit onderzoek is de Arbeidsinspectie een project gestart naar cytostatica binnen de thuiszorg (Project Thuiszorg 2005). Dit onderzoek dient als verdieping van het project van de Arbeidsinspectie.

### Sociologische relevantie

De omgang met cytostatica door thuiszorgmedewerkers, wordt bepaald door de arbeidsvoorwaarden en arbeidsomstandigheden die gecreëerd worden door de thuiszorgorganisaties. Goede arbeidsomstandigheden zijn van groot belang voor organisaties. Zowel voor het welzijn van medewerkers als indirect voor het succes van een organisatie. Sociologisch gezien is het interessant om te onderzoeken hoe deze arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden zijn opgesteld, worden uitgedragen en nageleefd.

Specifieke arbeidsvoorwaarden voor de omgang met cytostatica in de thuiszorg bestaan er nog niet. Wel zijn thuiszorgorganisaties in meer algemene zin verplicht om zich te houden aan diverse algemene beleidsregels en richtlijnen. Ter invulling van deze beleidsregels met betrekking tot de omgang met cytostaticapatiënten, hebben thuiszorginstellingen hun eigen protocollen opgesteld. Al dan niet in samenwerking met kankercentra.

In dit onderzoek wordt onderzocht aan welke arbeidsvoorwaarden thuiszorgmedewerkers zich moeten houden en of deze in contact met cytostaticapatiënten leiden tot een veilige werkomgeving. Vervolgens wordt in de praktijk onderzocht of thuiszorgmedewerkers zich aan deze

arbeidsvoorwaarden houden en of ze goed werkbaar zijn. Op deze wijze zijn er uitspraken te doen over de veiligheid van de werkomgeving van de verzorgenden in de thuiszorg.

### Wetenschappelijke relevantie

In dit onderzoek zullen de huidige arbeidsvoorwaarden voor de thuiszorg tegen het licht houden om te bepalen of ze voldoen aan de beschermingseisen bij het in contact komen met cytostatica. Tevens zullen de verschillende standpunten (van de ziekenhuizen, de arbeidsinspectie, de branchevereniging, de zorgmanagers en de verzorgenden) over de omgang met cytostatica in de thuiszorg afgezet worden tegen de bestaande arbeidsvoorwaarden voor de thuiszorg en de beleidsregels voor de omgang met cytostatica in de ziekenhuizen. Binnen een thuiszorginstelling wordt onderzocht hoe er in de praktijk wordt omgegaan met cytostaticapatiënten. Door middel van een combinatie van beide zullen er aanbevelingen worden opgesteld om op een veilige wijze om te gaan met cytostaticapatiënten in de thuiszorg.

In 2004 is er voor het eerst door Meijster, Veldhof en Kromhout (en voor zover bekend voor het laatst) grootschalig onderzoek verricht naar het gebruik van cytostatica buiten het ziekenhuis. Dit rapport genaamd 'Inventariserend onderzoek naar gebruik van en blootstelling aan cytostatica buiten het ziekenhuis', is met name gericht op besmetting van oppervlakken en beddengoed, persoonlijke beschermingsmiddelen en registratie van cytostaticapatiënten in de brede zin. Vanwege de breedteschaligheid van dit onderzoek is er niet op werkvloerniveau onderzocht hoe de omgang is met cytostaticapatiënten en wat de werkbaarheid is van bestaande richtlijnen. Dit onderzoek zal een aanvulling vormen op bovenstaand onderzoek door specifiek binnen één thuiszorgorganisatie op meerdere niveaus onderzoek te verrichten.

Voor de interpretatie en analyse van de onderzoeksresultaten, zal gebruikt worden gemaakt van verklaringsmechanismen vanuit het kader van de onderzoeken van Engbersen & Van der Veen (1992), Pieterman (2001), Mascini (1999) en Lipsky (1980). Dit onderzoek zal een verdieping van en mogelijke ondersteuning voor hun onderzoeken betekenen.

## **1.2 Probleemstelling**

De probleemstelling van dit onderzoek is:

*"Wat zijn de oorzaken van het niet veilig werken van verzorgenden in de thuiszorg bij cytostaticapatiënten?"*

Dit onderzoek wordt gestart vanuit de visie dat verzorgenden in de thuiszorg onveilig werken bij cytostaticapatiënten. Tijdens dit onderzoek worden hier meerdere mogelijke redenen voor onderzocht. Twee van de mogelijk belangrijkste redenen zijn geformuleerd in de deelvragen:

1. Kunnen protocollen voor verzorgenden in de thuiszorg met betrekking tot het werken bij cytostaticapatiënten worden vertaald vanuit beleidsmaatregelen voor het ziekenhuis? Waarom wel of waarom niet?
2. Bestaat er een spanningsveld tussen het opgestelde beleid voor de thuiszorg en de uitvoering hiervan in de praktijk? Zo ja, hoe is dit spanningsveld te verklaren?

Ter bescherming van de verzorgenden in de ziekenhuizen zijn er door de Arbeidsinspectie beleidsregels opgesteld. Vanwege het feit dat de protocollen voor de thuiszorg zijn vertaald vanuit de

beleidsregels voor de ziekenhuizen, is het van belang voor dit onderzoek om te onderzoeken wat deze beleidsregels precies inhouden. Vervolgens zal aan de hand van de verschillen tussen het werken in de thuiszorg en in het ziekenhuis, de eerste deelvraag beantwoorden.

Een van de mogelijke redenen voor het niet veilig werken van verzorgenden in de thuiszorg bij cytostaticapatiënten is het niet naleven van protocollen. Het is mogelijk dat er een spanningsveld bestaat tussen het opgestelde beleid en de uitvoering hiervan. Door te onderzoeken of hier een spanningsveld tussen bestaat, worden er oorzaken van het niet veilig werken aan het licht gebracht.

Ter beantwoording van de probleemstelling en de deelvragen wordt gebruik gemaakt van de casus Carint. Voor de casus Carint gelden de volgende specifieke deelvragen:

1. Bestaat er binnen Carint een spanningsveld tussen opgestelde richtlijnen met betrekking tot de omgang met cytostaticapatiënten en de uitvoering hiervan?
2. Door middel van welke aanbevelingen kan dit worden verkleind?

### Onderzoeksdoel

Het doel van dit onderzoek is: analyseren van de problemen die de verzorgenden in de thuiszorg ondervinden bij het werken met cytostaticapatiënten. Door middel van onderzoek naar de huidige beschermingsmaatregelen en de werkbaarheid hiervan, wordt weergegeven of er momenteel in de thuiszorg op een verantwoorde manier wordt gewerkt bij cytostaticapatiënten en of er mogelijksterwijs door de Arbeidsinspectie strakkere richtlijnen moeten worden gesteld.

## **1.3 Onderzoeksopzet**

Dit onderzoek bestaat uit een deel achtergrondliteratuur en een deel empirie. De empirische gegevens zijn verzameld door middel van interviews en een survey binnen de verzorging van thuiszorginstelling Carint.

### Onderzoekspopulatie

Om een diepgaand onderzoek te kunnen doen, is er voor gekozen het praktijkonderzoek binnen één instelling te houden. Op deze wijze is er de mogelijkheid om meerdere lagen van de instelling te onderzoeken. Het nadeel hiervan is wel dat er geen vergelijkingsmateriaal heb met andere instellingen is.

De thuiszorginstelling die is gekozen, is Stichting Carint. De reden hiervoor is tweezijdig. Ten eerste is Carint een middelgrote niet-particuliere thuiszorginstelling. Het werkgebied van Carint zeer verspreid en behelst ongeveer alles wat een thuiszorginstelling kan bieden. Carint is naar verwachting een redelijk gemiddelde thuiszorginstelling.

Ten tweede was ik op het moment dat dit onderzoek startte, werkzaam binnen Carint. Pagina: 13

Ik was niet werkzaam binnen de thuiszorg maar heb er wel veel contacten gelegd. Vanwege het feit dat ik niet werkzaam was binnen de thuiszorg, meen ik niet bevooroordeeld te zijn.

Met de directie is afgesproken dat alle betrokkenen van Carint anoniem zullen blijven.

Er is voor gekozen om alleen het onderdeel verzorging van Carint te onderzoeken. Deze keuze is gemaakt omdat tijdens het oriënterend vooronderzoek duidelijk werd dat uit eerdere onderzoeken (zowel binnen het ziekenhuis als binnen de thuiszorg) is gebleken dat de verzorgenden een hoger risico lopen in contact met cytostaticapatiënten dan verpleegkundigen (IKZ, 2005). Indien ervoor

gekozen was beiden te onderzoeken, dan zou dit mogelijkwijs hebben geresulteerd in een tweedeling van het onderzoek.

### Achtergrondliteratuur

Door middel van een literatuurstudie is er onderzocht wat cytostatica zijn, welke risico's er aan verbonden zijn, hoe medewerkers tegen deze risico's worden beschermd in de ziekenhuizen, welke onderzoeken er al naar cytostatica in de thuiszorg zijn gedaan en welke initiatieven er door andere thuiszorginstellingen zijn genomen om blootstelling aan cytostatica tegen te gaan. Door middel van deze studie is er een antwoord gekomen op de vraag welke beschermingsmiddelen er in de thuiszorg noodzakelijk zijn in contact met cytostatica. Al deze resultaten staan beschreven in de hoofdstukken 3, 4 en 5. Deze literatuur is verkregen via internet, de universiteitsbibliotheek, contacten bij de Arbeidsinspectie, contacten binnen Carint en contacten binnen de branchevereniging ActiZ.

### Theoretisch kader

De onderzoeksvraag zal beantwoord worden met behulp van verklaringsmechanismen welke voortkomen vanuit het kader van onderzoeken naar 'onbedoelde effecten van sociaal beleid' van Engbersen en Van der Veen (1992), de 'street-level bureaucratie' van Lipsky (1980), het 'precautionary principle' van Pieterman (2001) en 'risico's in bedrijf' van Mascini (1999).

Er zijn een aantal hypothesen opgesteld welke door middel van deze verklaringsmechanismen worden onderzocht. In het volgende hoofdstuk worden de verklaringsmechanismen en de onderzoeken waar ze uit voort zijn gekomen, verder uiteenzetten en verklaren waarom juist voor deze is gekozen.

### Empirie

De empirische component van dit onderzoek bestaat uit diepte-interviews met zorgmanagers en de Arbofunctionaris van Carint en een survey, welke is verspreid onder een groep verzorgenden van Carint. Er is met zorgmanagers uit zowel grote als kleine dorpen gesproken en een survey verspreid onder de verzorgenden werkzaam in dezelfde dorpen. Carint heeft 22 zorgmanagers welke werkzaam zijn in vijftien verschillende dorpen. Er zijn diepte-interviews afgenomen met vijf van hen. Onder alle 1410 verzorgenden heb ik ongeveer tweehonderd enquêtes verspreid en negentig enquêtes retour gekregen. Door middel van rekenhulpen op internet (Journalinks, 2007 & TNS Nipo, 2007) is berekend dat het foutenmarge tussen de 8 % en 9 % zal liggen. Vanwege de opmerkingen over betrouwbaarheid in hoofdstuk 8, wordt uitgegaan van een betrouwbaarheid van 90 %. Om een maximale steekproefomvang te hebben, wordt uitgegaan van een spreiding van 50 %. Met deze cijfers is de representatieve steekproefomvang 88. De negentig verkregen enquêtes zijn dus representatief te noemen voor de gehele populatie verzorgenden binnen Carint. Er is een responsrate van 45 %, een percentage dat relatief hoog te noemen is voor een kwalitatief onderzoek.

Naast een survey is er met ongeveer veertig verzorgenden gesproken tijdens de introductie en uitreiking van de enquête. Deze introductie heeft naar verwachting geen invloed gehad op de uitslag van de enquête.

### Analyse

Dit onderzoek bestaat uit een kwantitatieve en een kwalitatieve component. Om een analyse te maken van beide componenten, is ervoor gekozen om gebruik te maken van codering (Babbie, 2004 & Maxwell, 1996) van beide soorten gegevens. Door alle gegevens gelijk te categoriseren, zijn kruistabellen ontstaan en koppelingen tussen de theorie en de empirie.

Voor de verwerking van de kwantitatieve gegevens heb ik gebruik gemaakt van het statistische verwerkingsprogramma SPSS.

### Opbouw van het verslag

Deze scriptie start met een verantwoording van de gekozen verklaringsmechanismen. Hij vervolgt met het geven van achtergrondinformatie over cytostatica, werkwijzen in het ziekenhuis omtrent cytostatica, de thuiszorg in het algemeen en Carint in het bijzonder en cytostatica in de thuiszorg.

De empirische component van dit onderzoek zal bestaan uit de resultaten van enkele diepte-interviews met zorgmanagers en de Arbofunctionaris van Carint en de resultaten van de survey welke is verspreid onder de verzorgenden van Carint.

In de analyse zal vanuit de gekozen verklaringsmechanismen de achtergrondliteratuur en de empirische gegevens bekeken worden en geanalyseerd. Vanuit deze analyse volgen er in het voorlaatste hoofdstuk conclusies en onderwerpen die nader onderzocht kunnen worden. Het rapport wordt afgesloten met enkele aanbevelingspunten aan de Arbeidsinspectie en Carint.

De onderzoeksvragen en verklaringsmechanismen zullen de rode draad van dit onderzoek vormen.

## 2 Theoretisch kader

Voorafgaand aan dit onderzoek is er een oriënterend vooronderzoek gedaan, welke bestond uit het bestuderen van het onderzoek van Meijster, Veldhof & Kromhout (2004) over cytostatica buiten de ziekenhuizen, een inspectierapport van de Arbeidsinspectie over cytostatica (Inspectierapport Cytostatica & Narcosegassen 2002), de beleidsregels voor de ziekenhuizen over de omgang met cytostatica en enkele opgestelde protocollen voor de omgang met cytostaticapatiënten in de thuiszorg. Met behulp van deze kennis zijn er enkele onderzoeken van vooraanstaande sociologen uitgekozen als hulp bij het beantwoorden van de onderzoeksvragen.

Vanuit het kader van deze theorieën komen enkele verklingsmechanismen en hypothesen voort welke de rode draad van dit onderzoek zullen vormen.

### 2.1 'Street-level bureaucratie' van Lipsky

Één van de sociologen die veel onderzoek heeft gedaan naar discretionaire ruimte, van wat hij noemt 'street-level bureaucratie', is Lipsky. Onder street-level bureaucratie worden uitvoerders van overheidsbeleid verstaan, die veel direct contact hebben met burgers, zoals politieagenten en maatschappelijk werkers (Lipsky, 1980). Verzorgenden in de thuiszorg vallen hier ook onder.

Lipsky geeft in zijn theorie weer dat de uitvoering van beleid door street-level bureaucratie vaak anders is dan de beleidsmakers zich hadden voorgesteld. Één van de belangrijkste oorzaken hiervan noemt hij de discretionaire ruimte van street-level bureaucratie. Daarnaast heeft Lipsky (1980) verklaringen gevonden vanuit de volgende punten:

- Street-level bureaucratie hebben in hun werk te maken met tegenstrijdige eisen: ze moeten voldoen aan veel regels maar tegelijkertijd moeten ze hun werk zo goedkoop mogelijk uitvoeren en op empathische wijze met cliënten omgaan;
- Tijdens hun werk kampen street-level bureaucratie met een chronisch gebrek aan middelen;
- De vraag is onbeperkt en overtreft hiermee het aanbod;
- Voor werkgevers is het moeilijk om street-level bureaucratie te controleren.

Lipsky (1980) geeft in zijn theorieën weer dat street-level bureaucratie een hoge mate van beleidsvrijheid hebben. Dit is noodzakelijk omdat de taken die street-level bureaucratie uitvoeren te complex zijn om in specifieke regels vast te leggen. Ze hebben te maken met cliënten die zich elk in hun eigen unieke situatie bevinden. Hierdoor moeten street-level bureaucratie in staat zijn om op flexibele en open wijze met cliënten om te gaan. Het grote aantal cliënten werkt dit echter tegen.

Doordat street-level bureaucratie een grote mate van beslissingsvrijheid en discretionaire ruimte hebben, ontwikkelen en behouden zij veel autonomie om hun eigen uitvoeringsbeleid te ontwikkelen. Zodoende kunnen zij omgaan met bovenstaande knelpunten en houden zij hun situatie werkbaar. Aanpassingsstrategieën gebruikt door street-level bureaucratie die Lipsky (1980) heeft gevonden zijn:

- Street-level bureaucratie verlagen hun betrokkenheid en aspiratieniveau;
- Street-level bureaucratie ontwikkelen eigen routines om hun werk op te splitsen in overzichtelijke delen, cliënten te controleren en meer te kunnen doen met minder middelen.
- Street-level bureaucratie maken gebruik van simplificaties om het doen en laten van cliënten te voorspellen.



## Verklaringsmechanismen

Vanuit het kader van de theorie van Lipsky over street-level bureaucratie, zullen een aantal verklaringsmechanismen toegepast worden op dit onderzoek.

1. *Street-level bureaucraten hebben een chronisch tijdgebrek. Door het ontwikkelen van eigen routines houden zij hun situatie werkbaar.*

De thuiszorg kampt al jaren met tijdgebrek. Vanwege de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning is er concurrentie ontstaan in de thuiszorg. Deze concurrentie heeft geleid tot het steeds goedkoper aanbieden van zorg. Dit resulteert in het leveren van dezelfde zorg in minder tijd. Het tijdgebrek in de thuiszorg wordt daarmee steeds groter. Tijdgebrek kan leiden tot onveilige werksituaties wanneer uitvoerenden tijdrovende beschermingsmaatregelen overslaan.

Door middel van dit verklaringsmechanisme wil ik onderzoeken of verzorgenden in de thuiszorg vanwege tijdgebrek eigen routines ontwikkelen en welke gevolgen deze routines hebben voor de veiligheid van hun werkomgeving.

2. *Street-level bureaucraten werken met individuele cliënten in eigen unieke situaties. Om algemene richtlijnen toe te passen op unieke situaties hebben zij discretionaire ruimte nodig.*

Van de verzorgenden wordt verwacht dat zij algemene richtlijnen toepassen op de unieke situaties van individuele cliënten. Vanwege het feit dat geen situatie hetzelfde is, zal het in de ene situatie gemakkelijker zijn richtlijnen op te volgen dan in de andere. Om hun situatie zo werkbaar en klantvriendelijk mogelijk te houden, maken zij gebruik van hun kennis, ervaringen en empathische vermogens.

Uit bovenstaande wordt duidelijk dat verzorgenden een hoge mate van discretionaire ruimte nodig hebben om hun werkzaamheden goed uit te voeren. Door middel van dit verklaringsmechanisme onderzoek ik op welke wijze verzorgenden gebruik maken van hun discretionaire ruimte bij de uitvoering van richtlijnen.

3. *Street-level bureaucraten hebben vanuit hun discretionaire ruimte de mogelijkheid om tijdens hun werkzaamheden te beslissen op welke wijze zij richtlijnen uitvoeren.*

Tijdens het vooronderzoek heb ik ontdekt dat verzorgenden in de thuiszorg moeilijk zijn te controleren door hun leidinggevenden. De leidinggevenden hebben minimaal zicht op de naleving van richtlijnen door verzorgenden. In bovenstaande alinea is reeds het belang van discretionaire ruimte voor verzorgenden beschreven. Door middel van deze discretionaire ruimte hebben verzorgenden veel beslissingsvrijheid in de naleving van richtlijnen.

Met behulp van dit verklaringsmechanisme ga ik onderzoeken welke invloed de discretionaire ruimte van verzorgenden heeft op de wijze waarop verzorgenden richtlijnen naleven.

4. *Street-level bureaucraten hebben een hoge mate van beslissingsvrijheid door de moeilijkheid van controle door leidinggevenden.*

Verzorgenden werken het grootste gedeelte van de dag solistisch bij cliënten thuis. Voor leidinggevenden is het moeilijk te controleren op welke wijze de verzorgenden hun werkzaamheden uitvoeren. Alleen op het moment dat een cliënt contact opneemt, krijgt de leidinggevende informatie over de handelswijze van een verzorgende. Wanneer een verzorgende haar werk goed maar niet veilig voor haarzelf uitvoert, is de kans klein dat een cliënt hierover een melding zal maken. Verzorgenden zijn op de hoogte van deze lage mate van controle en de kans dat dit doorwerkt in hun beslissingen op de werkvloer is groot. Het is gemakkelijker om tegen de regels in te gaan wanneer er geen controle is.

Door middel van verklaringsmechanisme vier onderzoek ik hoe groot de controle van leidinggevenden in de thuiszorg is en op welke wijze dit de beslissingen van verzorgenden beïnvloedt.

### Hypothese

Door middel van de theorie van Lipsky wil ik antwoord geven op de vraag wat de invloed is van de discretionaire ruimte van verzorgenden op de uitvoering van beleid door deze verzorgenden. Mijn hypothese is als volgt:

*De discretionaire ruimte en grote mate van beslissingsvrijheid van verzorgenden in de thuiszorg heeft een grote invloed op de uitvoering van beleid door verzorgenden.*

## **2.2 'The precautionary principle' van Pieterman**

Om een realistische visie te ontwikkelen over het wegnemen van risico's (het weg willen nemen van alle risico's is niet realistisch), gebruik ik het onderzoek van Pieterman (2001) over het 'risicodenken'. Pieterman geeft in zijn onderzoek weer dat het risicodenken een onderdeel is van "De ideologie van de maakbare samenleving" (Pieterman, 2001, p41). Men wil tegenwoordig alles controleren en alle risico's wegnemen. Deze gedachte leidt tot het 'precautionary principle' (Pieterman, 2001). Het 'precautionary principle' stelt dat beleid niet uitgevoerd mag worden wanneer het ernstige of onomkeerbare schade kan berokkenen, tot het tegendeel is bewezen. Veiligheid staat voorop. Het nadeel hiervan is dat men meer oog heeft voor de negatieve gevolgen van beleid dan de positieve gevolgen.

### Verklaringmechanisme

Het verklaringmechanisme dat gebruikt zal worden in dit onderzoek voorkomend uit het kader van het 'precautionary principle' is:

5. *Het weg willen nemen van zoveel mogelijk risico's kan er toe leiden dat de positieve gevolgen van een bepaald beleid totaal overschaduw worden door de negatieve kanten.*

In dit onderzoek richt ik mij op de risico's van het werken met cytostaticapatiënten. Het is onrealistisch om te willen streven naar het wegnemen van alle risico's. Tevens moeten we de positieve kanten van beleid niet uit het oog verliezen. Op het moment dat veiligheidsvoorschriften gedeeltelijk worden nageleefd, kan dit leiden tot een onveilige situatie voor de uitvoerende. Waren deze veiligheidsvoorschriften er echter helemaal niet geweest, dan was de werksituatie nog onveiliger geweest.

Met behulp van dit verklaringmechanisme wil ik ervoor zorgen dat de positieve kanten van richtlijnen en protocollen niet volledig overschaduw worden door de negatieve kanten.

### Hypothese

Indien er te weinig rekening wordt gehouden met de verschillen tussen het werken in het ziekenhuis en in de thuiszorg, levert dit mogelijk onveilige situaties op voor de verzorgenden in de thuiszorg. Het beleid dat momenteel wordt gehandhaafd in de thuiszorg, kan dus mogelijk risico's opleveren voor de gezondheid van verzorgenden. Mijn hypothese is:

*Beleid dat is opgesteld voor het ziekenhuis, kan niet zondermeer overgenomen worden voor de thuiszorg.*

### 2.3 'De onbedoelde effecten van sociaal beleid' van Engbersen & Van der Veen

Engbersen & Van der Veen (1992) geven in hun onderzoek over 'Onbedoelde gevolgen van sociaal beleid' meerdere verklaringsmechanismen met als doel deze onbedoelde effecten te verklaren.

Het eerste "mechanisme van onbedoelde effecten" (Engbersen & Van der Veen, 1992, p220) van sociaal beleid is 'functionele ontwrichting'. Functionele ontwrichting komt voort uit het functionalisme en veronderstelt dat: "De functionele vereisten die het voortbestaan van een sociaal systeem garanderen, kunnen worden verstoord door een interventie die destructief uitwerkt op specifieke functionele vereisten of die de samenhang tussen verschillende functionele vereisten verstoort" (Engbersen & Van der Veen, 1992, p220). De positieve doelstelling van een beleid kan destructief werken voor de functionele vereisten van een sociaal systeem.

Het tweede mechanisme dat Engbersen & Van der Veen (1992) noemen is 'exploitatie'. Exploitatie is misbruik van middelen. In dit geval het gebruik van beleid voor een ander doeleinde. Een duidelijk voorbeeld hiervan is het misbruiken van de WAO en de VUT-regeling om niet te hoeven werken. Misbruik van beleid kan zich zowel voordoen op individueel niveau als op organisatieniveau. Zo misbruiken organisaties de privacywetgeving om minder inzicht te hoeven geven in hun werkwijze.

Het derde verklaringsmechanisme voor onbedoelde effecten van sociaal beleid is 'doelverschuiving'. "Interventie impliceert het nastreven van specifieke doelen, maar als gevolg van de specifieke uitvoering van sociaal beleid kunnen de oorspronkelijke doelen uit het zicht raken, vergelijk bijvoorbeeld het door Merton beschreven mechanisme van 'goal displacement'" (Engbersen & Van der Veen, 1992, p221). Het beleid is een doel op zich geworden. Een voorbeeld hiervan zijn de reïntegratieprojecten voor langdurig werkelozen. Werkelozen worden opgeleid voor functies waar nagenoeg geen werk in is en blijven dus werkeloos. Deze reïntegratieprojecten zorgen echter wel voor meer werk voor de reïntegratiebureaus.

Het vierde verklaringsmechanisme is 'classificatie'. Elk sociaal beleid is bedoeld voor een specifieke doelgroep. Dit houdt in dat de rest van de bevolking geen recht heeft op deze voorziening. Er ontstaat een classificatie tussen mensen die wel recht hebben op een voorziening en zij die dit niet hebben of tussen situaties waarvoor beleid wel geldt en waarvoor niet. Classificaties kunnen tot gevolg hebben dat mensen zich gaan gedragen naar de classificatie.

Het vijfde mechanisme dat kan leiden tot onbedoelde effecten van sociaal beleid is 'provocatie'. "Iedere vorm van interventie is gebaseerd op een definitie van de situatie" (Engbersen & Van der Veen, 1992, p222). Deze definitie is suggestief waardoor het beleid bedreigend kan zijn voor mensen die deze definitie niet onderschrijven. Het beleid kan hierdoor het tegenovergestelde effect hebben. Zo kan het preventief inzetten van extra politie bij een evenement juist agressie opwekken bij mensen die dit beleid niet ondersteunen.

Het zesde onbedoelde effect is 'overcommitment'. "Één van de oorzaken van de geringe effectiviteit van beleid is gelegen in het stellen van doelen die moeilijk of zelfs onmogelijk te realiseren zijn" (Engbersen & Van der Veen, 1992, p223). Één van de redenen hiervan is het beschikbaar stellen van onvoldoende middelen om het doel te behalen.

Het zevende en laatste onbedoelde effect van sociaal beleid dat Engbersen & Van der Veen noemen is 'geruststelling'. Beleid kan enkel een symbolisch karakter hebben. Het beleid heeft niet tot doel om problemen op te lossen maar om ongerustheid bij burgers weg te nemen. Wanneer de burgers door

hebben dat het beleid geen invloed heeft op het verminderen van bepaalde problemen, kan dit leiden tot een afname van het vertrouwen in de beleidsmakers.

### Verklaringsmechanismen

Engbersen en Van der Veen noemen in hun onderzoek naar onbedoelde effecten van sociaal beleid diverse verklaringsmechanismen. Het onderstaande zal toegepast worden op dit onderzoek:

*6. De positieve doelstelling van een beleid kan destructief werken voor de functionele vereisten van een sociaal systeem (functionele ontwrichting).*

De richtlijnen voor omgang met cytostaticapatiënten in de thuiszorg zijn vertaald vanuit het ziekenhuis. Het is mijn hypothese dat deze vertaling problemen zal opleveren wanneer er niet voldoende rekening wordt gehouden met de verschillen tussen het werken in een ziekenhuis en in de thuiszorg. Indien de richtlijnen voor de thuiszorg niet aansluiten bij de werkwijze van de verzorgenden, is de kans aanwezig dat dit problemen kan opleveren voor de relatie met de patiënt en voor de veiligheid van de verzorgenden.

Met behulp van bovenstaand verklaringsmechanisme wil ik onderzoeken of de richtlijnen voor de omgang met cytostaticapatiënten in de thuiszorg een negatief effect kunnen hebben op functionele vereisten van de relatie tussen verzorgende en de cliënt en de veilige werkomgeving van de verzorgende.

De Wet Maatschappelijk Ondersteuning (WMO) heeft geleid tot concurrentie in de zorg. Concurrentie kan echter leiden tot een verslechtering van de werkomstandigheden. Daarnaast heb ik tijdens het vooronderzoek ontdekt dat de WMO kan leiden tot het ontstaan van monopolisten. Er ontstaan fusies en samenwerkingsverbanden tussen organisaties die grote verliezen en grote winsten hebben geboekt, in de strijd om de gunsten van de gemeentes. De winnaars kampten met capaciteitsgebrek en de verliezen hadden juist een personeelsoverschot. De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMA) heeft tot doelstelling grote monopolisten te voorkomen.

Door middel van verklaringsmechanisme zes onderzoek ik in hoeverre de WMO kan leiden tot functionele ontwrichting van de werkomstandigheden van verzorgenden en de doelstellingen van de NMA.

### Hypothese

Het beleid voor omgang met cytostaticapatiënten in het ziekenhuis is overgenomen door de thuiszorg. Indien er onvoldoende rekening wordt gehouden met werksituatie van de thuiszorgmedewerkers, sluit het beleid niet aan bij de praktijk en kan het mogelijk andere gevolgen hebben dan waar het oorspronkelijk voor bedoeld is. Deze theorie sluit aan bij de hypothese van de vorige paragraaf:

*Beleid dat is opgesteld voor het ziekenhuis, kan niet zondermeer overgenomen worden door de thuiszorg.*

Vanuit het kader van bovenstaande verklaringsmechanismen heb ik de volgende hypothesen:

*De richtlijnen voor de omgang met cytostaticapatiënten in de thuiszorg kunnen een negatief effect hebben op functionele vereisten van de relatie tussen verzorgende en de cliënt en de veilige werkomgeving van de verzorgende.*

*De WMO kan leiden tot functionele ontwrichting van de werkomstandigheden van verzorgenden en de doelstellingen van de NMA.*

## 2.4 'Risico's in bedrijf' van Mascini

Om te onderzoeken wat mogelijk redenen zijn voor het spanningsveld tussen opgesteld beleid en de naleving ervan, heb ik gekozen om gebruik te maken van de theorie 'Risico's in bedrijf' van Mascini (1999) over het niet naleven van regels. Door middel van deze theorie wil ik inzicht krijgen in de beweegredenen van de verzorgenden om zich wel of niet aan het beleid te houden. Op deze wijze stel ik vast of er een spanningsveld tussen het opgestelde beleid en de uitvoering in de praktijk bestaat.

Mascini (1999) geeft een aantal redenen voor het niet naleven van regels:

- Het naleven van regels is te lastig of kost te veel moeite. Het niet naleven gebeurt heel bewust. Aanscherping van regels kan hierbij zinvol zijn.
- De nadelen van naleving zijn groter dan de voordelen. Bijvoorbeeld wanneer werknemers wordt opgedragen regels niet na te leven of als regels tegenstrijdig zijn. Aanscherping van regels zal weinig invloed hebben.
- Werknemers vinden de regels niet zinvol of 'onwerkbaar' (te algemeen, te vergezocht of contraproductief). Aanscherping van regels kan het risico vergroten in plaats van verkleinen.

Uit onderzoek van Mascini (1999) blijkt dat het voor leidinggevendenden gemakkelijker is om zich aan beleid te houden dan voor uitvoerenden. Dit heeft diverse redenen:

- Werkgevers hechten meer belang aan het doel van beleid;
- Uitvoerenden kunnen zelf de omstandigheden aanpassen op de werkvloer en zien hierdoor minder snel risico's als onaanvaardbaar. Dit in tegenstelling tot werkgevers die hiervoor afhankelijk zijn van hun ondergeschikten.
- Leidinggevendenden ervaren de nadelen van het naleven van regels niet.

Een belangrijke factor voor de naleving van beleid is de implementatie ervan. Volgens Mascini (1999) wordt nieuw beleid opgelegd aan de medewerkers wanneer de beleidsmakers de uitvoerders niet bereid achten de regels na te leven. Er wordt overlegd met de uitvoerders wanneer de beleidsmakers hen wel bereid maar niet bekwaam achten. In het geval de beleidsmakers de uitvoerders zowel bereid als bekwaam achten, zullen zij met hen overleggen over de implementatie van nieuw beleid.

### Verklaringsmechanismen

De insteek van dit onderzoek is dat er niet veilig wordt gewerkt bij cytostaticapatiënten in de thuiszorg. Één van de mogelijke oorzaken hiervan is het niet naleven van richtlijnen. Vanuit het kader van het onderzoek van Mascini zijn er enkele verklaringsmechanismen welke ik ga gebruiken ter verklaring van het niet naleven van regels door verzorgenden in de thuiszorg.

#### *7. Werknemers leven regels niet na wanneer deze te lastig zijn of te veel moeite kosten om na te leven.*

Het is voor een huishoudelijke hulp (verzorgende a) niet vereist om enige kennis over ziektebeelden en medicijnen te hebben. De kans is dan ook groot dat zij zonder voorlichting vanuit de organisatie minimale kennis heeft over cytostatica. Tijdens het vooronderzoek heb ik reeds ontdekt dat uit onderzoek van Meijster, Veldhof & Kromhout (2004) is gebleken dat verzorgenden niet altijd optimaal worden voorgelicht door de organisatie over ziektebeelden, medicijnen en voorzorgmaatregelen.

Indien verzorgenden niet voldoende kennis hebben over cytostatica, wordt de kans kleiner dat zij de risico's serieus nemen en de juiste beschermingsmaatregelen treffen. Extra beschermingsmaatregelen kosten namelijk extra moeite.

Met behulp van dit verklaringsmechanisme onderzoek ik in welke mate het niet naleven van regels voortkomt uit het feit dat verzorgenden dit te veel moeite vinden.

*8. Werknemers volgen regels niet op wanneer de nadelen van naleving groter zijn dan de voordelen.*

Indien er bij de vertaling van de richtlijnen voor de omgang met cytostaticapatiënten van het ziekenhuis naar de thuiszorg, onvoldoende rekening is gehouden met de verschillen tussen de ziekenhuizen en de thuiszorg, is het mogelijk dat enkele richtlijnen meer risico opleveren dan ze tegengaan. Door naleving van de richtlijnen lopen verzorgenden mogelijk meer risico dan wanneer zij de beschermingsmaatregelen negeren.

Daarnaast kosten beschermingsmaatregelen extra tijd. Tijd die verzorgenden niet hebben. De verzorgenden worden geacht hun werkzaamheden in een bepaalde tijd te verrichten. Dit staat immers in het contract met de gemeente. Thuiszorginstellingen krijgen geen extra geld (en dus tijd) voor patiënten waarbij extra beschermingsmaatregelen nodig zijn. De thuiszorgorganisatie verwacht dan ook van de verzorgenden dat zij bij elke patiënt evenveel tijd nodig zijn. Uit angst voor baanverlies, zal een verzorgende er mogelijk alles aan doen om de werkzaamheden binnen de afgesproken tijd te volbrengen.

Het gebruik van beschermingsmaatregelen werd in de ziekenhuizen als klantvriendelijk ervaren (Arbeidsinspectie, 2005a). Gezien klantvriendelijkheid een belangrijk uitgangspunt is in de thuiszorg, is het mogelijk dat verzorgenden in de thuiszorg dit ook ervaren.

Met behulp van dit verklaringsmechanisme onderzoek ik of de naleving van de beschermingsmaatregelen in de omgang met cytostaticapatiënten voor de verzorgenden meer nadelen dan voordelen op kan leveren.

*9. Werknemers leven regels niet na wanneer zij de regels niet zinvol of 'onwerkbaar' vinden.*

Vanwege het feit dat de richtlijnen voor de thuiszorg zijn vertaald vanuit het ziekenhuis, bestaat de mogelijkheid dat enkele richtlijnen te letterlijk zijn vertaald waardoor ze niet werkbaar zijn voor de thuiszorg. Door middel van dit verklaringsmechanisme hoop ik hier een antwoord op te krijgen.

*10. Leidinggevenden zien risico's eerder als onaanvaardbaar dan uitvoerenden omdat zij de omstandigheden op de werkvloer niet zelf kunnen aanpassen.*

Leidinggevenden hebben slecht zicht op de werkvloer van de verzorgenden. Het is voor een leidinggevende dan ook moeilijker in te schatten wanneer een risico leidt tot een onveilige situatie of dat deze nog is te voorkomen, dan voor een verzorgende. Op het moment dat een verzorgende een situatie nog kan aanpassen, waardoor het risico wordt weggenomen, zal de verzorgende dit risico niet als onaanvaardbaar zien.

Door middel van bovenstaand verklaringsmechanisme wil ik onderzoeken wat de invloed is van het verschil in aanvaardbaarheid van risico's tussen verzorgenden en leidinggevenden op de naleving van richtlijnen.

*11. Leidinggevenden ervaren de nadelen van het naleven van regels niet en zullen zich hierdoor makkelijker aan regels houden.*

Aansluitend op de bovenstaande alinea ervaren leidinggevenden niet alleen de risico's anders, maar ook de nadelen van richtlijnen. Het is eenvoudiger voor leidinggevenden om nadelen, zoals genoemd bij verklaringsmechanisme acht, te bagatelliseren omdat zij deze niet zelf in de praktijk meemaken. Met behulp van dit verklaringsmechanisme zal ik onderzoeken wat de invloed is van het wel of niet ervaren van nadelen van richtlijnen op de naleving ervan.

*12. Voor een succesvolle implementatie moet de implementatiestijl overeenkomen met het zelfvertrouwen van de uitvoerders.*

Tijdens het vooronderzoek is het mij opgevallen dat beleid in de zorg vaak top-down wordt geïmplementeerd. Een top-down implementatie houdt volgens de theorie van Mascini in, dat de

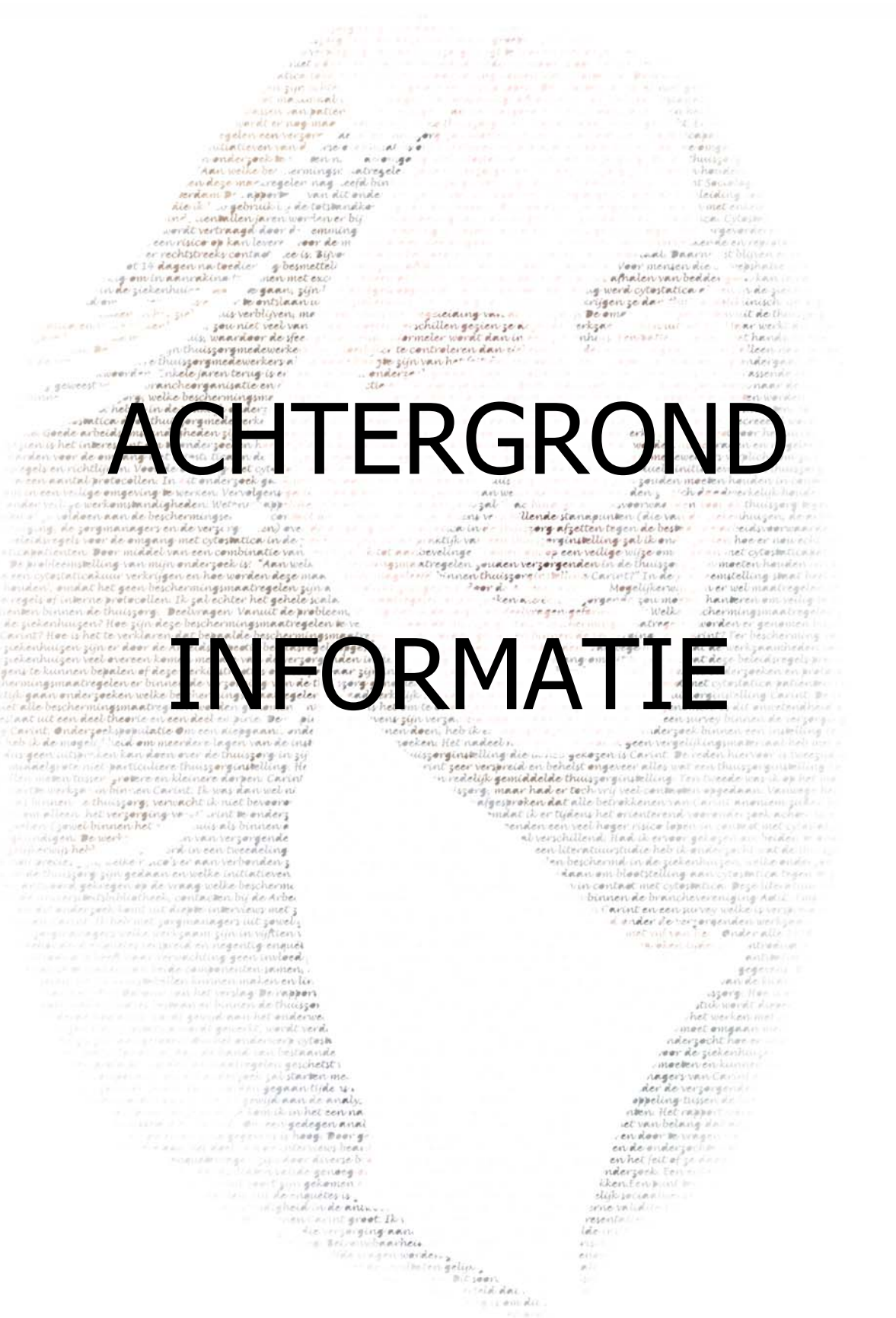
leidinggevenden de uitvoerenden niet bereid en niet bekwaam achten om regels na te leven. Deze manier van implementeren zou succesvol zijn op het moment dat de verzorgenden zichzelf ook niet bereid en niet bekwaam achten. Indien het vertrouwen van leidinggevenden in de uitvoerders niet aansluit bij het zelfvertrouwen van de verzorgenden, zal de implementatie minder succesvol zijn. Met behulp van verklaringsmechanisme twaalf zal ik onderzoeken wat de invloed is van de stijl van implementeren in de thuiszorg en of deze overeenkomt met het zelfvertrouwen van de verzorgenden.

#### Hypothese

Mijn hypothese naar aanleiding van het onderzoek van Mascini is als volgt:

*Er bestaat een spanningsveld tussen het opgestelde beleid voor de omgang met cytostaticapatiënten in de thuiszorg en de uitvoering hiervan door de verzorgenden.*

Ik verwacht dat dit spanningsveld mede voortkomt uit de keuzes die verzorgenden maken vanuit hun discretionaire ruimte. Het de taak van de verzorgenden om het beleid toe te passen op de specifieke situatie van de cliënt. Mede vanwege de hypothese dat beleid vanuit het ziekenhuis niet zonder problemen over te nemen is in de thuiszorg, is het mogelijk dat verzorgenden binnen hun discretionaire ruimte keuzes maken die tegengesteld zijn aan het beleid.



# ACHTERGROND INFORMATIE



# 3 Cytostatica

Al jaren staat kanker in de top tien van doodsoorzaken. Het onderzoek naar medicijnen tegen kanker staat dan ook niet stil. De bekendste medicijnengroep wordt in de volksmond 'chemokuur' genoemd. In medische termen staan deze medicijnen bekend als cytostatica. Naast kankerbestrijding dienen cytostatica tevens als medicijn tegen reuma. De bijwerkingen van een cytostaticakuur voor de patiënt, zoals misselijkheid en haaruitval, zijn alom bekend. Minder bekend zijn de bijwerkingen voor de omgeving van de patiënt. Vooral voor verzorgenden en verpleegkundigen die beroepsmatig veel in aanraking komen met patiënten die een cytostaticakuur ondergaan, kunnen met deze bijwerkingen te maken krijgen.

Om dieper in te kunnen gaan op de beschermingsmaatregelen die verzorgenden in de thuiszorg moeten nemen tijdens werkzaamheden bij patiënten die een cytostaticakuur verkrijgen, is het van belang te weten wat cytostatica inhouden en wat precies die risico's zijn. Aangezien er al jaren in de ziekenhuizen met cytostatica wordt gewerkt, zal er in dit hoofdstuk tevens uiteen worden gezet hoe er in de ziekenhuizen met cytostaticapatiënten wordt omgegaan.

## 3.1 Wat zijn cytostatica?

Cytostatica zijn kankerremmende medicijnen. Ze verstoren het delingsmechanisme van de cellen, waardoor ze een celgroeiremmend of zelfs celdodend effect hebben (Integraal Kankercentrum Zuid, 2005). Dit effect blijft echter niet alleen beperkt tot de kankercellen. Alle cellen in het lichaam worden aangetast tijdens een cytostaticakuur (Zibb.nl, 2006). Het grootste effect hebben cytostatica op delende cellen, zoals kankercellen. In het lichaam zijn echter nog meer delende cellen te vinden zoals in het maag-darmkanaal, het beenmerg, de huid, de haren en de geslachtsorganen (Integraal Kankercentrum Zuid, 2005). Dit verklaart de misselijkheid en haaruitval die patiënten ervaren<sup>1</sup>.

Heden ten dage bestaan er 58 verschillende soorten cytostatica<sup>2</sup>. Vaak wordt er een cocktail van verschillende soorten cytostatica gebruikt.

Helaas houden de bijwerkingen van cytostatica niet op bij de kankerpatiënt zelf. Ook mensen uit de omgeving van cytostaticapatiënten kunnen te maken krijgen met bijwerkingen. Deze bijwerkingen komen voort uit het feit dat de excreta<sup>3</sup> van cytostaticapatiënten resten van het cytostaticum kunnen bevatten. Het verschilt per cytostaticum hoeveel dagen na toediening er nog resten van cytostatica in de excreta kunnen zitten. Dit wisselt van twee tot veertien dagen. Aangezien de meeste patiënten een cocktail van meerdere cytostatica krijgen, is heel moeilijk vast te stellen hoelang de excreta van een patiënt nog resten van cytostatica bevatten. Voor de zekerheid wordt daarom minimaal zeven dagen aangehouden, gezien er maar één cytostaticum langer achter blijft<sup>4</sup>.

Uit enkele buitenlandse onderzoeken (NKI-AVL, 2003) is gebleken dat er verband bestaat tussen veelvuldige blootstelling aan cytostatica en het risico op miskramen of misvormingen bij

<sup>1</sup> In bijlage 1 staat de werking van cytostatica beschreven.

<sup>2</sup> In bijlage 2 staat een overzicht van alle soorten cytostatica, het aantal dagen dat zij terug te vinden is in het excreta en of de cytostaticum al aangetoond kankerverwekkend is.

<sup>3</sup> Onder excreta verstaan we alle soorten lichaamsvocht, zoals zweet, bloed, urine, speeksel, ontlasting, braaksel en sperma.

<sup>4</sup> In bijlage 2 is terug te vinden hoelang welk soort cytostaticum terug te vinden kan zijn in de excreta.

pasgeborenen. Ook in Nederland is er in 1997 een soortgelijk onderzoek uitgevoerd waar soortgelijke resultaten naar voren kwamen (Wierenga, 2004).

Van alle cytostatica is nog niet aangetoond dat ze kankerverwekkend zijn. Van ongeveer een kwart is dit momenteel bewezen<sup>5</sup>. De rest is nog onderhevig aan onderzoek. Erg verwarrend is dat dezelfde cytostatica onder verschillende namen geproduceerd worden.

De drie meest voorkomende cytostatica; cisplatine, cyclofosfamide en doxorubicine (Wierenga, 2004), vallen onder het kwart dat bewezen kankerverwekkend is. Omdat deze drie soorten in heel veel cocktails voorkomen en het van de rest nooit is aangetoond dat ze niet kankerverwekkend zijn, wordt voor de veiligheid de regel gesteld dat bij elke patiënt die cytostatica krijgt, rekening gehouden moet worden met het feit dat de excreta kankerverwekkend kunnen zijn. Vanuit de medische wetenschap is de verwachting dat in de toekomst zal worden aangetoond dat elk cytostaticum kankerverwekkend is (NKI-AVL, 2003).

Voor cytostatica zijn er tot nu toe geen grenswaarden gesteld waaraan iemand blootgesteld mag worden (Wierenga, 2004). De Gezondheidsraad heeft hier al wel een advies over uitgebracht maar deze heeft tot op heden nog niet geresulteerd in beleidsregels.

### 3.2 Beroepsmatige blootstelling aan cytostatica

Beroepsmatige blootstelling aan cytostatica kan op twee manieren voorkomen: via direct contact met cytostatica en via de excreta van een cytostaticapatiënt. In de praktijk zal het eerste beduidend minder voorkomen dan het tweede (Meijster, Veldhof en Kromhout, 2004).

Verpleegkundigen en verzorgenden kunnen bijvoorbeeld in aanraking komen met besmet afval, besmet wasgoed, lichaamsvocht van patiënten bij het wassen of verzorgen van wonden en urine bij het schoonmaken van een besmette ruimte. Hilhorst, Miedema, Tijssen & Kromhout (2001) hebben aangetoond dat er sporen van cytostatica achter kunnen blijven op afval en beddengoed nadat Huijbers (1997) dit reeds had aangetoond voor sanitaire ruimtes. Het onderzoek van Huijbers toont tevens aan dat er cytostatica achter kan blijven op schoonmaakdoekjes en de huid van verzorgenden. De mate waarin Hilhorst, Miedema, Tijssen & Kromhout en Huijbers cytostatica terugvonden op het afval, het beddengoed, de sanitaire ruimtes en de huid was aanzienlijk te noemen (Meijster, Veldhof & Kromhout, 2004). In 1999 onderzochten Peelen, Roeleveld, Heederik, Kromhout & De Kort tevens diverse ruimtes op cytostatica en kwam tot dezelfde conclusies<sup>6</sup>.

Blootstelling kan zich voordoen via de huid, ogen en mond. Daarbij moet opgemerkt worden dat blootstelling aan de ogen veelal via de handen en dus de huid, gaat.

Blootstelling via inademing komt heel zelden voor aangezien cytostatica over het algemeen geen vluchtige stoffen zijn (NKI-ALV, 2003). Het enige moment dat er risico is op inademing van cytostatica, is wanneer cytostatica of excreta die cytostatica bevatten, onbeheerst overgegoten wordt. Er kunnen zeer kleine druppels in de lucht blijven zweven.

<sup>5</sup> In bijlage 2 staat een ster voor de cytostatica die aangetoond kankerverwekkend zijn.

<sup>6</sup> Zie bijlage 3 voor enkele resultaten van de onderzoeken van Peelen, Roeleveld, Heederik, Kromhout & De Kort en Hilhorst, Miedema, Tijssen & Kromhout.

### 3.3 Cytostaticagebruik in het ziekenhuis

Op de oncologieafdeling van het ziekenhuis wordt logischerwijs veel met cytostatica gewerkt. De eerste jaren was men zich weinig bewust van de eventuele gevaren die het werken met cytostaticapatiënten met zich meebracht. Tot een grootschalig epidemiologisch onderzoek naar de bijwerkingen van cytostatica op ziekenhuispersoneel in 1999 (Peelen, Roeleveld, Heederik, Kromhout, en De Kort, 1999) de risico's van cytostatica aantoonde.

Dit onderzoek heeft voor een omslagpunt in de omgang met cytostaticapatiënten in het ziekenhuis gezorgd. Zowel de werkgevers, als de vakbonden, als de overheid zagen in dat er iets moest veranderen omdat de veiligheid van de werknemers in gevaar was. In januari 2001 hebben de Vereniging Academische Ziekenhuizen, de ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ABVAKABO FNV, AC/AFZ, CMHF en CNV Publieke Zaak de handen ineen geslagen en een Arboconvenant afgesloten (Projectbureau Arboconvenant 2004b). Vanuit dit convenant is er door de Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen (StAZ) een module ontwikkeld om te voldoen aan de richtlijnen voor de ziekenhuizen met betrekking tot de omgang met cytostatica<sup>7</sup>.

### 3.4 Beschermingsmaatregelen in het ziekenhuis

In deze paragraaf zullen de belangrijkste richtlijnen uiteen worden gezet zoals deze zijn opgesteld vanuit het Arboconvenant Academische Ziekenhuizen. Aangezien dit onderzoek is gericht op de verzorging binnen de thuiszorg, zal deze paragraaf alleen dat gedeelte behandelen waar de verzorgenden in de ziekenhuizen mee te maken krijgen.

Een van de belangrijkste aandachtspunten is dat alle medewerkers op de hoogte moeten zijn dat een bepaalde ruimte of patiënt mogelijk besmet kan zijn met cytostatica. Dit wordt bereikt door dat alle ruimten waar mogelijk besmette oppervlakten kunnen zijn een waarschuwingsbord moeten hebben met het NEN-waarschuwingsteken (StAZ, 2007):



#### Persoonlijke Beschermingsmiddelen

Door goed gebruik van Persoonlijke Beschermingsmiddelen kan besmetting met cytostatica worden geminimaliseerd. Goed gebruik vraagt echter ook om goede beschermingsmiddelen. Het is de taak van leidinggevenden om te zorgen voor Persoonlijke Beschermingsmiddelen die voldoen aan de voorschriften<sup>8</sup>.

<sup>7</sup> In bijlage 4 staan beheersmaatregelen voor doeltreffende beheersing van de blootstelling aan cytostatica in de ziekenhuizen. Deze beheersmaatregelen zijn vastgesteld in het Arboconvenant Ziekenhuizen en later vastgelegd in de bijlage van een Beleidsregel van de Arbeidsinspectie. Hierover meer in paragraaf 3.6.

<sup>8</sup> In bijlage 5 staan regels waar persoonlijke beschermingsmiddelen aan moeten voldoen.

De handen lopen het grootste risico om in aanraking te komen met cytostatica. Goede handschoenen kunnen hierdoor een groot deel van het risico wegnemen. Volgens de Beleidsregel moeten handschoenen voldoen aan: "Ontw. NEN-EN 374-3: 1998, 'Beschermdende handschoenen tegen chemicaliën en micro-organismen - deel 3: Bepaling van de weerstand tegen permeatie van chemicaliën'" (StAZ, 2007, p.269). Veel soorten handschoenen die voldoen aan dit profiel zijn er niet. Toch is het van belang dat hier door de leidinggevende streng op wordt toegezien omdat de verkeerde soort handschoenen cytostatica kan doorlaten.

#### Wassen van de patiënt

Bij het wassen van een patiënt kan een verzorgende in aanraking komen met diverse vormen van excreta. Dit is dan ook een van de belangrijkste bronnen van besmetting. Het belangrijkste beschermingsmiddel dat een verzorgende moet dragen zijn handschoenen. Andere belangrijke richtlijnen (StAZ, 2007):

- Laat een patiënt zich, indien mogelijk, zelf wassen;
- Bij voorkeur wordt er gebruik gemaakt van speciale wasdoekjes. Hier komt geen water aan te pas en reduceert het risico op besmetting;
- Bij wassen met een waskom of onder de douche, is een verzorger verplicht naast handschoenen een disposable overschort met lange mouwen te dragen. Bij gebruik van een waskom moet er een onderlegger onder de waskom gelegd worden;
- Washandjes en handdoeken moeten behandeld worden als besmet wasgoed.

#### Wasgoed

Een verzorgende moet altijd handschoenen dragen bij het afhalen van het bed. Er moet goed opgelet worden dat de verzorger zo min mogelijk met het beddengoed tegen de kleding aankomt. Is het beddengoed nat van lichaamsvocht, dan is het dragen van een overschort zeer wenselijk.

Al het beddengoed moet in een afgesloten zak worden vervoerd samen met het andere besmette wasgoed. Omdat het in de praktijk lastig is om besmet en niet besmet wasgoed te scheiden, wordt al het wasgoed van een cytostaticapatiënt behandeld als zijnde besmet (StAZ, 2007). Hiervoor zijn speciale waszakken, zodat de wasserij herkent wat besmet en onbesmet wasgoed is.

Het verschilt per ziekenhuis hoe de wasgoedstroom is geregeld. Het overgrote deel van de ziekenhuizen heeft een eigen wasserij. Voor de veiligheid wordt in wasserijen van ziekenhuizen vaak al het wasgoed als besmet behandeld. Besmet wasgoed vraagt om een speciale procedure. Het moet koud voorgewassen worden, waarna het op een normaal programma wordt gewassen. Het dragen van handschoenen en een overschort is in een wasserij verplicht.

#### Schoonmaak

Elke afdeling is verplicht om een schoonmaakprotocol en werkinstructies op te stellen en inzichtelijk te maken voor iedere medewerker die ermee te maken kan krijgen. Belangrijke punten in dit schoonmaakprotocol:

- Het gebruik van zo veel mogelijk wegwerpdoekjes;
- Indien wegwerpdoekjes niet mogelijk of voorradig zijn, moet er in elk geval voor elke kamer nieuwe schoonmaakmaterialen worden gebruikt;
- De leidinggevende moet geregeld het schoonmaken controleren door middel van veegproeven;
- Gebruik van hogedrukspuiten bij sanitaire ruimtes is verboden;
- Het is wenselijk dat er voor elk soort ruimte een aparte werkinstructiekaart is, die aanwezig is in de betreffende ruimte;

- Reiniging moet altijd van schoon naar vuil gebeuren;
- Na een incident moet de ruimte direct worden gereinigd;
- Materiaal dat hergebruikt kan worden, moet behandeld worden als besmet wasgoed;
- Sanitaire ruimten moeten behandeld worden als besmet. Dit houdt in dat al het gebruikte materiaal niet uitgespoeld mag worden in het sopwater.
- Reinig alle ruimten indien mogelijk nat.

Schoonmaakdoekjes krijgen vaak te weinig aandacht bij veiligheidmaatregelen. Wierenga (2004) geeft in zijn onderzoek "Hoe schoon is schoon; schoonmaakprocedure na toediening van cytostatica" weer hoe efficiënt verschillende soorten schoonmaakdoekjes zijn. Door middel van veegtesten toont Wierenga aan dat er na een standaard schoonmaakprocedure van een toilet in veel gevallen nog cytostaticaresten achterblijven<sup>9</sup>. Wierenga toont aan dat de ene schoonmaakdoek veel meer cytostatica absorbeert dan de ander. Microvezeldoekjes komen als beste uit deze test.

### 3.5 De Arbeidsinspectie

De Arbeidsinspectie is een organisatie die in dienst van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid Pagina: 29

toeziet op de naleving van de wetgeving op het gebied van de veiligheid en gezondheid op het werk. "Daarbij wordt prioriteit gegeven aan de aanpak van ernstige risico's en eventuele misstanden"(SZW AI, 2007, p1). De Arbeidsinspectie controleert door middel van inspecties of organisaties zich aan de beleidsregels houden. Tevens zijn zij gemachtigd organisaties te beboeten indien zij zich niet aan de richtlijnen houden.

Vanuit het Arboconvenant Academische Ziekenhuizen heeft de Arbeidsinspectie Beleidsregels opgesteld<sup>10</sup>. In deze Beleidsregels staat beschreven waar werkgevers en werknemers zich aan moet houden in contact met cytostatica. Indien een werkgever van mening is dat andere maatregelen net zo effectief zijn, moet hij dit middels een 'Risico-inventarisatie & -evaluatie' (Arbeidsinspectie, 2007a) aantonen. Elk bedrijf is overigens verplicht om een risico-inventarisatie & -evaluatie uit te voeren om te onderzoeken of het werk gevaar kan opleveren (Ministerie SZW, 2007) en wat zij hier aan kunnen doen.

#### Project Cytostatica

In 2002 heeft de Arbeidsinspectie een eerste inspectie uitgevoerd in de ziekenhuizen naar de omgang met cytostatica. Uit dit project kwam naar voren dat de richtlijnen vanuit het Arboconvenant nog niet volledig waren geïntegreerd (Arbeidsinspectie, 2003). De punten waarop geïnspecteerd werd waren: bereiding, transport, toediening, incidenten, omgang met excreta, contact met besmette kleding en beddengoed. Voor dit onderzoek zijn vooral de laatste drie inspectiepunten interessant. Het meest opvallende resultaat is dat er bij elk van deze ziekenhuizen overtredingen werden geconstateerd. In totaal werden er 228 overtredingen geconstateerd (Arbeidsinspectie, 2003).

Het grootste percentage overtredingen werd gevonden in het onderdeel 'aanwezigheid van protocollen'. 85% van de ziekenhuizen bleek de protocollen rondom het schoonmaken van ruimtes waar met cytostatica wordt gewerkt niet op orde te hebben. Daarnaast werden de voorschriften rondom persoonlijke beschermingsmiddelen niet overal goed nageleefd. In slechts 25 % van de

<sup>9</sup> In bijlage 6 staan de belangrijkste resultaten van het onderzoek van Wierenga gepresenteerd.

<sup>10</sup> In bijlage 7 staan de Arbobesluiten en Beleidsregels die betrekking hebben op het gebruik van cytostatica.

ziekenhuizen werden handschoenen gedragen bij het afhalen van beddengoed of het wassen van een cytostaticapatiënt. De belangrijkste reden voor het niet dragen van handschoenen bij het wassen van een patiënt, is de kwaliteit van de zorg. Medewerkers van ziekenhuizen ervaren het wassen van patiënten met handschoenen als patiëntonvriendelijk.

Eind 2006 is er een nieuwe inspectieronde gestart om te onderzoeken of de ziekenhuizen de omgang met cytostatica ondertussen hebben verbeterd. Uit de resultaten van deze inspectie blijkt dat de omgang met cytostaticapatiënten sterk is verbeterd. De grootste problemen bleken nog te liggen bij de schoonmaakmedewerkers (Arbeidsinspectie, 2007c). Dit heeft met name betrekking op het niet voldoende gebruik maken van persoonlijke beschermingsmiddelen en het niet weten hoe te handelen bij calamiteiten. Alle benodigde informatie is aanwezig in de ziekenhuizen, maar deze wordt onvoldoende geraadpleegd<sup>11</sup>.

### Project Wasgoedketen 2006

Begin 2006 is er een project gestart betreffende cytostatica in de wasgoedketen (Arbeidsinspectie, 2005). Aanleiding voor dit project waren signalen van inspecteurs uit eerdere projecten in de zorginstellingen en de wasserijen. Deze signaleerden dat er weinig aandacht was voor de risico's in de omgang met besmet wasgoed. Doelstelling van dit project was om inzicht te krijgen in de processen van de wasgoedketen binnen ziekenhuizen en verpleeghuizen en te controleren of deze instellingen voldoen aan de eisen vanuit de Arbeidsomstandighedenwet.

Uit de eindresultaten binnen de verpleeghuizen (Arbeidsinspectie, 2007b) is naar voren gekomen dat de aanwezigheid van cytostaticapatiënten nog niet veel voorkomt<sup>12</sup>. Er is wel een duidelijke stijgende lijn te zien. Bij een aantal van de geïnspecteerde verpleeghuizen waar wel cytostaticapatiënten zijn, bleek dat de omgang met besmet wasgoed goed was geregeld. Het wasgoed werd apart verzameld, gewassen door een externe wasserij en er werden bijna altijd handschoenen gedragen bij een vermoeden van besmet wasgoed<sup>13</sup>. Een probleem dat naar voren kwam, was dat het niet altijd tijdig door het ziekenhuis bekend werd gemaakt dat nieuwe bewoners een cytostaticakuur ondergaan. Tevens wordt het intern niet altijd goed gecommuniceerd.

### Uitvoerbaarheid van beleid

Uit de resultaten van de projecten van de Arbeidsinspectie in de ziekenhuizen en de wasgoedketen kunnen we zien in hoeverre de opgestelde beleidsregels uitvoerbaar zijn. Uit de ziekenhuizen komt duidelijk naar voren dat het met name tijd kost voordat richtlijnen uitvoerbaar zijn. Tijdens de eerste inspectie kwamen nog veel fouten naar voren die vier jaar later een stuk verbeterd waren. Één onderdeel blijkt in de ziekenhuizen nog steeds moeilijk uitvoerbaar en dat is het dragen van handschoenen tijdens het werken met patiënten. Dit wordt als klantvriendelijk ervaren. Hoewel het percentage medewerkers dat handschoenen draagt in vier jaar was gestegen, bleef deze mening bestaan.

De problemen in de uitvoerbaarheid van de richtlijnen in de wasgoedketen richten zich met name op het informeren van verpleegtehuizen door de ziekenhuizen. Vaak werd er door ziekenhuizen te laat of helemaal niet doorgegeven dat een patiënt een cytostaticakuur onderging.

<sup>11</sup> Het volledige inspectierapport staat op [arbeidsinspectie.szw.nl/index.cfm?fuseaction=dsp\\_document&link\\_id=124242](http://arbeidsinspectie.szw.nl/index.cfm?fuseaction=dsp_document&link_id=124242).

<sup>12</sup> Het volledige inspectierapport staat op [http://docs.minszw.nl/pdf//38/2006/38\\_2006\\_6\\_15976.pdf](http://docs.minszw.nl/pdf//38/2006/38_2006_6_15976.pdf)

<sup>13</sup> In bijlage 8 is een verslag te vinden van de inspecties waarbij ik aanwezig ben geweest

### 3.6 Samenvatting

Cytostatica zijn kankerremmende medicijnen. Tevens worden ze gebruikt tegen reuma. Cytostatica verstoren het delingsmechanisme van de cellen, waardoor ze een celgroeiremmend of zelfs celdodend effect hebben.

Cytostatica hebben bijwerkingen voor de patiënt en zijn omgeving. In de excreta van een cytostaticapatiënt kunnen tot maximaal veertien dagen na toediening resten van cytostatica voorkomen. De excreta kan hierdoor een risico opleveren voor de gezondheid van mensen die beroepshalve veel in contact komen met cytostaticapatiënten. Op lange termijn kan blootstelling aan cytostatica reprotoxische en kankerverwekkende effecten hebben (Zibb.nl, 2006).

In ziekenhuizen komt cytostaticagebruik veel voor. Er is een Arboconvenant opgesteld om blootstelling aan cytostatica te voorkomen, welke doorgevoerd zijn tot beleidsregels. Hierin staan onder andere richtlijnen voor het wassen van de patiënten, het afhalen van het bed, het omgaan met besmet afval, het schoonmaken van een besmette ruimte, omgang met besmet wasgoed en persoonlijke beschermingsmiddelen. Uit onderzoek (Wierenga, 2004) is gebleken dat er bij het schoonmaken het beste gebruik gemaakt kan worden van microvezeldoekjes.

Door de Arbeidsinspectie wordt er op toegezien dat ziekenhuizen en verpleeghuizen zich houden aan de opgestelde beleidsregels. Uit inspecties in 2002 en 2006 is gebleken dat deze pas na vijf jaar voldoende worden nageleefd. Het naleven van het beleid bleek op het gebied van handschoenen dragen in contact met patiënten nog steeds problemen op te leveren.

Uit de resultaten van het inspectieproject in de wasgoedketen blijkt dat verpleeghuizen redelijk goed omgaan met cytostaticapatiënten. Grootste probleemgebieden hier liggen in de informatievoorziening vanuit het ziekenhuis en intern naar alle medewerkers.

### 3.7 Discussie

Mascini (1999) geeft een aantal verklaringsmechanismen voor het niet naleven van regels. In de ziekenhuizen zien we dat tijdens de eerste inspecties van de Arbeidsinspectie, de beleidsregels onvoldoende werden nageleefd. Zo gaven de medewerkers aan patiënten niet met handschoenen aan te wassen omdat zij dit als klantvriendelijk ervoeren. De medewerkers in de ziekenhuizen vonden het in stand houden van de klantvriendelijkheid belangrijker dan hun eigen veiligheid. Door middel van extra controle is het percentage ziekenhuismedewerkers dat handschoenen draagt bij het wassen van patiënten verhoogd. Strengere regels hebben in deze situatie effect gehad. Mogelijk hebben de ziekenhuismedewerkers voor zichzelf een manier gevonden om te voorkomen dat het beleid van het dragen van handschoenen leidt tot functionele ontwrichting van de relatie tussen de medewerker en de patiënt. Het is mogelijk dat ditzelfde mechanisme ook in de thuiszorg werkt.

Mede door strengere inspectie van de Arbeidsinspectie, is de kennis van de ziekenhuismedewerkers over de risico's van het werken met cytostatica verhoogd. Dit is mogelijk een tweede reden waardoor de naleving van de beleidsregels in de tweede inspectieronde verhoogd was ten opzichte van de eerste. Mogelijk volgden ziekenhuismedewerkers in het begin de beleidsregels niet op omdat zij vanwege te weinig kennis de beleidsregels als 'niet zinvol' ervoeren. Nu ze meer kennis hebben zien ze het belang in van het naleven van de richtlijnen.

Gezien de richtlijnen voor het werken met cytostaticapatiënten in de thuiszorg zijn vertaald vanuit de ziekenhuizen, is het mogelijk dat medewerkers in de thuiszorg tegen dezelfde problemen aanlopen als in het ziekenhuis. Het dilemma tussen het behouden van de klantvriendelijkheid en het zorgen voor de eigen veiligheid kan mogelijk een van de redenen zijn van het niet veilig werken van verzorgenden in de thuiszorg bij cytostaticapatiënten.

Het verkrijgen van de juiste informatie is mogelijk een tweede belangrijke oorzaak. In de verpleegtehuizen is reeds gebleken dat het informeren van het verpleegtehuis door het ziekenhuis, nog onvoldoende is. Het is niet ondenkbaar dat er zich in de thuiszorg een vergelijkbare situatie voordoet. Op het moment dat een verzorgenden niet voldoende worden geïnformeerd door het ziekenhuis, is het mogelijk dat zij niet op de hoogte zijn dat een patiënt een cytostaticakuur ondergaat.



# 4 De thuiszorg

In de inleiding is reeds vermeld dat dit onderzoek zal plaatsvinden binnen de thuiszorg. Maar wat verstaan we eigenlijk onder thuiszorg? Het is zo'n algemeen begrip geworden dat het van belang is om een beknopte uitleg te geven over hoe de thuiszorg is ontstaan, wat we er tegenwoordig onder verstaan, hoe de kwaliteit van de werkomstandigheden wordt gewaarborgd en hoe de financiering is geregeld. Afsluitend zal kort uiteen worden gezet hoe thuiszorgorganisatie Carint in elkaar zit, aangezien Carint wordt gebruikt als casus.

## 4.1 Het ontstaan van de thuiszorg

Thuiszorginstellingen zoals wij ze heden ten dage kennen, zijn pas ontstaan in de jaren negentig van de vorige eeuw. Toch werd er al heel lang verzorging en verpleging aan huis geleverd. In deze paragraaf zal ik uiteenzetten hoe de thuiszorg is ontstaan vanuit de vroegere kruisverenigingen en de gezinszorg.

### Kruisverenigingen

In 1875 is de eerste kruisvereniging opgericht in Nederland (Landelijke Stichting Beheer Kruiswerk, 2007), de 'Noord-Hollandsche Vereeniging Het Witte Kruis' (Van der Kolk-Kousenmaker, 2005). Doelstelling van deze vereniging was de bestrijding van besmettelijke ziekten. In 1900 ontstond er naast Het Witte Kruis een tweede kruisvereniging die zich de Algemene Groene Kruisvereniging noemde (Van der Kolk-Kousenmaker, 2005). Als tegenhangers ontstonden er in 1916 het Wit-Gele Kruis, die werkte op Rooms-katholieke basis en na de tweede wereldoorlog het Oranje-Groene Kruis welke Protestante waarden had.

Vanwege de regiefunctie van de overheid, zijn de kruisverenigingen vanaf het begin gesubsidieerd door de overheid. Dit maakte hen minder afhankelijk van giften maar tevens kwetsbaarder voor het intrekken van gelden wanneer het slechter ging met de economie.

In de jaren zestig van de twintigste eeuw waren de kruisverenigingen uitgegroeid tot maatschappijbreed geaccepteerde volksverenigingen. Er bestond een intensieve samenwerking tussen de verenigingen en regionaal en provinciaal bestuur. De geboden zorg sloot aan bij de wensen van de bevolking vanwege de hoge betrokkenheid van de medewerkers.

De kruisverenigingen bestonden ondertussen uit 1450 solistisch opererende locaties verdeeld over het hele land (Wikimedia Foundation, 2007c).

Vanaf de jaren zestig ontstond er ontzuiling in de Nederlandse samenleving (Trommel & Van der Veen, 1999). Dit leidde tot meer samenwerking tussen de verschillende kruisverenigingen en een afname van het aantal gebouwen tot ruim 200 in de jaren tachtig (Wikimedia Foundation, 2007c).

### Gezinszorg

Een soortgelijke ontwikkeling heeft ook de gezinszorg doorgemaakt. Van oudsher was het de taak van de moeders om het gezin en het huishouden draaiende te houden. Problemen ontstonden veelal in armere gezinnen op het moment dat de moeder des huizes ziek of gehandicapt werd. Deze gezinnen vervielen in armoede en mogelijk de bedelstaf.

Om bovengenoemde situaties te voorkomen werd in 1895 de eerste organisatie voor gezinszorg opgericht, 'Hulp in het Huisgezin' (Wiegman, 2007). Deze organisatie bleek zo succesvol dat in andere

steden soortgelijke organisaties als paddenstoelen uit de grond schoten. De visie van de gezinszorg richtte zich erop jonge meisjes op te leiden om complexe gezinssituaties te ondersteunen in het huishouden en in toenemende mate de opvoeding.

Na de Tweede Wereldoorlog ging de overheid het belang inzien van de gezinszorg. Er heerste veel armoede in Nederland en de overheid zag een belangrijke rol voor het gezin in de wederopbouw van ons land. Ze zagen in hoe belangrijk de rol van professionele gezinsverzorgers is in de ondersteuning van gezinnen in moeilijke tijden was. Als vervolg hierop richtte de overheid vlak na de Tweede Wereldoorlog het 'Nederlands Volksherstel' op (Wiegman, 2007). Deze organisatie stelde richtlijnen en kwaliteitseisen op voor de gezinszorg en de opleidingen. Om kwaliteit te waarborgen werd er door de overheid in 1951 de 'Centrale Raad voor de Gezinsverzorging' opgericht (Florence Nightingale Institute, 2007). Gevolg van deze toenemende invloed van de overheid op de gezinszorg was dat er steeds meer subsidies kwamen en gezinsverzorging niet langer afhankelijk was van particuliere gelden.

Net als bij de kruisverenigingen zien we ook bij de instellingen voor de gezinszorg vanwege de professionalisering en de verzuiling een afname van het aantal gezinszorginstellingen. Pagina: 34 Het aantal is teruggelopen van ongeveer duizend in de zestiger jaren naar honderd in de jaren negentig.

### Thuiszorg

Na de verzuiling werd duidelijk dat er overlap bestond tussen de instellingen voor gezinszorg en de kruisverenigingen. Mede om deze reden besluiten de gezinszorgverenigingen en de kruisverenigingen in de jaren negentig samen te gaan tot één vereniging. Een vereniging die we heden ten dagen kennen als de thuiszorg.

## **4.2 Onderdelen van de thuiszorg**

In de hedendaagse thuiszorginstellingen zijn vele vormen van thuiszorg ondergebracht. Ze hebben allen het doel er voor te zorgen dat mensen zich zo lang mogelijk thuis kunnen redden. De meest voorkomende onderdelen zijn:

- Verpleging thuis aan chronisch zieken, mensen die net zijn ontslagen uit het ziekenhuis of mensen die een poliklinische behandeling ondergaan. Een verpleegkundige van de thuiszorg kan deze mensen helpen bij toediening van medicijnen en wondverzorging. Daarnaast kan de verpleegkundige uitleg geven over de ziekte, de medicijnen en de mensen helpen hun leven aan te passen aan hun nieuwe situatie.
- Verzorging aan mensen die (tijdelijk) niet in staat zijn zichzelf te verzorgen. Iemand kan van de verzorging hulp krijgen bij wassen, aankleden of naar bed gaan.
- Gespecialiseerde verzorging wordt ingezet bij psychische of sociale problemen. Pagina: 34 Deze problemen kunnen er toe leiden dat iemand de zorg voor het huishouden of de kinderen niet meer aankan.
- Kraamzorg begeleid zwangere vrouwen voor, tijdens en na hun bevalling. Deze wordt veelal ingezet als assistentie van de verloskundige tijdens de bevalling en de dagen na de bevalling. Kraamzorg is opgenomen in het basispakket van de ziektekostenverzekering.
- Jeugdgezondheidszorg (consultatiebureau): Vanaf de geboorte van een kind tot het vierde levensjaar kunnen ouders bij het consultatiebureau terecht voor inentingen en testen voor het gehoor- en gezichtsvermogen. Het consultatiebureau wordt gefinancierd door de AWBZ, waardoor hun begeleiding gratis is.

- Huishoudelijke hulp: Op het moment dat een persoon of gezin vanwege ziekte, handicap of een ongeval niet meer in staat is om het huishouden draaiende te houden, kan de thuiszorg hulp bieden. Deze hulp kan bestaan uit begeleiding bij de organisatie van het huishouden of de besteding van het budget. De meest gevraagde vorm is een huishoudelijke hulp die maximaal zes uur in de week komt helpen bij de huishoudelijke taken zoals schoonmaken, wassen en eten koken.
- Diëtist geeft mensen informatie over gezonde voeding en aangepaste eetpatronen in verband met ziekte. In enkele thuiszorginstellingen worden er door de diëtist cursussen of groepsbegeleidingen gegeven in bijvoorbeeld gezond afvallen.

### 4.3 Financiering

Tot 1 januari 2007 werd de gehele thuiszorg gefinancierd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Sinds 1 januari van dit jaar is dit echter veranderd. De huishoudelijke verzorging van de thuiszorg valt sindsdien onder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)<sup>14</sup>. De WMO is geen totaal nieuwe wet maar een bundeling van diverse wetgevingen vanuit een centraal punt: de gemeente. De volgende bestaande wetgevingen zijn samen gevoegd in de WMO:

- De Wet Voorziening Gehandicapten;
- De Welzijnswet;
- Het onderdeel 'Huishoudelijke verzorging' uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

De gemeentes financieren en regisseren de WMO. Dit houdt in dat de gemeentes bepalen door welke instanties de WMO wordt uitgevoerd. Eind 2006 ontstond er een strijd tussen de diverse thuiszorginstellingen om de gunsten van de gemeente. De gemeentes sloten contracten af met thuiszorginstellingen voor het leveren van huishoudelijke hulp. Overige thuiszorginstellingen kunnen alleen huishoudelijke hulp leveren wanneer cliënten dit zelf vanuit hun Persoonsgebonden Budget betalen.

#### Persoonsgebonden Budget

Om het aanbod van de thuiszorg meer op de vraag af te stemmen, bestaat er sinds 1995 het Persoonsgebonden Budget (PGB). Na indicatiestelling van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) of de gemeente wordt er op basis van deze indicatie een Persoonsgebonden Budget opgesteld (Ministerie VWS, 2006). De cliënt kan op dat moment zelf beslissen of hij met dit vastgestelde budget zijn benodigde zorg zelf wil regelen of het aan de gemeente overlaat. Het voordeel van een Persoonsgebonden Budget is dat de cliënt zelf kan bepalen van wie hij de zorg krijgt. Dit kan van een professional zijn maar ook van een kennis of familielid. Op deze wijze kunnen ook mantelzorgers een vergoeding krijgen voor hun zorgen.

### 4.4 Waarborgen van kwaliteit

Om er voor te zorgen dat er goede randvoorwaarden voor de thuiszorg werden gerealiseerd, zijn er twee werkgeversverenigingen opgericht: Z-org en Arcares. Deze twee brancheorganisaties zijn op 1 juli 2006 gefuseerd tot ActiZ. "ActiZ is de brancheorganisatie die ernaar streeft de randvoorwaarden te realiseren voor succesvol en kansrijk zorgondernemerschap van haar leden"(ActiZ, 2007, tabblad ActiZ). Dit zijn er meer dan 600.

<sup>14</sup> Volledige wettekst is te vinden op <http://www.eerstekamer.nl/9324000/1/j9vvgh5ihkk7kof/vh84ql25gfql/f=y.pdf>

Om lid te kunnen worden en blijven van ActiZ, moet een thuiszorgorganisatie aan een groot aantal eisen voldoen. Hierdoor zorgen de thuiszorgorganisaties een keurwerk. Wie lid is van ActiZ moet een hoge kwaliteit nastreven en op een professionele en cliëntgerichte wijze werken.

Een van de belangrijkste zorgontwikkelingen die ActiZ heeft doorgevoerd, is het opstellen van een 'zorgplan op maat' (ActiZ, 2007). Elke cliënt krijgt een eigen persoonlijk zorgplan die is afgestemd op zijn of haar specifieke situatie. Dit zorgt voor persoonlijke zorg die aansluit bij de wensen van een cliënt.

### HKZ

Naast werkgeversverenigingen, is ook de overheid al jaren bezig om de kwaliteit in de thuiszorg te waarborgen. In 1994 leidde dit na veelvuldig overleg tussen alle betrokken partijen tot de invoering van de Kwaliteitswet Zorginstellingen (Adburdias BV, 2007). Ter uitvoering van deze wet werd de 'Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorg' (HKZ) opgericht. Deze stichting zorgt voor toepassing en toetsing van het beleid en richt zich op "duurzame kwaliteitsverbetering in de zorg en welzijn"(HKZ, 2007c, Welkom bij HKZ).

De Stichting HKZ heeft een keurmerk ontwikkeld waarmee de kwaliteit van de zorg wordt bewezen en gewaarborgd. Voor de thuiszorg heeft de Stichting HKZ een certificeringschema opgesteld op basis van het HKZ Harmonisatiemodel<sup>15</sup> (HKZ, 2007a). De normen waarop dit certificeringschema is gebaseerd, voldoen aan de internationaal erkende ISO 9001:2000-normen. Op 1 januari 2008 moet elke thuiszorginstelling gecertificeerd zijn.

## **4.5 Werkwijze**

Mede door de toenemende concurrentie, is de druk op registratie en 'tijdschrijven', de laatste jaren enorm toegenomen. Thuiszorgmedewerkers moeten zich verantwoorden voor de tijd die ze besteden aan cliënten en de maximale tijd per cliënt wordt steeds nauwkeuriger in de gaten gehouden. Gevolg is dat verzorgenden moeten werken met een steeds strakker tijdschema en minder mogelijkheden hebben om hun werkzaamheden aan te passen aan de individuele cliënt.

Door de toenemende druk op registratie en het instellen van indicatieorganen zijn de thuiszorgmedewerkers een deel van hun autonomie en discretionaire ruimte kwijtgeraakt (Steenbergen, 2005). Waar ze vroeger zelf de keuze maakten welke cliënten er wel en niet geholpen werden, doet het Centrum voor Indicatiestelling Zorg (CIZ) en de gemeente dit nu voor hen. Dit kost de thuiszorgorganisaties een deel van hun beslissingsvrijheid en autonomie.

Voor thuiszorgmedewerkers is het noodzakelijk om discretionaire ruimte te hebben. Ze werken met individuele cliënten in eigen unieke situaties. De regels die er opgelegd zijn voor de thuiszorg, zijn algemene richtlijnen. Het is aan de medewerkers om deze toe te passen in specifieke situaties. Om cliënten respectvol te behandelen is het noodzakelijk om de handelswijze van thuiszorgmedewerkers aan te passen aan de cliënt. Een thuiszorgmedewerker moet zich niet alleen aanpassen aan de ziekte of fysieke omgeving van een patiënt, maar ook aan het karakter en eventuele gezinsleden. Alleen wanneer een medewerker zijn eigen ervaringen, kennis en gevoelens mag gebruiken, kan hij aansluiten bij de specifieke situatie van elke cliënt (Gemeente Middelburg, 2007).

Thuiszorgmedewerkers moeten deze discretionaire ruimte van de organisatie en hun leidinggevenden krijgen maar tegelijkertijd mogen zij de kwaliteit en de kosten niet uit het oog verliezen. Er moet een

---

<sup>15</sup> Zie bijlage 9

evenwicht gevonden worden tussen het naleven van regels, het registreren en efficiënt werken, de klantvriendelijkheid en het behouden van de autonomie.

Uit onderzoek (Mathijssen, 2005) is gebleken dat autonomie als energiebron heel belangrijk wordt gevonden. Het benchmarkonderzoek van Z-org (2004) geeft aan dat werknemers in de thuiszorg hun autonomie gemiddeld een 6,5 geven.

#### Implementatie van beleid

Beleid in de thuiszorg wordt vaak top-down geïmplementeerd. De overheid of het management van een organisatie ontwikkeld nieuw beleid en de medewerkers moeten het uitvoeren. Er is weinig overleg en er wordt weinig naar de mening van medewerkers gevraagd. Andersom komen er weinig signalen van de werkvloer richting het management.

Een goed voorbeeld van hoe overheidsbeleid wordt geïmplementeerd, is de introductie van de WMO. De werkgevers zijn halverwege 2005 op de hoogte gesteld van de invoering van de WMO. Op dat moment werd gemeld dat de WMO per 1 januari 2006 zou worden ingevoerd. Veel organisaties moesten op dat moment hard aan de slag om de gunsten van gemeentes te winnen. Enkele maanden later bleek de invoering uitgesteld te worden naar 1 januari 2007. Dit maakte het voor de werkgevers erg onduidelijk maar voor de werknemers des te meer. In veel thuiszorgorganisaties heerste er onder de werknemers veel onzekerheid en onduidelijkheid over wat de gevolgen zouden zijn van de invoering van de WMO. Gedeeltelijk komt dit door onduidelijkheid vanuit de overheid maar ook door slechte informatie vanuit hun eigen management. In de meeste organisaties horen werknemers maar een heel klein gedeelte van de informatie die het management heeft over de invoering van nieuw beleid.

Bij de totstandkoming van de WMO zijn de werkgevers slechts minimaal om advies gevraagd. Tijdens de uitvoering kwamen hierdoor problemen naar voren die door werkgevers al waren voorzien. In de meeste situaties werden deze problemen door de organisaties zelf opgelost. Dit gold onder andere voor kleine organisaties die meer klanten hadden verworven dan ze aankonden en grote organisaties die juist veel hadden verloren. Beide organisaties kampten met grote problemen maar konden elkaar perfect aanvullen. Hierdoor ontstonden nieuwe samenwerkingsverbanden. Deze samenwerkingsverbanden kunnen echter leiden tot enorme organisaties met een monopoliepositie, iets wat het tegendeel is van wat de WMO tot doel heeft.

Een ander voorbeeld van implementatie van beleid in de zorg, is het implementatieproject van Lotterman (2002) van decubituspreventie<sup>16</sup>. Het doel van dit project was om nieuwe landelijke normen voor de preventie en behandeling van decubitus te implementeren binnen de thuiszorg. Door het management werd gezegd dat dit de nieuwe richtlijnen waren waar ze zich aan moesten houden, een top-down implementatie. De ervaring van Lotterman tijdens dit project was dat het inzetten van consultants zinvol is, iets waar in de thuiszorg erg weinig gebruik van wordt gemaakt.

Tijdens de implementatie liet Lotterman (2002) de thuiszorgmedewerkers hun eigen implementatieplan maken. Dit dwong hen om na te denken over de materie en over hun eigen handelswijze. Op deze wijze kan het management nieuw beleid implementeren zonder de discretionaire ruimte van medewerkers te bedreigen. Volgens Lotterman is dit een goede manier van implementeren gezien verzorgenden doeners zijn en beter informatie absorberen wanneer ze er zelf mee aan de slag gaan.

<sup>16</sup> Decubitus is een vakterm voor doorliggen

## 4.6 Thuiszorginstelling Carint

Carint is in 2001 ontstaan door een fusie van: zeven verzorgingshuizen, twee verpleeghuizen, een grote thuiszorgorganisatie en vier stichtingen Welzijn Ouderen. Sinds 1993 werkten de organisaties al intensief samen voordat ze besloten te fuseren (Wind, 2003). Dit zorgde voor een soepele overgang zonder veel weerstand op de werkvloer.

Na jarenlange samenwerking met Carint zijn in 2006 de gesprekken begonnen over een mogelijke fusie tussen Carint en Reggeland Zorgvoorzieners<sup>17</sup>. Op 7 juli 2006 is de fusie bekrachtigd en is de stichting Carint Reggeland Groep opgericht (Reggeland Zorgvoorzieners, 2006). De visie van de Carint Reggeland Groep is: "Wij bevorderen en ondersteunen de kwaliteit van leven van cliënten door persoonlijke aandacht en vakkundige dienstverlening" (Carint Reggeland Groep, 2006, p.1).

De fusie is echter met name een bestuurlijke fusie. Beide organisatie bieden hun diensten onder hun eigen naam aan maar ze worden wel gezamenlijk ondersteund door centrale diensten.<sup>18,19</sup>

### Carint als organisatie

Carint is werkzaam in een groot gedeelte van centraal en noordoost Twente. In de volgende gemeenten is Carint actief (tussen haakjes de dorpen waar een Carint gebouw staat)<sup>20</sup>:

- Oldenzaal (Oldenzaal 2 stuks);
- Borne (Borne en Zenderen);
- Hof van Twente (Delden, Bentelo, Diepenheim, Goor, Hengevelde, Markelo);
- Hengelo (Hengelo 3 stuks);
- Dinkelland (Denekamp, Weerselo, Ootmarsum);
- Losser (Overdinkel, Losser);
- Enschede.

### Visie

De missie van Carint is: "Cliënten helpen de regie over hun leven te voeren. Carint ziet het als haar opdracht om samenhangende diensten te leveren en te ontwikkelen op het gebied van welzijn, wonen en zorg." (Carint, 2005, p.3).

Carint werkt zo veel mogelijk vanuit de lokale gemeenschap en in samenwerking met bestaande lokale organisaties. Integriteit en de beleving van de cliënt staan hierbij hoog in het vaandel. Door vanuit de beleving van de cliënt te werken wil Carint een zo persoonlijk en flexibel mogelijk aanbod doen naar haar cliënten. Dit zou moeten resulteren in cliënten die zich 'zo thuis mogelijk voelen' en de 'regie over hun eigen leven behouden' (Carint, 2005).

Carint is een "maatschappelijk ondernemer" (Carint, 2005, p.6). Ze hebben geen aandeelhouders en maken geen winst. De centrale waarden van Carint zijn<sup>21</sup> integriteit, professionaliteit, veranderingsbereidheid, betrokkenheid en nabijheid.

<sup>17</sup> Reggeland Zorgvoorzieners is een zorginstelling die ontstaan in 1997 door een fusie van het een zorgcentrum, een verzorgingshuis en een Stichting voor Maatschappelijke Dienstverlening (Reggeland Zorgvoorzieners, 2007). Reggeland Zorgvoorzieners is uitgegroeid tot een zorginstelling die thuiszorg levert, diverse zorgcentra heeft, twee verpleeghuizen en drie verpleegunits. Dit alles bieden ze aan in de gemeenten Almelo, Wierden, Rijssen-Holt en Twenterand.

<sup>18</sup> Zie bijlage 10

<sup>19</sup> Vanwege het feit dat Carint is ontstaan vanuit veel kleine organisatie met verschillende doelgroepen, heeft dit geleid tot een organisatie die wordt onderverdeeld in diverse groepen. Deze groepen worden gezamenlijk bestuurd en ondersteund door de Raad van Bestuur en diverse stafdiensten. In het Organogram dat te vinden is in bijlage 2 is te zien welke Carint-groepen er zijn en hoe deze worden ondersteund.

<sup>20</sup> In bijlage 11 is terug te vinden wat het aanbod van Carint is in elke gemeente.

<sup>21</sup> De Bedrijfscode is terug te vinden op <http://www.carint.nl/Web/Site/default.aspx?m=over&a=doc>

### Organisatiecultuur

In de Bedrijfscode van Carint (2005) staat dat medewerkers de beleving van de cliënt centraal stellen in hun werk. Ze gaan op respectvolle, persoonlijke en op individuele wijze om met cliënten. Door de Arbodienst van Carint zijn er protocollen opgesteld over hoe te handelen in bepaalde situaties. Veel van deze protocollen bestaan uit richtlijnen van de Arbeidsinspectie. Deze zijn door Carint vertaald naar de werkwijze van Carint en op werkbare wijze beschreven. Het is vervolgens aan de individuele werkers om deze protocollen toe te passen op specifieke situaties.

Medewerkers worden geacht zelfstandig een evenwicht te vinden tussen de vraag van een cliënt en hun eigen professionele waarden en normen. Ze zoeken naar de meest ideale situatie voor de cliënt. Hierbij gaan ze uit van de mogelijkheden van de cliënt en de organisatie, maar zoeken indien nodig ook oplossingen buiten de organisatie (Carint, 2005). Medewerkers worden geacht zich aan regels en protocollen te houden maar hierbinnen zo creatief mogelijk naar oplossingen te zoeken. De discretionaire ruimte van medewerkers is hierdoor groot en er wordt door het management verwacht dat ze hier op professionele wijze zo goed mogelijk gebruik van maken.

Professionaliteit is een belangrijke kernwaarde van Carint (Carint, 2005). Het management hecht veel waarde aan het up-to-date houden van de kennis van de medewerkers. Het is de eigen verantwoordelijkheid van medewerkers en hun directe leidinggevenden, om ervoor te zorgen dat zij alle kennis in huis hebben die ze nodig hebben. Het management biedt voldoende scholingsmogelijkheden maar er worden weinig centrale cursussen of implementatie bijeenkomsten gehouden.

### Implementatie van beleid

Het doel van Carint is om te zorgen voor een goede wisselwerking tussen bottom-up en top-down. Op het moment dat er nieuw beleid moet worden geïmplementeerd, wordt dit gemeld aan alle zorgmanagers. Het is aan deze zorgmanagers om het beleid in hun teams te implementeren. Ze zijn vrij in de wijze waarop zij dit doen. Dit kan bijvoorbeeld door het uitnodigen van een deskundige die uitleg geeft of door het simpelweg uitreiken van het nieuwe beleid zonder uitleg. De individuele zorgmanager bepaalt in hoeverre de medewerkers inspraak hebben in de invulling van de implementatie.

Het management geeft veel beslissingsvrijheid aan zorgmanagers wat betreft het aansturen en informeren van hun team. In de Bedrijfscode staan de kernwaarden, normen en visie van Carint maar het is aan de zorgmanagers op welke wijze zijn team deze waarden en normen bereikt.

Door zorgmanagers wordt er veel discretionaire ruimte gelaten aan verpleegkundigen en verzorgenden om hun werkzaamheden te verrichten. De aansturing van de teams kan erg verschillen maar overall wordt veel waarde gehecht aan de autonomie van de medewerkers. Door de zorgmanagers is er weinig tot geen controle op het werk van de thuiszorgmedewerkers. De algemene verwachting is dat medewerkers op een professionele wijze werken en zich aan protocollen houden. Er is geen controle of dit daadwerkelijk gebeurt. Zorgmanagers leveren de informatie aan medewerkers en gaan er vervolgens van uit dat deze informatie wordt gebruikt. De eigen verantwoordelijkheid van medewerkers speelt hier een belangrijke rol. Medewerkers worden geacht zelf verantwoordelijk te zijn voor hun werkwijze en daarbij het in acht nemen van de regels.

### Carint en de WMO

Eind 2006 moest ook Carint concurreren met andere thuiszorginstellingen om een contract met de gemeenten voor het leveren van huishoudelijke zorg te verkrijgen. Deze strijd is niet geheel in het voordeel van Carint geëindigd. De gemeenten Oldenzaal, Borne, Hof van Twente en Dinkelland hebben niet voor Carint gekozen als leverancier van huishoudelijke hulp. De grote winnaar in bovenstaande gemeenten was Livio<sup>22</sup>. Op dat moment had Livio echter onvoldoende capaciteit om aan alle gemeenten huishoudelijke hulp te leveren. Livio, Carint en de vier gemeenten hebben hun handen ineen geslagen om tot een oplossing te komen voor het capaciteitsprobleem bij Livio en de onrust bij de bewoners (De Twentsche Courant Tubantia BV, 2006).

Er is uiteindelijk besloten voor een constructie waarbij Carint als onderaannemer van Livio gaat dienen. Livio levert de huishoudelijke hulp maar Carint voert het uit. Deze constructie is mogelijk gezien het feit dat de visie van Carint en die van Livio in grote lijnen overeenkomen. Op deze manier behouden de inwoners gewoon hun vertrouwde hulp van Carint, eventueel iets aangepast aan de werkwijze van Livio.

Om de samenwerking tussen Livio en Carint te intensiveren, zijn er gesprekken geweest over een mogelijke fusie. De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMA) zal zich hier mogelijk in gaan mengen omdat er door deze fusie een zeer grote organisatie zal ontstaan. In Twente zal dit kunnen leiden tot een monopolist, iets wat de NMA probeert te voorkomen (WDTM, 2006).

## **4.7 Samenvatting**

De thuiszorg is in de jaren negentig ontstaan vanuit een fusie tussen de kruisverenigingen en de gezinszorg. Belangrijkste onderdelen van de thuiszorg zijn: verpleging, verzorging, kraamzorg, consultatiebureau, huishoudelijke hulp, diëtist en uitleen van hulpmiddelen.

De huishoudelijke hulp wordt vanaf 1 januari 2007 gefinancierd vanuit de WMO. Dit leidde tot een concurrentiestrijd tussen thuiszorginstellingen. Cliënten kunnen zelf zorg inkopen met een Persoonsgebonden Budget of de zorg door de gemeente laten regelen.

Werkgeversvereniging ActiZ draagt zorg voor goede randvoorwaarden en draagt zorg voor de kwaliteit van instellingen. Dit gebeurt tevens door de HKZ. Elke thuiszorginstelling moet een HKZ-certificaat hebben. Dit geeft een keurmerk voor de kwaliteit van de zorg.

Voor een respectvolle behandeling van cliënten is het belangrijk dat thuiszorgmedewerkers discretionaire ruimte hebben om de algemene regels te kunnen toepassen in de specifieke situaties van elke individuele cliënt. Deze discretionaire ruimte wordt bedreigd door toenemende registratie en het instellen van indicatieorganen.

De implementatie van nieuw beleid in de thuiszorg gebeurt vaak top-down. Zowel vanuit de overheid richting organisaties als van het management naar de werknemers.

Carint is in 2001 doormiddel van enkele fusies ontstaan. Carint is werkzaam in de gemeenten Oldenzaal, Borne, Hof van Twente, Hengelo, Dinkelland, Lossler en Enschede. Verzorging wordt geboden in alle gemeenten behalve Enschede. De missie van Carint: "Cliënten helpen de regie over

<sup>22</sup> Livio is een zorgaanbieder die werkt vanuit de visie dat mensen de hoogste levenskwaliteit behouden wanneer ze de regie over hun eigen leven behouden (Livio, 2007), met of zonder hulp. De eigen krachten en kwaliteiten van mensen staan daarbij voorop. Livio biedt diensten en producten op het gebied van zorg, wonen en gezondheid.



hun leven te voeren" (Carint 2005, p.3). Medewerkers werken vanuit de beleving van de cliënt. Ze krijgen veel discretionaire ruimte van hun zorgmanagers en de zorgmanagers van de directie.

Pagina: 41

Carint heeft met de in werking treding van de WMO vier gemeenten verloren. Livio was hier de grote winnaar. Carint is een samenwerking met Livio aangegaan waarin Carint dient als onderaannieder.

#### 4.8 Discussie

In de thuiszorg heerst een chronisch tijdgebrek welke door de komst van de WMO alleen maar groter is geworden. Lipsky (1980) stelt in zijn veranderingsmechanisme dat street-level bureaucraten eigen routines ontwikkelen om met dit tijdgebrek om te gaan. De medewerkers van Carint krijgen veel discretionaire ruimte en worden geacht zelfstandig een evenwicht te vinden tussen de vraag van een cliënt en hun eigen professionele waarden en normen. Het is dan niet ondenkbaar dat zij deze gebruiken om eigen routines te ontwikkelen en zo voor zichzelf de tijdsdruk te verlagen. Een aandachtspunt hierbij is dat thuiszorgmedewerkers mogelijk bepaalde routines ontwikkelen die ze bij elke patiënt toepassen en hiermee richtlijnen die maar op enkele patiënten van toepassing zijn, zoals bij cytostaticapatiënten, negeren.

Een van de veranderingsmechanismen vanuit het kader van de theorie van Lipsky (1980) stelt dat street-level bureaucraten discretionaire ruimte nodig hebben om algemene regels toe te passen op individuele cliënten. Thuiszorgmedewerkers in het algemeen en bij Carint in het bijzonder, krijgen deze ruimte. Het wordt van de thuiszorgmedewerkers verwacht dat zij een evenwicht vinden tussen het naleven van regels, het registreren en efficiënt werken, de klantvriendelijkheid en het behouden van de autonomie. Combineren we deze verwachting met de tijdsdruk, dan is het niet onmogelijk dat hier wel eens problemen in ontstaan.

Lipsky (1980) stelt al dat street-level bureaucraten een hoge mate van beslissingsvrijheid hebben vanwege de moeilijkheid van controle. Dit is binnen de thuiszorg niet anders. Bij Carint wordt gesteld dat de controle minimaal is maar het vertrouwen in de naleving van regels heel hoog. Waar dit vertrouwen op gebaseerd is, is onduidelijk.

Het verklaringsmechanisme van Pieterman (2001) welke stelt dat het weg willen nemen van zoveel mogelijk risico's er toe kan leiden dat de positieve gevolgen van een bepaald beleid totaal overschaduwd worden door de negatieve kanten, lijkt op de thuiszorg nog niet van toepassing. Vanuit de regelgeving is veiligheid wel een belangrijk item maar in de praktijk blijkt het bij de thuiszorginstellingen geen hoge prioriteit te hebben.

Een van de verklaringsmechanismen vanuit het kader van het onderzoek van Engbersen en Van der Veen (1992) verklaart dat beleid kan leiden tot destructie van de functionele vereisten van een sociaal systeem. De WMO heeft geleid tot concurrentie in de thuiszorg. Deze concurrentie kan mogelijk leiden tot hogere tijdsdruk welke weer kan leiden tot een onveiligere werkomgeving. De WMO zou dus kunnen leiden tot een destructie van de werkomstandigheden van verzorgenden in de thuiszorg.

Verzorgenden in de thuiszorg krijgen veel beslissingsvrijheid en er is weinig controle. Het is dan niet ondenkbaar dat verzorgenden er in bepaalde situatie voor kiezen om richtlijnen niet na te leven. Bijvoorbeeld wanneer deze te veel tijd kosten, ze onwerkbaar zijn of de verzorgenden er het nut niet van inzien. In de komende hoofdstukken zal met behulp van de verklaringsmechanismen van Mascini (1999) worden verklaard om welke mogelijke redenen verzorgenden richtlijnen niet opvolgen. In de ziekenhuizen bleek kennis en informatie een belangrijke bron voor het serieus nemen van risico's en daarmee het naleven van richtlijnen. Carint hecht veel waarde aan het up-to-date houden

van kennis. De verwachting is daardoor het hebben van te weinig kennis geen reden zal zijn voor het niet opvolgen van richtlijnen door de verzorgenden van Carint.

Beleid in de thuiszorg wordt topdown geïmplementeerd. Voor een succesvolle implementatie zou dit moeten inhouden dat de verzorgenden zichzelf niet bekwaam en niet bereid achter nieuw beleid op te volgen (Mascini, 1999). Maar vinden verzorgenden dat wel, of hebben zij een hogere mate van zelfvertrouwen? Mogelijk sluit de huidige implementatiestijl niet aan bij het zelfvertrouwen van medewerkers.

Het doel van Carint is om te zorgen voor een goede wisselwerking tussen bottom-up en top-down. Het is de verantwoordelijkheid van zorgmanagers om beleid in hun team te implementeren. De implementatiestijl kan hierdoor binnen Carint erg variëren. Dit is een aandachtspunt voor de komende hoofdstukken.

De mogelijk oorzaken voor het niet veilig werken van verzorgenden in de thuiszorg bij cytostaticapatiënten liggen naar aanleiding van dit hoofdstuk op het gebied van de discretionaire ruimte en te weinig controle, hoge tijdsdruk en een niet aansluitende implementatiestijl.

# 5 Cytostatica in de thuiszorg

De laatste jaren is een trend waar te nemen dat patiënten steeds eerder uit het ziekenhuis ontslagen worden. De ziekenhuizen richten zich steeds meer op verpleging en stoten de verzorging af. Zodra er voor een behandeling geen opname meer is vereist, zal deze steeds vaker poliklinisch worden voortgezet. Gevolg hiervan is dat mensen die zijn ontslagen uit het ziekenhuis meer verzorging en/of verpleging thuis nodig zijn dan enkele jaren geleden het geval was. Hier ligt een grote rol voor de thuiszorg weggelegd. Thuiszorgmedewerkers worden steeds beter gekwalificeerd waardoor steeds meer medische handelingen door een verpleegkundige thuis kunnen worden uitgevoerd.

Deze trend is ook te zien bij patiënten die een cytostaticakuur ondergaan. Steeds vaker zal een gedeelte van de behandeling poliklinisch plaatsvinden. Daarnaast zien we steeds vaker dat een verpleegkundige van de thuiszorg een cliënt cytostatica toedient. Dit heeft echter wel consequenties voor het werk van thuiszorgmedewerkers. Net als ziekenhuismedewerkers, kunnen ook zij blootgesteld worden aan cytostatica met alle risico's van dien. In dit hoofdstuk zullen de verschillen worden behandeld tussen het werken in de thuiszorg en in het ziekenhuis. Tevens zal uiteen worden gezet aan welke richtlijnen thuiszorgmedewerkers zich moeten houden en of deze afdoende zijn voor het werken met cytostaticapatiënten.

## 5.1 Onderzoek naar cytostatica binnen de thuiszorg

In 2004 is er voor het eerst een grootschalig onderzoek verricht naar het gebruik van cytostatica buiten het ziekenhuis. In opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid hebben Meijster, Veldhof en Kromhout in 2004 het rapport 'Inventariserend onderzoek naar gebruik van en blootstelling aan cytostatica buiten het ziekenhuis' opgesteld waarin ondermeer de thuiszorg is onderzocht. In dit onderzoek is met name gekeken naar besmetting van oppervlakken en beddengoed, persoonlijke beschermingsmiddelen en registratie van cytostaticapatiënten. Nogmaals is er aangetoond dat in het zweet en het beddengoed van cytostaticapatiënten resten van cytostatica voorkomen (Meijster, Veldhof & Kromhout, 2004).

Gebleden is dat contact met cytostaticapatiënten in de verzorgende en huishoudelijke dienst van de thuiszorg vrij veel voorkomt. Het gebruik van de juiste beschermingsmiddelen is niet hoog.

*Tabel 4.1 Percentage thuiszorginstellingen waarbij taken werden uitgevoerd bij cytostaticapatiënten en het percentage gebruikte persoonlijke beschermingsmiddelen (Meijster, Veldhof & Kromhout, 2004).*

Taak	Thuiszorginstanties N = 59	Handschoenen (% gebruikt)	Schort (% gebruikt)	Mondkapje (% gebruikt)
Wassen van patiënt	69 %	54 %	46 %	6 %
Legen po / urinaal	66 %	66 %	60 %	17 %
Opruimen braaksel	68 %	83 %	56 %	8 %

Het meest opvallende resultaat uit het onderzoek is de registratie van cytostaticapatiënten. Slecht een derde van de thuiszorginstellingen kan precies aangeven hoeveel van hun cliënten er cytostatica krijgen toegediend (poliklinisch of door de thuiszorg zelf) (Meijster, Veldhof & Kromhout, 2004). Dit heeft te maken met de informatieoverdracht vanuit het ziekenhuis en de interne registratie. Vanwege matige interne registratie bleek dat het inzicht in het wel of niet verkrijgen van een cytostaticakuur bij de verzorging nog lager is dan bij de verpleging.

Naar aanleiding van dit onderzoek heeft toenmalig staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid Rutte in maart 2004 een aanbevelingsbrief opgesteld aan de Tweede Kamer om regels op te stellen voor de omgang met cytostatica buiten de thuiszorg (Min SoZaWe, 2004). Wat hier verder mee gebeurd is, is onbekend.

## 5.2 Thuiszorg ten opzichte van ziekenhuis

In theorie zou de omgang met cytostaticapatiënten in de thuiszorg niet anders moeten zijn dan in het ziekenhuis. Toch blijkt dit in de praktijk niet zo te zijn.

### Attitude van medewerkers

Zoals beschreven in paragraaf 3.5, werden de risico's van cytostatica in het begin in de ziekenhuizen niet al te serieus genomen. Pas nadat in onderzoek werd aangetoond dat medewerkers van ziekenhuizen wel degelijk bepaalde risico's lopen, veranderde deze houding. Na de invoering van Beleidsregels was er heel langzaam een verandering merkbaar in de attitude van ziekenhuispersoneel.

In de thuiszorg is dezelfde ontwikkeling te verwachten. Pas sinds kort heeft de thuiszorg te maken met cytostaticapatiënten. Veel thuiszorgmedewerkers, vooral van de verzorging, weten weinig tot niets af van cytostatica en de risico's die hieraan zijn verbonden. In de meeste thuiszorgorganisaties wordt wel voorlichting gegeven over het werken met cytostaticapatiënten, maar voordat de risico's door alle medewerkers en leidinggevenden serieus worden genomen, zullen we toch een aantal jaren verder zijn (IKZ, 2005).

### De werkomgeving

Ziekenhuizen zijn zo ingericht dat het werken zo veilig mogelijk is. Persoonlijke beschermingsmiddelen worden centraal en groot ingekocht. Aangezien cytostaticapatiënten veelal op dezelfde afdeling liggen, is het eenvoudig om afdelingsbreed bepaalde maatregelen te nemen. Omdat de beschermingsmaatregelen op een oncologieafdeling voor (bijna) alle patiënten gelden, is het voor de medewerkers en patiënten gemakkelijker dit te accepteren en uit te voeren.

In de thuiszorg werken verzorgenden bij mensen thuis. Hier zijn niet dezelfde faciliteiten als in een ziekenhuis. Ze moeten het doen met wat er bij de patiënt voorhanden is en wat ze zelf mee kunnen nemen. Het wasgoed wordt in een gewone wasmachine gereinigd en voor besmet afval is er vaak geen aparte afvalbak. Bij een cliënt thuis zijn wel dezelfde arbeidsomstandigheden te creëren als in een ziekenhuis, maar er zullen maar weinig patiënten zijn die dat willen. Men wil zich immers zo min mogelijk patiënt voelen. Bovendien moet vaak rekening gehouden worden met andere huisgenoten.

### Patiëntengroep

Ziekenhuismedewerkers zijn veelal werkzaam op één afdeling en werken met één soort patiënt. Medewerkers die op een oncologieafdeling werken, zijn hierdoor de hele dag werkzaam met patiënten waarvan een groot aantal een cytostaticakuur krijgt. De werkwijze rondom het werken met cytostaticapatiënten is voor hen de dagelijkse gang van zaken.

Bij de thuiszorg is dit heel anders. Verzorgers hebben zo veel mogelijk vaste cliënten (dit is lang niet altijd haalbaar), maar dit kunnen wel heel diverse cliënten zijn. Zo kan een verzorgende eerst bij een demente bejaarde werkzaam zijn en even later bij een cliënt die een poliklinische cytostaticabehandeling krijgt. Dit zorgt ervoor dat het voor thuiszorgmedewerkers veel langer duurt voordat zij zich een bepaalde procedure eigen maken.

#### Bekendheid

Op een oncologieafdeling is de kans groot dat er patiënten zijn die een cytostaticabehandeling krijgen. Daarnaast moet er op elke ruimte waar gewerkt wordt met cytostatica of waar een cytostaticapatiënt verblijft een waarschuwingsticker aanwezig zijn.

In de thuiszorg is dit heel anders. Het is de bedoeling dat er overdracht plaatsvindt tussen het ziekenhuis en de thuiszorginstelling. Het ziekenhuis informeert de thuiszorginstelling over de behandeling die een patiënt krijgt of heeft gekregen. In praktijk blijkt dit niet altijd even goed te gebeuren (Meijster, Veldhof & Kromhout, 2004). Daarnaast is de interne registratie niet altijd dermate goed dat alle medewerkers op de hoogte zijn van de behandeling van een bepaalde patiënt.

#### Controle

Om ervoor te zorgen dat procedures of richtlijnen consequent worden toegepast, is het noodzakelijk dat een leidinggevende hier toezicht op houdt. Met name in de implementatiefase. In ziekenhuizen is dit eenvoudig realiseerbaar omdat iedereen in hetzelfde gebouw werkt. In de thuiszorg voeren de medewerkers hun werkzaamheden bij de cliënten thuis uit. Het is voor leidinggevendenden veel moeilijker om toezicht te houden op de werkzaamheden van hun medewerkers.

#### Verzorging ten opzichte van verpleging

Uit onderzoek is gebleken dat blootstelling aan cytostatica voornamelijk plaatsvindt bij het onbeschermd aanraken van besmette oppervlakten (NKI-ALV, 2003) en de excreta van patiënten. Hierdoor loopt de verzorging meer risico dan de verpleging. De reden van dit verhoogde risico, is dat de verzorgers zich veel minder bewust zijn van de risico's dan verpleegkundigen (Meijster, Veldhof & Kromhout, 2004). Daarnaast blijken de verzorgers slechter op de hoogte te zijn van het feit dat een patiënt een cytostaticakuur ondergaat. Het grootste risico op blootstelling blijkt te zijn bij het wassen van de patiënt en het schoonmaken van het toilet (IKZ, 2005).

### **5.3 Wetgeving**

Beleidsregels voor de omgang met cytostatica zoals deze opgesteld zijn voor de ziekenhuizen, bestaan er voor de thuiszorg nog niet. Wettelijk gezien zijn er geen specifieke richtlijnen waar thuiszorgmedewerkers zich aan moeten houden in het contact met cytostaticapatiënten. In acht genomen dat zij natuurlijk wel verplicht zijn zich te houden aan gerelateerde richtlijnen met betrekking tot arbeidsomstandigheden.

#### De Wet op de Arbeidsomstandigheden

In de Arbo-wet zijn diverse artikelen opgenomen om de arbeidsomstandigheden te verbeteren<sup>23</sup>. In artikel 3 van de Arbo-wet staat: "Tenzij dit redelijkerwijs niet kan worden gevegd moeten de gevaren en risico's voor de veiligheid of de gezondheid van de werknemer zoveel mogelijk in eerste aanleg bij de bron daarvan worden voorkomen of beperkt; naar de mate waarin dergelijke gevaren en risico's niet bij de bron kunnen worden voorkomen of beperkt, moeten daartoe andere doeltreffende

<sup>23</sup> In bijlage 13 staan de belangrijkste op de thuiszorg toepasbare artikelen uit de Wet op de Arbeidsomstandigheden

maatregelen worden getroffen waarbij maatregelen gericht op collectieve bescherming de voorrang dienen te hebben boven maatregelen gericht op individuele bescherming; slechts indien redelijkerwijs niet kan worden gevegd dat maatregelen worden getroffen die zijn gericht op individuele bescherming, dienen doeltreffende en passende persoonlijke beschermingsmiddelen aan de werknemer ter beschikking te worden gesteld" (FNV, 2003b, p. 4). Er mogen dan nog wel geen expliciete regels zijn over de omgang met cytostatica, maar wanneer werkgevers zich aan bovenstaand artikel willen houden, zijn ze verplicht zelf richtlijnen op te stellen om veiligheid en de gezondheid van de medewerkers die in contact komen met cytostatica te waarborgen. Werknemers zijn vervolgens, naar aanleiding van artikel 11 van de Wet op de Arbeidsomstandigheden, verplicht om zich aan de voorschriften te houden (FNV, 2003b).

#### De WIP-richtlijnen<sup>24</sup>

De Stichting Werkgroep Infectiepreventie stelt richtlijnen ten behoeve van infectiepreventie in de gezondheidszorg<sup>25</sup>. Op het moment dat werkgevers en werknemers zich aan deze richtlijnen houden, zullen ze een minimaal risico lopen op infecties. Echter, voor contact met cytostatica, zijn ze niet geheel afdoende.

De richtlijnen zijn met betrekking tot het dragen van handschoenen (WIP, 2005), ook in contact met cytostatica behoorlijk volledig. Er staat vermeld dat er altijd handschoenen moeten worden gedragen in contact met excreta, wasgoed en bij schoonmaakwerkzaamheden. De beschreven richtlijnen voor lichaamverzorging van de cliënt vragen met betrekking tot cytostatica nog enige aanvulling. Deze is met name gericht op hygiëne en minder op bescherming. Hetzelfde geldt voor het huishoudelijke werk.

#### De HKZ-normen

De Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) richt zich op kwaliteitsverbetering en waarborging (HKZ, 2007c). Ook voor de sector thuiszorg zijn er normen opgesteld waarmee een thuiszorginstelling zich kan certificeren. Deze normen zijn voornamelijk gericht op een beschrijving van processen. Het einddoel van deze processen moet vervolgens voldoen aan de HKZ-normen<sup>26</sup>.

Met betrekking tot veiligheid en arbeidsvoorwaarden staat er vermeld dat het beleid van de organisatie moet voldoen aan de Arbo-wetgeving en dat er door middel van een risico-inventarisatie duidelijkheid moet zijn over welke risico's de medewerkers lopen tijdens hun werk en hoe deze voorkomen kunnen worden.

#### BIG-richtlijnen<sup>27</sup>.

In 1993 is door de Eerste Kamer het wetsvoorstel 'Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg' (BIG) aangenomen (MinVWS, 1996). In de Wet BIG staan richtlijnen voor het verlenen van zorg door professionals gericht op bevordering van de kwaliteit en bescherming van de patiënt.

<sup>24</sup> "De Stichting Werkgroep Infectie Preventie (WIP) is een samenwerkingsverband van drie wetenschappelijke verenigingen op het gebied van infectiepreventie en ziekenhuishygiëne: de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie, de Vereniging voor Infectieziekten en de Vereniging voor Hygiëne en Infectiepreventie in de Gezondheidszorg. Het doel van deze stichting is het maken richtlijnen op het gebied van infectiepreventie voor de gezondheidszorg, om hiermee een bijdrage te leveren aan het infectiepreventiebeleid in Nederland." (WIP, 2007, home) De richtlijnen voldoen volgens de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) de Beleidsregels van de Arbeidsinspectie.

<sup>25</sup> In bijlage 14 staan de WIP-richtlijnen welke van toepassing zijn op het werk van een verzorgende binnen de thuiszorg.

<sup>26</sup> In bijlage 15 zijn de HKZ-normen te vinden die betrekking hebben op de arbeidsomstandigheden in de thuiszorg.

<sup>27</sup> De Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg bevat regels voor zorgverlening door beroepsbeoefenaren

Met betrekking tot de omgang met cytostaticapatiënten is het onderdeel 'voorbehouden handelingen' van belang. In dit onderdeel wordt de nadruk gelegd op het feit dat handelingen alleen door hiertoe bevoegd personeel verricht mogen worden. Vuistregel hierin is: "onbekwaam betekend onbevoegd" (MinVWS, 1996, p.7). Dit zou dus inhouden dat wanneer een thuiszorgmedewerker niet op de hoogte is van de richtlijnen voor de omgang met cytostatica, zij niet met cytostaticapatiënten zou mogen werken.

#### **5.4 Richtlijnen voor de omgang met cytostatica binnen de thuiszorg**

Naar aanleiding van het onderzoek van Meijster, Veldhof en Kromhout (2004) kwamen er van verscheidene kanten initiatieven voor het opstellen van richtlijnen met betrekking tot de omgang met cytostaticapatiënten in de thuiszorg.

Branchevereniging ActiZ is in 2006 in samenwerking met het Integraal Kankercentrum West een project gestart omtrent cytostatica. Deze vakgroep heeft de taak meegekregen om een digitaal instructieprogramma te ontwikkelen dat gericht is op alle medewerkers in de thuiszorg. Het doel van dit programma zal zijn dat iedere medewerker, onafhankelijk van zijn/haar niveau snel en effectief kan opzoeken hoe hij of zij veilig de werkzaamheden met betrekking tot cytostatica kan verrichten. Het programma wordt op cd-rom uitgebracht, met mogelijkheden om dit te integreren in een e-learning programma (Kroeze, 2006).

De thuiszorg was in 1999 één van de eerste sectoren waar de sociale partners en het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid een Arboconvenant hebben afgesproken (FNV Bondgenoten, 1999). In dit convenant stonden fysieke belasting, werkdruk, verzuim- en reïntegratiebeleid en sociale veiligheid centraal. Over gevaarlijke stoffen, of zelfs cytostatica werd niet gerept. Het convenant is in 2005 afgesloten en geëvalueerd. In deze evaluatie is gebleken dat de doelen van dit convenant, "Volledige implementatie van de groene praktijkregels in de thuiszorg" (FNV Bondgenoten, 2005, p.54), niet of gedeeltelijk zijn behaald. In het bijzonder op het gebied van fysieke belasting en agressie en geweld. Als vervolg hierop is de Arbeidsinspectie in 2005 een project gestart waarin Fysieke Belasting en Agressie & Geweld in de thuiszorg centraal staan om zodoende de implementatie van de beleidsregels te toetsen (Arbeidsinspectie, 2005).

Vanwege een toename van het aantal cytostaticapatiënten in de thuiszorg, worden er tijdens dit project enkele monitorvragen gesteld met betrekking tot cytostatica. Uit de eerste resultaten van dit project blijkt dat toediening van cytostatica nog niet op grote schaal voorkomt en dat thuiszorginstellingen en -medewerkers niet alle mogelijke beschermingsmaatregelen in acht nemen (Arbeidsinspectie, 2007c).

#### **5.5 Beschermingsmaatregelen**

Naast bovengenoemde projecten ontstonden er individuele projecten van thuiszorginstellingen en kankercentra om protocollen te ontwikkelen met als doel de blootstelling aan cytostatica in de thuiszorg terug te dringen. Een van deze projecten is ontwikkeld binnen het Transferpunt ThuiszorgTechnologi van het Kwaliteitsinstituut voor Toegepaste ThuisZorgvernieuwing (KITZZ).

Wanneer deze verschillende protocollen en adviezen naast elkaar worden gelegd, blijken ze veel overeen te komen. Te zien is dat de Beleidsregels voor ziekenhuizen als basis zijn gebruikt en vervolgens vertaald zijn naar de thuiszorg<sup>28</sup>.

In alle protocollen komt als belangrijk punt naar voren dat in het patiëntendossier duidelijk moet worden aangegeven dat een patiënt cytostatica krijgt. Voor de invulling van het patiëntendossier is het van belang dat de ziekenhuizen de benodigde informatie verstrekken. Er ligt een taak voor de directie van de thuiszorginstellingen om hier zorg voor te dragen. Als de patiëntdossiers goed worden gelezen, is elke medewerker vervolgens op de hoogte van het feit of een patiënt wel of geen cytostaticakuur verkrijgt.

#### Persoonlijke Beschermingsmiddelen

Het belangrijkste beschermingsmiddel zijn de disposable handschoenen. Zoals reeds vermeld staat in de WIP-richtlijnen (WIP, 2005), moeten medewerkers altijd handschoenen dragen in contact met excreta. Daarnaast is het advies elke twintig minuten en na wisseling van werkzaamheden van handschoenen te wisselen en oude handschoenen te behandelen als besmet afval (Werkgroep oncologieverpleegkundigen Limburg, 2005). Na zichtbare besmetting of beschadiging moeten handschoenen altijd verwisseld worden.

In de WIP-richtlijnen staat ook vermeld dat medewerkers een overschort moeten dragen in mogelijk contact met water of andere vloeistoffen. Met betrekking tot cytostatica wordt dit iets specifieker ingevuld. Gebruik een disposable overschort met lange mouwen (Werkgroep oncologieverpleegkundigen Limburg, 2005) bij:

- Wassen van een cliënt (onder de douche of bij een waskom);
- Opruimen excreta (urine, ontlasting, braaksel)/ legen van ondersteek, po of urinaal;
- Reinigen van besmette oppervlakken door morsen<sup>29</sup>;

Patiënten moeten goed op de hoogte zijn van de beschermingsmaatregelen die een verzorgende zal gaan nemen tijdens haar werkzaamheden. Des te meer de patiënt weet en begrijpt over de voorzorgsmaatregelen die de thuiszorgmedewerker moet nemen, des te minder weerstand zal hij hebben tegen het gebruik van deze beschermingsmaatregelen. Er ontstaat meer begrip en vertrouwen.

#### Schoonmaakprocedure

Ook bij het schoonmaken geldt dat handschoenen dragen het belangrijkste is. Er bestaan nog verschillende meningen over het wel of niet schoonmaken met koud water alvorens er met lauwwarm water en schoonmaakmiddelen wordt schoongemaakt. Het advies is wel om materialen die zichtbaar in contact zijn geweest met excreta, zoals een po, voor te spoelen onder koud water. Hetzelfde geldt voor het toilet. Het toilet moet minimaal een keer per dag worden schoongemaakt met een alkalisch schoonmaakmiddel<sup>30</sup> (ZIBB, 2005).

Voor het schoonmaken van ruimtes gelden dezelfde richtlijnen als in de ziekenhuizen, beschreven in paragraaf 4.5. Belangrijk is dat er gebruik gemaakt wordt van wegwerpdoekjes of microvezeldoekjes. Doekjes en moppen mogen nooit worden uitgespoeld in het sop. Zou dit wel gebeuren dan kunnen er resten van cytostatica achterblijven in het water en zodoende voor verspreiding tijdens het

<sup>28</sup> In bijlage 16 staat een opsomming van de beschermingsmaatregelen die thuiszorgmedewerkers zouden moeten nemen in de omgang met cytostaticapatiënten.

<sup>29</sup> Over richtlijnen rondom incidenten meer in bijlage 16

<sup>30</sup> Bijna elk in de supermarkt verkrijgbaar schoonmaakmiddel is alkalisch.



schoonmaken zorgen (Meijster, Veldhof en Kromhout, 2004). Microvezeldoekjes moeten worden behandeld als besmet wasgoed.

Om het toilet zo min mogelijk te besmetten, is het van belang dat mannelijke cytostaticapatiënten zittend plassen. Daarnaast is het advies om het toilet, met het deksel dicht, minimaal twee keer door te spoelen. Indien patiënten incontinent zijn of diarree hebben, is het wenselijk om disposable onderleggers onder po's en stoelen te leggen.

#### Wasgoed

In de WIP-richtlijnen (2005) staat al vermeld dat medewerkers altijd handschoenen moeten dragen in contact met vuil wasgoed. Indien dit wasgoed van een cytostaticapatiënt betreft, moet het wasgoed koud worden voorgewassen alvorens het op reguliere wijze gewassen kan worden. Daarnaast is het van belang dat wasgoed zo snel mogelijk wordt uitgewassen. Is dit niet mogelijk dan moet wasgoed apart bewaard worden in een afgesloten plastic zak.

Ter bescherming van het bed en de verzorgende die het bed afhaalt, is het te adviseren om een plastic hoes om de matras en het kussen van een cytostaticapatiënt te doen. Met name wanneer een patiënt bedlegerig of incontinent is.

Ook sperma en vaginaalvocht kunnen tot 7 dagen na toediening van het cytostaticum besmet zijn. Condooms beschermen voldoende tegen besmetting met cytostatica.

Braaksel kan sporen van cytostatica bevatten tot 2 uur na orale toediening en 7 dagen na een infuusbehandeling (Werkgroep oncologieverpleegkundigen Limburg, 2005).

Besmet afval kan bij het gewone afval maar wel in een goed afgesloten, dubbele vuilniszak.

#### Medewerkers

Gezien cytostatica een reprotoxisch effect kan hebben, moet er extra aandacht besteed worden aan medewerkers die zwanger zijn of borstvoeding geven. In het Arbobesluit artikel 1.42 staat: "Organiseer het werk van een medewerkster die zwanger is of borstvoeding geeft, zodanig dat dit geen gevaren oplevert voor haar veiligheid en gezondheid en geen terugslag kan veroorzaken" (FNV, 2003, p. 2). Indien er strikt aan de in deze paragraaf genoemde adviezen wordt voldaan, is het niet nodig zwangere medewerkers of medewerkers die borstvoeding geven volledig uit te sluiten van het werken met cytostaticapatiënten. Vaak wordt dit toch wel geadviseerd, al was het maar op emotionele gronden.

Thuiszorgmedewerkers moeten goed worden voorgelicht over de risico's in het werken met cytostaticapatiënten en de te volgen werkwijze. Des te serieuzer de risico's worden genomen, des te meer beschermingsmaatregelen een verzorgende zal nemen.

## **5.6 Vertaling van het ziekenhuis naar de thuiszorg**

Als de protocollen van de ziekenhuizen en van de thuiszorg naast elkaar gelegd worden, blijken er veel overeenkomsten te zijn. Op enkele punten lijken ze zelfs letterlijk te zijn overgenomen. Maar kan dit wel zo maar? Uit paragraaf 5.2 blijkt dat er grote verschillen zijn tussen het werken in een ziekenhuis en in de thuiszorg. In deze paragraaf wordt onderzocht op welke wijze deze verschillen doorgevoerd zijn in de protocollen van de thuiszorg ten opzichte van de ziekenhuizen.

### Beschermingsmaatregelen

In de meeste ziekenhuizen worden cytostaticapatiënten gewassen met speciale wasdoekjes. Dit voorkomt besmetting door spatten. In de thuiszorg wordt er nog minimaal tot niet gewerkt met wasdoekjes. Men werkt er met een waskom en een washandje. Dit vraagt om extra voorzorgsmaatregelen en zorgt voor extra risico. Pagina: 50  
Deze maatregel van de ziekenhuizen zou door de thuiszorg moeten worden overgenomen.

Een knelpunt tijdens het wassen van patiënten is het dragen van handschoenen. In de ziekenhuizen wordt dit al als klantvriendelijk beschouwd. Medewerkers in de thuiszorg werken vanuit de beleving van de cliënt en het dragen van handschoenen zal hier mogelijk een nog groter knelpunt zijn.

Elke kamer in het ziekenhuis heeft zijn eigen toilet. Door cytostaticapatiënten zo veel mogelijk bij elkaar op een kamer te leggen, voorkom je besmetting van derden via het toilet. In de thuiszorg is het veel moeilijker om een toilet te reserveren speciaal voor één persoon gezien niet elk huis meerdere toiletten heeft.

Bij patiënten die bedlegerig zijn, wordt er zowel in de thuiszorg als in de ziekenhuizen gebruik gemaakt van po's. In de ziekenhuizen hebben ze speciale pospoelers voor de reiniging. In de thuiszorg hebben ze deze niet en moet de verzorgende de po zelf afspoelen. Het goed reinigen hiervan kost extra tijd die verzorgenden niet altijd hebben. Dit zorgt voor extra risico.

Een groot verschil tussen het ziekenhuis en de thuiszorg is de beschikbaarheid van materialen. In het ziekenhuis ligt alles bij de hand en zijn er grote voorraden. Pagina: 50  
In de thuiszorg wordt er bij de patiënt thuis gewerkt. Deze persoon wil zich niet altijd patiënt voelen. Hierdoor zullen materialen vaak opgeborgen worden in een kast. Op het moment dat bijvoorbeeld een patiënt moet overgeven, is er vaak niet voldoende tijd om de benodigde beschermingsmiddelen te pakken. Dit resulteert in extra schoonmaakwerk en extra risico.

In ziekenhuizen wordt al het wasgoed op een oncologieafdeling als besmet behandeld. In de wasserij wordt zelfs al het wasgoed van het hele ziekenhuis als besmet behandeld. Dit voorkomt twijfel of iets wel of niet besmet is. In de thuiszorg is dit een stuk lastiger. Het afhalen van beddengoed gebeurt vaak tegelijkertijd met al het andere beddengoed. Om bij één bed extra voorzorgsmaatregelen te treffen, is lastig. Een verzorgende zal dezelfde procedure gebruiken bij alle bedden.

In de protocollen voor de thuiszorg staat dat het wasgoed van een cytostaticapatiënt apart moet worden bewaard en gewassen. Gevolg is dat wasgoed langer blijft liggen omdat de hoeveelheid per dag klein is. De kans op vermenging van besmet en niet besmet wasgoed is dan groot aangezien het moeilijk is om vast te stellen of wasgoed besmet is. Veiliger zou het zijn om al het wasgoed van alle bewoners als besmet te behandelen.

Bij het schoonmaken van een met cytostatica besmette ruimte in het ziekenhuis moet er bij elke ruimte een nieuw schoonmaakdoekje, nieuwe mop en nieuw sop worden gebruikt. Dit is realiseerbaar aangezien de ruimtes groot zijn. Dit in tegenstelling tot de thuiszorg, waar deze werkwijze dan ook niet haalbaar zal zijn.

De reiniging van het sanitair vraagt nog meer aandacht. Net als in de ziekenhuizen zou in de thuiszorg het schoonmaakdoekje en de mop nooit mogen worden uitgespoeld in het sopwater. Dit is echter niet overgenomen in de protocollen voor de thuiszorg. Een nadeel hiervan is dat via het sopwater cytostatica kan worden verspreid en het sanitair nooit helemaal zal worden gereinigd.

Een verzorgende werkt solistisch. De nadelen hiervan zal men met name ervaren tijdens calamiteiten. Een calamiteit komt, als het goed is, zo zelden voor dat veel verzorgenden niet direct weten hoe te

handelen. In het ziekenhuis zijn er voldoende collegae aanwezig die om hulp gevraagd kunnen worden. Bij de thuiszorg zal dit telefonisch moeten gebeuren. Daarnaast zijn er vaak extra beschermingsmaatregelen nodig bij calamiteiten. In de thuiszorg is het van belang dat er bij elke patiënt een calamiteitenkoffer aanwezig is met extra materialen en telefoonnummers.

#### De uitvoering van de richtlijnen

Bij het vertalen van de beleidsregels voor de ziekenhuizen naar de thuiszorg lijken ze soms te star vast te houden aan hun reguliere werkwijze. Dit leidt bij het behandelen van wasgoed en het wassen van patiënten tot extra werk en extra risico. Gevolg zal zijn dat de kans groot is dat werknemers zich niet aan dit protocol houden. Een dilemma hierin is, dat de richtlijnen voor het werken met cytostaticapatiënten niet te veel moeten afwijken van het werken met andere patiënten. Verzorgenden werken met veel verschillende patiënten en het is lastig om bij elke patiënt een andere procedure te volgen.

Een punt waar extra aandacht aan moet worden besteed in de thuiszorg, is de beschikbaarheid van materialen. Willen verzorgenden hun werk zo veilig mogelijk uitvoeren, dan kost dit extra materialen en dus extra geld.

Hetzelfde geldt voor de factor tijd. Verzorgenden worden geacht hun werkzaamheden binnen een bepaalde tijd uit te voeren. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende patiënten. Gezien de extra handelingen die verzorgenden moeten verrichten bij cytostaticapatiënten ten opzichte van andere patiënten, is dit niet realistisch. Pagina: 51 Door deze tijdsdruk is de kans aanwezig dat de procedures niet worden nageleefd.

De richtlijnen zijn opgesteld voor de veiligheid van de medewerkers. Hierbij is geen rekening gehouden met hoe deze beschermingsmaatregelen kunnen overkomen op patiënten. De beleving van patiënten is daarentegen het uitgangspunt van het werk van thuiszorgmedewerkers. Het is aan de medewerker om hier een evenwicht in te vinden. Dit kan verschillen tussen het totaal niet naleven van richtlijnen en daarmee de eigen veiligheid op het spel zetten tot het te strikt naleven van richtlijnen waarbij de klantvriendelijkheid in het geding zal zijn.

## **5.7 Carint en cytostatica**

Net als bijna alle andere thuiszorginstellingen heeft ook Carint te maken met patiënten die een cytostaticakuur verkrijgen. Zowel poliklinisch als door de verpleegkundigen van Carint. Ter bescherming van de veiligheid van de medewerkers bestaan een aantal verschillende protocollen binnen Carint waar de medewerkers zich aan moeten houden.

Vanuit artikel 11 van de Arbeidsomstandighedenwet<sup>31</sup> is het voor werknemers verplicht om melding te maken van een onveilige situatie (FNV, 2003b). Carint heeft voor de melding van onveilige situaties speciale SOS-formulieren gecreëerd<sup>32</sup> (Carint, 2003b). Door signalen zo veel mogelijk op dezelfde wijze te registreren kan Carint een overzicht krijgen van de verschillende onveilige situaties en de frequentie waarin dit voorkomt.

<sup>31</sup> Zie bijlage 13

<sup>32</sup> Zie bijlage 17 voor het Carint protocol 'Signaleren van een onveilige situatie'

### Persoonlijke beschermingsmiddelen

In het protocol 'Persoonlijke beschermingsmiddelen' (Carint, 2006b) worden de richtlijnen voor het gebruik van en de eisen aan beschermende kleding, handschoenen, beschermbrillen en mondkapjes beschreven<sup>33</sup>.

Binnen Carint wordt gebruik gemaakt van handschoenen die voldoende aan de normen NEN-EN 455-1,2 en 3; medische handschoenen voor eenmalig gebruik (NEN, 2007). Deze handschoenen zullen mogelijk niet afdoende zijn in contact met cytostatica. In de bijlage van Beleidsregel 4.18 -5 'Doeltreffende beheersing van de blootstelling aan cytostatica in ziekenhuizen', staat vermeld dat handschoenen moeten voldoen aan Ontw. NEN-EN 374-3. Handschoenen die voldoen aan norm NEN-EN 455, kunnen en mogen volgens de Europese wetgeving niet voldoen aan norm NEN-EN 374-3 (StAZ, 2005). Dit zou inhouden dat de gebruikte handschoenen op den duur cytostatica kunnen doorlaten.

In het protocol staat vermeld dat er altijd handschoenen gedragen moeten worden tijdens contact met wasgoed en in situaties waar er (mogelijk) contact is met excreta.

### Omgaan met excreta na cytostatica

Het protocol 'Omgaan met excreta na cytostatica' (Carint, 2006a) komt grotendeels overeen met de beschermingsmaatregelen<sup>34</sup> genoemd in paragraaf 5.5. Er missen nog wel een aantal zaken in het protocol. Zo staat er onder het kopje 'Braaksel na cytostaticabehandeling' dat braaksel tot twee uur na orale toediening besmet kan zijn. Hierbij is vergeten te vermelden dat het braaksel na een infuusbehandeling van cytostatica, nog maximaal veertien dagen besmet kan zijn.

Daarnaast staat er niets vermeld over de procedure van het wassen van een cytostaticapatiënt, staat er niet expliciet vermeld dat al het wasgoed van een cytostaticapatiënt moet worden behandeld als besmet en mist er de richtlijn dat schoonmaakdoekjes en moppen nooit uitgespoeld mogen worden in het water.

## **5.8 Samenvatting**

Doordat patiënten steeds eerder uit het ziekenhuis worden ontslagen, komt het steeds vaker voor dat cytostaticabehandelingen poliklinisch of door de thuiszorg worden uitgevoerd.

Verzorgenden in de thuiszorg lopen meer risico dan in het ziekenhuis vanwege:

- De attitude van de medewerkers (het risico wordt niet serieus genoeg genomen)
- De werkomgeving (de thuissituatie van de patiënt)
- De patiëntengroep (in de thuiszorg is een caseload veel gevarieerder)
- Bekendheid (het is vaak slecht bekend of een patiënt in de thuiszorg cytostatica krijgt)
- Controle (het is voor leidinggevenden moeilijk zicht te houden op medewerkers in de thuissituatie van een patiënt)

Uit onderzoek van Meijster, Veldhof en Kromhout in 2004 is gebleken dat cytostatica in de thuiszorg vrij veel voorkomt. Het gebruik van beschermingsmiddelen is minder hoog net als de registratie en de informatie vanuit het ziekenhuis.

Er bestaan nog geen specifieke beleidsregels over de omgang met cytostatica in de thuiszorg. De huidige richtlijnen waar thuiszorginstellingen zich aan moeten houden met betrekking tot

<sup>33</sup> In bijlage 18 is het gehele protocol 'Persoonlijke Beschermingsmiddelen' in te zien

<sup>34</sup> In bijlage 19 staat het gehele protocol 'Omgaan met excreta na cytostatica'

arbeidsomstandigheden zijn de Wet op de Arbeidsomstandigheden, de WIP-richtlijnen, de HKZ-normen en de BIG-richtlijnen

De belangrijkste onderwerpen in de protocollen voor de omgang met cytostaticapatiënten in de thuiszorg zijn de Persoonlijke Beschermingmiddelen, de schoonmaakprocedure, het toiletgebruik, de behandeling van het wasgoed, het informatierecht van patiënten, het patiëntendossier en het voorlichten van medewerkers.

Bij het vertalen van de beleidsregels voor de ziekenhuizen naar de thuiszorg lijkt men soms nog te star vast te houden aan hun reguliere werkwijzen. Dit leidt bij het behandelen van wasgoed en het wassen van patiënten tot extra werk en extra risico.

Er bestaat een spanningsveld tussen het opstellen van het beleid en het naleven ervan. Dit spanningsveld komt met name voort uit het feit dat verzorgenden met veel verschillende patiënten werken en hierdoor niet erg van de richtlijnen kunnen afwijken, er extra tijd en geld nodig is voor deze procedures en het moeilijk is een evenwicht te vinden tussen het naleven van regels en klantvriendelijkheid.

Binnen Carint bestaan er drie protocollen die betrekking hebben op het werken met cytostaticapatiënten, te weten 'Signaleren van een onveilige situatie', 'Persoonlijke beschermingsmiddelen' en 'Omgaan met excreta na cytostatica'. Deze protocollen zijn echter niet geheel afdoende. In het laatste protocol missen richtlijnen over schoonmaakdoekjes en moppen, staat niet vermeld dat braaksel na een infuusbehandeling tot veertien dagen besmet kan zijn en hoe er omgegaan moet worden met het wassen van een patiënt.

## 5.9 Discussie

De naleving van de richtlijnen met betrekking tot de omgang met cytostaticapatiënten in de thuiszorg kost extra tijd in vergelijking met andere patiënten. Vanuit het verklaringsmechanisme van Lipsky (1980) is het mogelijk dat verzorgenden routines ontwikkelen om met tijdgebrek om te gaan. Het is niet ondenkbaar dat verzorgenden wegens tijdgebrek niet afwijken van deze routines en dus de richtlijnen voor de omgang met cytostaticapatiënten niet naleven.

De richtlijnen voor de omgang met cytostaticapatiënten zijn al verder toegespitst op de individuele cliënt dan overige richtlijnen. De discretionaire ruimte van verzorgenden wordt hierdoor verder ingeperkt. Vanuit het verklaringsmechanisme van Lipsky (1980) zijn verzorgenden deze discretionaire ruimte nodig om algemene richtlijnen toe te passen op individuele cliënten. Het is een aandachtspunt voor de rest van dit onderzoek, dat de richtlijnen de discretionaire ruimte van verzorgenden niet te veel beperken.

Vanuit het kader van het onderzoek van Mascini (1999) zijn er drie verschillende verklaringsmechanismen te herleiden voor het niet naleven van regels. Er van uitgaande dat de kennis bij verzorgenden voldoende is, dan is het mogelijk dat verzorgenden richtlijnen met betrekking tot het reinigen van wasgoed bewust niet naleven omdat het kan leiden tot vergroting van het risico. De nadelen zijn dan groter dan de voordelen. Een andere verklaringsmechanisme kan zijn dat het opvolgen van de richtlijnen zo veel extra tijd kost dat zij hun werkzaamheden niet afkrijgen in de afgesproken tijd. Zij zijn mogelijk bang hun baan hierdoor te verliezen. Vanuit het verklaringsmechanisme van Mascini (1999) hebben leidinggevenden namelijk veel minder oog voor de nadelen van beleid dan de uitvoerders.

De protocollen voor de omgang met cytostaticapatiënten in thuiszorg zijn vertaald vanuit het ziekenhuis. Tijdens de vertaling is er rekening gehouden met de reguliere werkwijzen in de thuiszorg. Op enkele punten heeft dit er toe geleid dat de richtlijnen voor de omgang met cytostatica nog niet alle risico's uitsluiten. Dat is aan de ene kant positief gezien het verklaringsmechanisme van Pieterman (2001), dat het weg willen nemen van zo veel mogelijk risico's kan leiden tot het uit het oog verliezen van de positieve gevolgen van beleid. Aan de andere kant kan het leiden tot de functionele ontwrichting van de veilige werkomgeving van verzorgenden (Engbersen en Van der Veen, 1992). Vanuit dit hoofdstuk komen enkele mogelijke oorzaken voor het niet veilig werken van verzorgenden in de thuiszorg naar voren. Een perfecte naleving van protocollen kan leiden tot onveilig werken, omdat het protocol niet alle veiligheid garandeert. Daarnaast kost het volgen van de veiligheidsvoorschriften extra tijd.

Naar aanleiding van dit hoofdstuk valt te stellen dat de richtlijnen voor de omgang met cytostaticapatiënten wel zijn te vertalen naar de thuiszorg maar dat er wel rekening mee moet worden gehouden dat dit extra tijd kost. Daarnaast is het voor verzorgenden lastig om richtlijnen op te volgen die gelden bij een enkele patiënt. Hier moet aandacht voor zijn. Wordt deze aandacht en extra tijd niet gegeven, dan kan het beleid voor omgang met cytostaticapatiënten in de thuiszorg zeker leiden tot een spanningsveld tussen het opgestelde beleid en de uitvoering ervan.

# ONDERZOEKS- RESULTATEN

# 6 Casus: thuiszorginstelling Carint

In de voorafgaande hoofdstukken is beschreven aan welke richtlijnen verzorgenden in de thuiszorg zich moeten houden tijdens het werken bij cytostaticapatiënten en welke problemen zij daarbij kunnen ervaren. Om deze punten empirisch te onderbouwen heb ik gekozen voor de casus 'Carint'. Deze casus behelst verschillende gelederen van de organisatie om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen. In dit hoofdstuk zullen de belangrijkste resultaten van de interviews en enquêtes weergeven.

Voor de analyse van de onderzoeksresultaten is er gebruik gemaakt van verklaringsmechanismen vanuit de onderzoeken over de 'street-level theorie' van Lipsky (1980), 'Ongewenste gevolgen van sociaal beleid' van Engbersen en Van der Veen (1992) en 'Risiko's in bedrijf' van Mascini (1999). Door deze bril is er dan ook naar de onderzoeksresultaten gekeken.

## 6.1 De Arbodienst

Elke Carintgroep<sup>35</sup> beschikt over een eigen Arbocommissie. Deze Arbocommissie is het aanspreekpunt voor de Carintgroep met betrekking tot alle arbotechnische onderwerpen. Tevens zijn zij verantwoordelijk voor de communicatie van signalen van medewerkers richting de stafafdeling Arbodienst (Carint, 2005). De Arbodienst op zijn beurt wordt aangestuurd door de arbofunctionaris. Met deze arbofunctionaris is een diepte-interview afgelegd met betrekking tot cytostatica welke besproken wordt in deze paragraaf.

### Het protocol 'Omgaan met excreta na cytostatica'

In 2004 kwamen de eerste signalen binnen bij de commissie Infectie Preventie<sup>36</sup> van Carint dat het percentage patiënten dat een poliklinische cytostaticakuur onderging, groter werd. Door het Kwaliteitsinstituut voor Toegepaste Thuiszorgvernieuwing (KITZ) was er reeds een protocol opgesteld voor de omgang met cytostatica in de thuiszorg. Op basis van dit protocol en de WIP-richtlijnen heeft de commissie Infectie Preventie in 2005 het protocol 'Omgaan met excreta na cytostatica' opgesteld.

Om ervoor te zorgen dat alle protocollen up-to-date blijven, moeten ze elk jaar worden geëvalueerd. De afdeling Kwaliteit vraagt de zorgmanagers om signalen van de werkvloer aan te dragen die Pagina: 56

Voor verbetering van het protocol kunnen zorgen. Deze input is echter zeer mager.

*"Eens per jaar vragen wij de zorgmanagers om hun medewerkers te vragen naar opmerkingen of fouten in protocollen. Of dat zorgmanagers dit ook doen valt te betwijfelen want we krijgen nauwelijks respons".*

<sup>35</sup> Dit zijn: Hof van Twente, Hengelo, Noordoost-Twente/Borne, Voeding, Specifieke diensten en Cliëntenservice

<sup>36</sup> De commissie Infectie Preventie is een onderdeel van de Arbodienst en houdt zich bezig met het ontwikkelen en onderhouden van richtlijnen rondom risico's op infecties.



Op het moment dat er een nieuw protocol is opgesteld of er wijzigingen zijn aangebracht in een bestaand protocol, wordt dit gepresenteerd op het Intranet. Tevens wordt het gemeld in het zorgmanagers overleg. Het is vervolgens de taak van de zorgmanagers om nieuwe en aangepaste protocollen bespreekbaar te maken in het werkoverleg met verzorgenden en verpleegkundigen.

*"Vanuit de directie of de Arbodienst controleren we niet of zorgmanagers hun medewerkers voldoende inlichten. We gaan er van uit dat zorgmanagers hun taak serieus genoeg nemen om dit wel te doen".*

In de praktijk blijkt dit volgens de arbofunctionaris niet altijd het geval te zijn. Vooral verzorgenden zijn onvoldoende op de hoogte van de risico's. De reden hiervoor is bij de arbofunctionaris onbekend.

*"Daarnaast zijn wij van mening dat elke medewerker zelf ook voor een belangrijk deel verantwoordelijk is voor het gezond en veilig werken".*

Er zijn geen richtlijnen voor het wassen van cytostaticapatiënten en het schoonmaken van het huis van een cytostaticapatiënt in het protocol 'Omgaan met excreta na cytostatica' opgenomen, omdat dit niet noodzakelijk leek. Verzorgenden dienen zich bij deze werkzaamheden aan de WIP-richtlijnen te houden.

De kwaliteitseisen voor het inwerkprogramma van nieuwe medewerkers zijn nog in ontwikkeling. Momenteel beslist elke zorgmanagers zelf hoe hij of zij nieuwe medewerkers inwerkt.

Er bestaan geen aparte richtlijnen voor zwangere medewerkers of medewerkers die borstvoeding geven. Het is aan de zorgmanagers om met de betrokken medewerker te overleggen welke werkzaamheden zij nog wel wil uitvoeren. Er bestaan plannen om in de toekomst met een apart protocol te komen voor zwangere medewerkers en medewerkers die borstvoeding geven.

#### Informatie en registratie

Het is de bedoeling dat ziekenhuizen aan Carint doorgeven welke behandeling een patiënt krijgt of heeft gekregen. Dit moet vervolgens worden vastgelegd in het zorgdossier van de patiënt.

*"De directie is constant bezig de contacten met de ziekenhuizen te onderhouden. Zij zijn dan ook van mening dat de overdracht momenteel goed is".*

Er zijn nog geen signalen geweest dat een medewerker er achteraf achter kwam dat een patiënt bij wie zij werkzaam was een cytostaticakuur onderging.

## **6.2 De zorgmanagers**

Alle verzorgenden en verpleegkundigen worden aangestuurd door een zorgmanager. In totaal zijn er binnen Carint 22 zorgmanagers om alle 1410 verzorgenden en verpleegkundigen aan te sturen (Carint, 2007g). Het werkgebied van Carint beslaat een aantal kleine en grote dorpen<sup>37</sup>. Mogelijkerwijs bestaan er verschillen tussen de werkwijzen in een groot dorp en die in een klein dorp. Om deze reden is ervoor gekozen om interviews af te nemen met zorgmanagers uit zowel grote als kleine dorpen. In totaal is er gesproken met vijf verschillende zorgmanagers.

<sup>37</sup> De grotere dorpen zijn Oldenzaal (is officieel een stad maar voor het gemak wordt het in dit onderzoek een groot dorp genoemd), Borne, Markelo, Hengelo, Weerselo, Denekamp, Losser en Goor. De kleinere dorpen zijn Zenderen, Delden, Bentelo, Diepenheim, Hengevelde, Ootmarsum en Overdinkel

### Registratie

In alle dorpen blijkt het sporadisch voor te komen dat patiënten een poliklinische cytostaticakuur ondergaan. Het zelf toedienen van cytostatica aan reumapatiënten door de verpleegkundigen van Carint, door middel van tablet of injectie, blijkt meer voor te komen.

Aantallen of percentages kon geen enkele zorgmanager geven omdat nergens geregistreerd wordt welke behandeling een patiënt krijgt. In het persoonlijke zorgdossier moet dit vermeldt staan, maar dit wordt nergens centraal geregistreerd. Dit is een probleem dat al eerder door Meijster, Veldhof en Kromhout (2004) is onderzocht en kan leiden tot de situatie dat niet alle medewerkers op de hoogte zijn van het feit dat een patiënt cytostatica krijgt.

Wel is in alle dorpen de laatste jaren een toename merkbaar van het aantal poliklinische cytostaticabehandelingen.

Zorgwekkend was dat tijdens een interview één van de zorgmanagers er achter kwam dat er door de verpleegkundigen wel degelijk cytostatica wordt verstrekt aan patiënten met reuma. Deze zorgmanager was hier niet van op de hoogte en was in de veronderstelling dat toediening van cytostatica door de thuiszorg in die regio niet voorkwam. Deze zorgmanager merkte op:

*"Nu ik op de hoogte ben dat wij reumapatiënten behandelen met cytostatica, zal ik hier zeker actie in ondernemen. Ik schrik er best van dat ik hier niet van op de hoogte was".*

### Informatie

Het is volgens de zorgmanagers de bedoeling dat het ziekenhuis doorgeeft welke behandeling een patiënt krijgt. Deze gegevens worden dan verwerkt in het zorgdossier van de patiënt. De meningen over het accuraat doorgeven van informatie door het ziekenhuis verschillen sterk. Zo zei een van de zorgmanagers uit een groot dorp:

*"Ik durf wel bijna met zekerheid te zeggen dat wij niet altijd voldoende informatie krijgen van het ziekenhuis. De communicatie is erg slecht en we komen geregeld achter nieuwe informatie die het ziekenhuis had moeten doorgeven".*

Terwijl een zorgmanager uit een klein dorp opmerkte:

*"Ik heb geen redenen om te vermoeden dat de informatie uit het ziekenhuis niet volledig is. Volgens mij geven zij alles door aan de Meld Zorg Centrale die het dan weer aan ons doorgeeft".*

Een mogelijke oorzaak van het verschil in mening over de ziekenhuizen is de vertrouwensband die een medewerker weet op te bouwen met een patiënt. In de grotere dorpen is er minder continuïteit tussen medewerkers en patiënten dan in kleinere dorpen. Hierdoor ontstaat er in een klein dorp eerder een vertrouwensband tussen medewerker en patiënt. Een patiënt zal dan gemakkelijker vragen stellen en vaker zelf aangeven welke behandeling hij krijgt. Een zorgmanager uit een klein dorp merkte op:

*"Al snel ontstaat er een vertrouwensband tussen de verzorgers en hun cliënten. We zorgen er voor dat een cliënt altijd dezelfde verzorgers heeft en hierdoor krijg je gemakkelijker een vertrouwensband. Cliënten hebben vaak veel vragen over een ziekte en die stellen ze aan onze medewerkers".*

Tegenovergesteld van deze opmerking zei een zorgmanager uit een groot dorp dat:

*"Cliënten zijn de 'geen-vragen-stellen-cultuur' uit het ziekenhuis gewend en stellen hierdoor weinig vragen aan de verzorgenden. Het is moeilijk om een vertrouwensband met cliënten op te bouwen omdat er vaak verschillende medewerkers naar cliënten gaan. Steeds dezelfde is onmogelijk".*

Een ander voordeel van continuïteit tussen medewerkers en patiënten, is dat medewerkers zelf eerder opmerken wanneer er iets veranderd in de behandeling van hun patiënt. Thuiszorgmedewerkers in kleine dorpen verkrijgen dus meer informatie van de patiënt en hechten hierdoor minder waarde aan de informatie van het ziekenhuis.

Alle zorgmanagers gaven aan dat zij bijzonderheden van patiënten bespreken in teamvergaderingen. Opvallend is dat de helft van de zorgmanagers aangaf dat alleen poliklinische cytostaticabehandelingen voor kanker worden gemeld in het team en cytostaticabehandelingen tegen reuma niet. In het bijzonder wanneer deze door de eigen verpleegkundigen worden toegediend, worden ze niet vermeld.

Alle zorgmanagers gaven aan dat wanneer een medewerker voor het eerst gaat werken bij een cytostaticapatiënt, zij gewezen wordt op het protocol 'Omgaan met excreta na cytostatica'.

#### Medewerkers

Grote verschillen tussen de dorpen zijn te vinden in het soort medewerker dat met cytostaticapatiënten mag werken. In de helft van de dorpen mogen alle medewerkers met cytostaticapatiënten werken, terwijl in de kleinere dorpen alleen vaste krachten dit mogen.

De meeste zorgmanagers gaven aan dat ze zwangere medewerkers en medewerkers die borstvoeding geven afraden om met cytostaticapatiënten te werken maar heel streng zijn ze er niet in. Één van de zorgmanagers raadde het zwangere medewerkers niet af om met cytostaticapatiënten te werken omdat:

*"Ik wist niet dat cytostatica gevaarlijk kan zijn voor zwangere vrouwen. Alle medewerkers werken bij ons bij cytostaticapatiënten. Ik zie geen reden om onderscheid te maken".*

#### Protocol

Geen van de zorgmanagers controleert of de medewerkers zich aan het protocol houden. Ze verwachtten dat het dit wel gebeurd. Een van de zorgmanagers zei:

*"Alle protocollen zijn niet bekend bij alle medewerkers. Wanneer iemand voor het eerst gaat werken bij een cytostaticapatiënt vraagt zij aan mij hoe zij om moet gaan met deze patiënt. er heerst bij ons zo'n open cultuur dat mensen niet bang zijn om vragen te stellen".*

Een andere zorgmanager gaf aan:

*"Ik ga er van uit dat medewerkers weten welke protocollen er bestaan maar dat zij ze niet letterlijk uit hun hoofd kennen. Ik verwacht dat zij een protocol raadplegen wanneer ze deze nodig zijn".*

Voor werkzaamheden die buiten het protocol 'Omgaan met excreta na cytostatica' liggen, zoals het wassen van patiënten, moeten medewerkers zich aan het protocol 'Persoonlijke

Beschermingsmiddelen' en de WIP-richtlijnen houden. Ze moeten te allen tijde handschoenen en een overschort bij zich hebben.

Op alle locaties wordt er tijdens het schoonmaken gebruik gemaakt van microvezeldoekjes. De doekjes blijven bij de cliënt thuis en worden daar gewassen als zijnde besmet wasgoed.

Het risico van het werken met cytostaticapatiënten lijkt lang niet door elke zorgmanager even serieus genomen te worden. Dit kan voortkomen uit een gebrek aan kennis. Een van de zorgmanagers:

*"Het schijnt kankerverwekkend te zijn maar volgens mij valt het allemaal wel mee met de risico's van cytostatica en moeten we niet gaan overdrijven".*

Zorgmanagers gaan er van uit dat verzorgenden serieus omgaan met de risico's van het werken met cytostaticapatiënten. Een van de zorgmanagers merkte op:

*"Ik heb het gevoel dat iedereen serieus omgaat met de risico's en elkaar wijzen op hoe zaken zouden moeten lopen. Dat ze elkaar wijzen op de risico's."*

### 6.3 De verzorgenden

Bij Carint werken in totaal 1410 verzorgenden<sup>38</sup>. Om een goed beeld te krijgen van de ervaringen die deze verzorgenden hebben in het werken met cytostaticapatiënten, wilde ik zo veel mogelijk verzorgenden spreken. Door middel van enquêtes<sup>39</sup> is de steekproef zo groot mogelijk geworden. Daarnaast heb ik nog een aantal verzorgenden persoonlijk gesproken tijdens het uitreiken en toelichten van de enquête. In totaal heb ik ongeveer veertig verzorgenden gesproken en negentig enquêtes ingevuld retour gekregen (200 verspreid) van zes verschillende locaties<sup>40</sup>.

Op basis van de literatuur en de interviews met de Arbodienst en de zorgmanagers van Carint heb ik een enquête opgesteld voor de verzorgenden binnen de thuiszorg van Carint. De nadruk in de enquêtes is gelegd op de beschermingsmaatregelen die medewerkers nemen tijdens het verrichten van bepaalde werkzaamheden bij cytostaticapatiënten. Uit eerder onderzoek (Meijster, Veldhof & Kromhout, 2003) is gebleken dat het wassen van patiënten, het reinigen van het wasgoed en het schoonmaken van het sanitair de grootste risicogebieden zijn. Dit zijn dan ook belangrijke items geweest in de enquête en de gesprekken met verzorgenden. Daarnaast is het huidige protocol van Carint 'Omgang met excreta na cytostatica' erin verwerkt om te onderzoeken of de verzorgenden weten van het bestaan van dit protocol en of zij zich er aan houden.

#### Achtergrondinformatie

De respondenten zijn redelijk gelijk verdeeld over de verschillende functies, te weten thuishulp (20%), verzorgende B (33 %), verzorgende C/D (27 %) en wijkziekenverzorgende (18 %).

De leeftijd van de respondenten is erg gevarieerd; de jongste is 21 jaar en de oudste 61 jaar. Gemiddelde leeftijd is ongeveer 42 jaar. Dit verschil is logischerwijs ook terug te zien in het aantal jaren dat de respondenten in dienst zijn bij Carint. De verzorgende die het kortst bij Carint werkt is nog geen jaar in dienst en de langste al 24 jaar. Het gemiddelde is ongeveer 7 jaar.

<sup>38</sup> In bijlage 20 staat een uitleg van de verschillende functies binnen de verzorging van Carint.

<sup>39</sup> Zie bijlage 21 voor de enquête die is verspreid onder de verzorgenden van Carint

<sup>40</sup> In bijlage 22 staan alle uitkomsten van de enquête

De grootste groep respondenten heeft een vorm van MBO-VZ<sup>41</sup> gevolgd (51 %), waarvan ongeveer de helft niveau 2 heeft behaald. Van de rest van de verzorgenden heeft 22 % een andere MBO-opleiding genoten en 15% HBO-V.

Ongeveer de helft van de verzorgenden wilde iets zeggen over hun eerdere werkervaring. Deze ervaringen waren gelijk verdeeld over verzorgings- of verpleeghuis, een andere thuiszorginstelling en iets totaal anders.

#### Werken met cytostaticapatiënten

In de gesprekken met de verzorgenden leek naar voren te komen dat het werken met cytostaticapatiënten niet veel voorkomt. Ongeveer een kwart gaf aan wel eens met cytostaticapatiënten te hebben gewerkt. Één van de huishulpen:

*"Ik heb wel eens eten klaargemaakt bij een cliënt die een chemokuur kreeg in het ziekenhuis. Ik maakte daar alleen eten klaar en gedroeg mij daar niet anders dan normaal want ik kwam niet in aanraking met de cliënt."*

Uit de enquêtes kwam echter naar voren dat 50 % van de verzorgenden al eens met cytostaticapatiënten had gewerkt. Onderstaande tabel geeft weer hoe de ervaring in het werken met cytostaticapatiënten is verdeeld onder de verschillende functies. Opvallend is het lage percentage huishulpen dat ooit bij een cytostaticapatiënt heeft gewerkt.

Tabel 6.1 Ervaring met cytostatica \* Functie Crosstabulation in percentages

		Functie					Totaal
		Thuishulp	Verzorgende B	Verzorgende C/D	Wijkziken-verzorgende	Onbekend	
Ervaring met cytostatica	Ja	7,1	12,5	14,3	12,5	3,6	50,0
	Nee	12,5	21,4	12,5	1,8	1,8	50,0
Total		19,6	33,9	26,8	14,3	5,4	100,0

De verzorgenden vertelden tijdens de introductie van de enquête dat het bijna altijd gemeld werd in het team wanneer er een patiënt was aangemeld die een cytostaticakuur onderging. Uit de enquête bleek dat 56 % van de verzorgenden die ooit met cytostaticapatiënten heeft gewerkt, dit van de leidinggevende te horen had gekregen. Een derde had het gelezen in het zorgdossier en 41 % had het te horen gekregen van collegae. Daarnaast had 30 % van de verzorgenden van de patiënt zelf te horen gekregen dat hij of zij een cytostaticakuur onderging. Deze 30 % is grotendeels werkzaam in een kleiner dorp.

Slechts 3 procent heeft ooit meegemaakt dat ze er achteraf achterkwamen dat een patiënt cytostatica kreeg. Een van de verzorgende zei:

*"Ik kom al maanden bij een vrouw die reuma heeft en help haar in het huishouden en het eten en de medicijnen. Ik geef haar tabletten en kwam er gisteren achter dat dit cytostaticatabletten zijn."*

<sup>41</sup> MBO-VZ is MBO verzorging. Momenteel bestaat er de mogelijkheid om af te studeren op niveau 1, 2 of 3. Voorheen, toen het nog MDGO-VZ heette, bestond er alleen een verschil tussen lang en kort.

In de enquête werd de open vraag gesteld wat de verzorgenden af wisten van de risico's in het werken met cytostaticapatiënten. Bijna 60 % van alle respondenten wist dat er een zeker risico aan zit, maar wat dat risico is, daar bleef men een beetje vaag in. Het gebrek aan kennis over de risico's komt mogelijk voort uit een gebrek aan kennis van de zorgmanagers en onvoldoende implementatie van protocollen. Enkele antwoorden van verzorgenden:

*"Via excreta kan een bepaalde hoeveelheid cytostatica het lichaam verlaten en je kunt hier dus mee in aanraking komen. Dat deze mensen erg kwetsbaar zijn. Als je zelf bv verkouden bent kun je er beter niet naar toe gaan".*

*"Dat weet ik niet zo, maar voor je gevoel wil je alles zo hygiënisch mogelijk doen."*

*"Aanraking ervan kan straling bevatten de eerste uren / dagen na een bestralingskuur."*

*"Besmetting met cytostatica als je niet de nodige voorzorgsmaatregelen neemt en met name een probleem als je regelmatig in aanraking komt met cytostatica."*

*"Cytostatica zijn gevaarlijke stoffen, ze kunnen bij verkeerd handelen schade toerichten aan de afbraak van cellen in brede zin."*

*"In de cytostatica zitten stoffen die celgroei stoppen of verminderen. Door in aanraking te komen met de uitscheiding van de patiënt loop je als zorgverlener de kans om besmet te worden met als gevolg dat de gezonde celgroei gestopt wordt."*

Bijna iedereen (94 %) was van mening dat het risico door hun zorgmanagers redelijk tot heel serieus werd genomen.

#### Het protocol

In de gesprekken met de verzorgenden bleek dat het overgrote deel op de hoogte was van het bestaan van het protocol 'Omgang met excreta na cytostatica'. In de enquêtes werd dit bevestigd door 84 % van de respondenten. Bij 44 % van de respondenten had de leidinggevende hen gewezen op het protocol, bij 30 % de collegae en 22 % kende het protocol al. 59 % procent gaf aan het protocol echter nog nooit gelezen of gebruikt te hebben. Het grootste percentage dat het protocol nog nooit had gelezen of gebruikt, gaf als reden op dat ze ook nog nooit met cytostaticapatiënten hadden gewerkt.

Tabel 6.2 Reden van nooit gebruiken \* Bekendheid met het protocol Crosstabulation in percentages

		Bekendheid met het protocol			Total
		Gelezen maar nooit gebruikt	Ja, maar nooit gelezen	Nee, niet bekend	
Reden van nooit gebruiken	1	34,4	28,1		62,5
	3	6,3	6,3	3,1	15,6
	4	3,1	15,6	3,1	21,9
Total		43,8	50,0	6,3	100,0

1 = Ik heb nog nooit met cytostaticapatiënten gewerkt 3 = Ik ben nooit gewezen op het protocol

4 = Ik heb de informatie mondeling gekregen

### Wassen

Tijdens de gesprekken met verzorgenden werd de indruk gewekt dat het wassen van cytostaticapatiënten sporadisch voorkwam. Uit de enquêtes kwam naar voren dat toch maar liefst 29 % van de verzorgenden ooit een cytostaticapatiënt heeft gewassen, waarvan 21 % onder de douche en 11 % bij een waskom.

De voorzorgsmaatregelen die de verzorgenden troffen bij het wassen van een patiënt waren goed. 82 % zegt handschoenen te hebben gedragen, 71 % een disposable overschort en 25 % zegt ook disposable onderlegger te hebben gebruikt. Het is positief dat bijna alle verzorgenden die antwoordden wel eens een cytostaticapatiënt te hebben gewassen, tevens antwoordden dat ze toen handschoenen en een overschort hebben gebruikt. Het niet dragen van handschoenen komt mogelijk voort uit het feit dat het dragen van handschoenen kan leiden tot functionele ontwrichting van de relatie met de patiënt. Een van de verzorgende antwoordde:

*"Ik draag niet altijd handschoenen bij het wassen van een cliënt. Ik heb er moeite mee om handschoenen te dragen als ik iemand aanraak. Ik vind dat klantvriendelijk. Heel afstandelijk. Maar voor mijn veiligheid doe ik het meestal wel. Ik leg dan wel uit aan de cliënt waarom ik handschoenen draag. Dat helpt wel".*

Het meest opvallende onderdeel was het reinigen van de vuile was. Uit de gesprekken bleek al dat de verzorgenden niet veel afwisten van de beschermingsmaatregelen bij het behandelen van wasgoed van cytostaticapatiënten. Een van de verzorgende:

*"Ik heb wel eens de was gedaan bij een cliënt die een chemokuur kreeg maar dat deed ik niet anders dan normaal. Het beddengoed waste ik wel heter dan normaal. Ik bewaarde het wasgoed niet apart van de rest, dat is te veel gedoe".*

Uit de enquête blijkt dat 23 % van de verzorgenden al eens de was heeft gedaan bij een cytostaticapatiënt. De voorzorgsmaatregelen die zij troffen en zouden treffen in de toekomst, staan in onderstaande tabel.

*Tabel 6.3 Welke voorzorgsmaatregelen treffen verzorgenden die al eens de was hebben gedaan bij een cytostaticapatiënt*

Antwoord	Percentage
Gewoon wassen als elke andere was	38
Handschoenen dragen bij het in de wasmachine stoppen	77
Handschoenen dragen bij het afhalen van beddengoed	69
Een mondkapje dragen	0
Op extra heet programma wassen	15
Koud voorwassen, daarna normaal programma	0
Apart wassen van andere was	54

Opvallend is dat geen enkele verzorgende die ooit de was heeft gedaan bij een cytostaticapatiënt, dit koud heeft voorgewassen, terwijl dit wel vermeld staat in het protocol. Een mogelijke reden hiervoor is de onwerkbaarheid van de richtlijnen of een gebrek aan kennis. Binnen hun discretionaire ruimte bepalen de verzorgenden zelf of zij zich wel of niet aan de richtlijnen houden in een specifieke situatie. Toch zegt 89 % van de verzorgenden beschermingsmaatregelen bij het reinigen van wasgoed wel heel belangrijk te vinden. Hoewel een van de verzorgenden opmerkt:

"Je moet geen 'overdreven' maatregelen gaan nemen in vergelijking met het ziekenhuis maar meer reële maatregelen."

Als we kijken naar de eigenschappen van de respondenten die de verschillende antwoorden hebben gegeven, blijken er geen grote verschillen te zitten tussen de functies en de grote van het dorp waar een verzorgende werkt.

Tabel 6.4 Eigenschappen van de respondenten per antwoord op vraag 16 in procenten

Beschermingsmaatregelen	Opleiding					Dorp	
	Thuishulp	Verz. B	Verz. C/D	Wijkz.verz.	Onbekend	Groot	Klein
Gewoon wassen als elke andere was	0	44	20	24	11	45	55
Handschoenen dragen bij het in de wasmachine stoppen	20	35	25	14	6	53	47
Handschoenen dragen bij het afhalen van beddengoed	21	36	23	15	5	57	43
Een mondkapje dragen	0	0	100	0	0	100	0
Op extra heet programma wassen	11	33	11	30	14	44	56
Koud voorwassen, daarna normaal programma	50	0	50	0	0	100	0
Apart wassen van andere was	27	27	25	15	6	59	41

#### Toiletgebruik bedlegerige patiënt

Verzorgenden blijken redelijk goed op de hoogte te zijn van de beschermingsmaatregelen die ze moeten nemen bij het ondersteunen van het toiletgebruik van een bedlegerige patiënt. Bijna allemaal zouden ze handschoenen dragen en driekwart ook een overschort. Toch zou maar 28 % de ondersteek eerst voorspoelen met koud water, terwijl dit wel vermeld staat in het protocol. 41 % zou het extra heet afwassen, dit heeft geen enkele nut en er kunnen zelfs schadelijke dampen door ontstaan.

#### Schoonmaak

Een derde van de respondenten heeft wel eens schoongemaakt bij een cytostaticapatiënt. Van deze respondenten gaf 20 % aan niet anders schoon te maken dan bij andere mensen, 53 % trok handschoenen aan terwijl ze dit normaal niet doen en 13 % nam alles twee keer af met een sopje. Een klein percentage geeft aan wegwerpdoekjes te gebruiken in plaats van de reguliere microvezeldoekjes. Dit is opvallend gezien zij een veiligheidsrisico lopen door het gebruik van wegwerpdoekjes in plaats van microvezeldoekjes. De reden hiervoor is mogelijk een gebrek aan kennis.

Helaas was de vraag uit de enquête te algemeen waardoor er niet echt een duidelijk beeld is gecreëerd over hoe verzorgenden omgaan met het schoonmaken van het huis en dan met name het toilet van een cytostaticapatiënt.



## 6.4 Samenvatting

Er bestaat een commissie Infectie Preventie. Zij hebben in 2005 het protocol 'Omgaan met excreta na cytostatica' opgesteld en evalueren het jaarlijks. Er komt weinig input van de medewerkers over fouten of verbeteringen. Het aantal cytostaticapatiënten wordt nergens geregistreerd. Ziekenhuizen behoren door te geven welke behandeling een patiënt krijgt. Er zijn nog geen signalen bij de Arbofunctionaris gekomen dat hierin wel eens fouten in zijn gemaakt. De zorgmanagers verschillen hierin van mening.

De risico's van cytostatica lijken niet door alle zorgmanagers even serieus genomen te worden. Tevens is de kennis over de risico's onder zorgmanagers onvoldoende. Bijna 60 % van de verzorgenden weet dat er een risico zit aan het werken met cytostaticapatiënten. Bijna iedereen (94 %) is van mening dat het risico door hun zorgmanagers redelijk tot heel serieus wordt genomen.

Er bestaat geen inwerkprotocol op apart protocol voor zwangere medewerkers. Medewerkers zijn zelf gedeeltelijk verantwoordelijk voor het vergaren van benodigde kennis. Zorgmanagers geven aan dat medewerkers de informatie krijgen op het moment dat dit nodig is en verwachten dat ze er dan ook naar vragen. Er bestaat geen incidentenprotocol of incidentenkoffer.

Bijzonderheden worden in de teamvergaderingen vermeld. Met name poliklinische cytostaticabehandelingen worden gemeld. Bij reumapatiënten gebeurt dit niet even consequent.

De helft van de verzorgenden heeft ooit met een cytostaticapatiënt gewerkt. Ruim de helft kreeg dit gemeld van haar leidinggevende, 41 % van collegae, een derde las het in het zorgdossier en eenzelfde percentage hoorde het van de patiënt zelf. Slechts 3 procent van de ondervraagden heeft ooit meegemaakt dat ze er achteraf achterkwamen dat een patiënt cytostatica kreeg.

Van alle verzorgenden die ooit met cytostatica heeft gewerkt, blijkt 85 % van te voren op de hoogte te zijn gesteld van het feit dat Carint hier een protocol voor heeft.

Bijna een derde heeft ooit een cytostaticapatiënt gewassen en het overgrote deel treft hierbij de juiste voorzorgsmaatregelen. 23 % van de verzorgenden heeft ooit de was gedaan bij een cytostaticapatiënt. Geen van deze verzorgenden heeft de was koud voorgewassen terwijl dit wel in het protocol 'Omgaan met excreta na cytostatica' vermeld staat. Ook het koud voorspoelen van de ondersteek gebeurt minimaal.

Opvallend is dat ruim de helft van de verzorgenden die wel eens heeft schoongemaakt bij een cytostaticapatiënt zegt op dat moment handschoenen aan te trekken terwijl ze dit normaal niet doen. Er wordt in alle teams gebruik gemaakt van microvezeldoekjes welke worden uitgewassen bij de patiënt thuis.

Concluderend valt te stellen dat het overgrote deel van de verzorgenden af weet van het bestaan van het protocol 'Omgaan met excreta na cytostatica' maar zich er slecht aan houdt, hoewel ze wel aangeven beschermingsmiddelen belangrijk te vinden.

## 6.5 Discussie

De verzorgenden van Carint zelf spreken weinig over tijdgebrek. Mogelijk hebben zij al eigen routines ontwikkeld waardoor zij dit tijdgebrek anders ervaren (Lipsky, 1980). Zij krijgen van hun leidinggevenden alle ruimte om de algemene regels aan te passen op de individuele cliënten. De zorgmanagers hebben veel vertrouwen in hun verzorgenden. Gezien het percentage verzorgenden dat

zich in alle situaties aan het protocol houdt, is dit vertrouwen niet terecht. Mogelijk maken de verzorgenden misbruik van het vertrouwen en de minimale controle.

Door enkele verzorgenden wordt er aangegeven dat zij het wassen van patiënten met handschoenen ervaren als klantvriendelijk. Een mogelijke verklaring voor het wassen van patiënten zonder handschoenen is dat verzorgenden ervaren dat naleving van deze richtlijn kan leiden tot functionele ontwrichting van de relatie met de cliënt (Engbersen & Van der Veen, 1992). Tevens is het mogelijk dat de verzorgenden het nadeel van opvolgen van het protocol groter vinden dan het voordeel (Mascini, 1999).

Er valt te concluderen dat verzorgenden van Carint op meerdere punten de protocollen niet naleven. Mogelijke verklaring hiervoor is een gebrek aan kennis waardoor ze het protocol 'niet zinvol' vinden (Mascini, 1999).

De leidinggevenden verwachten dat de verzorgenden zich aan de protocollen houden, terwijl dit niet terecht is. Mogelijke verklaring hiervoor komt voort uit het verklaringsmechanisme van Mascini (1999) dat leidinggevenden de nadelen van naleving van regels niet ervaren.

De implementatiestijlen van de zorgmanagers verschillen tussen opleggen en informeren (Mascini, 1999). Er lijkt geen verband te zijn tussen de naleving van protocollen en de stijl van implementeren. Beide implementatiestijlen scoren even slecht. Mogelijk is het zelfvertrouwen van de verzorgenden dermate hoog dat 'overleggen' een betere implementatiestijl zal zijn.

De naleving van het protocol blijkt uit dit hoofdstuk een van de belangrijkste oorzaken van onveilig werken van verzorgenden in de thuiszorg bij cytostaticapatiënten.

Verzorgenden van Carint ervaren problemen met enkele onderdelen van het protocol 'Omgaan met excreta na cytostatica'. Het is een mogelijkheid dat deze problemen ontstaan doordat het protocol is vertaald vanuit het ziekenhuisbeleid en daardoor niet goed aansluit bij het werk van een verzorgende in de thuiszorg.

Er blijkt inderdaad een spanningsveld te zijn tussen het opgestelde beleid voor de thuiszorg en de uitvoering hiervan. De oorzaken hiervan zijn tijdsdruk, slechte controle, gebrek aan kennis en matige implementatie.

# 7 Analyse

In dit hoofdstuk zullen de achtergrondliteratuur en de empirische gegevens worden bekeken vanuit het perspectief van de gekozen verklaringsmechanismen. Er volgt een analyse van alle gegevens welke zal leiden tot de conclusies in het volgende hoofdstuk.

## 7.1 Analysemethoden

Dit onderzoek bestaat uit een kwantitatief en een kwalitatief component. Om het totaal van gegevens te analyseren is er gebruik gemaakt van codering (Babbie, 2004 & Maxwell, 1996), zowel bij de kwalitatieve als kwantitatieve gegevens. De kwalitatieve gegevens uit de interviews zijn gecodeerd tot categorieën zodat ze te combineren waren met de kwantitatieve gegevens uit de enquêtes.

Alle kwantitatieve gegevens zijn van nominaal meetniveau, waardoor de gegevens door middel van SPSS waren te verwerken. Er is een SPSS-codeboek opgesteld om gebruik te kunnen maken van kruistabellen. Deze kruistabellen hebben mij geholpen verbanden te leggen tussen verschillende antwoorden.

De empirische gegevens staan niet op zichzelf maar komen voort uit de achtergrondliteratuur. Door de literatuur op een zelfde wijze te coderen, was er een analyse te maken van de empirie in relatie tot de literatuur. Deze worden vervolgens bekeken vanuit de theorieën van Lipsky (1980), Mascini (1999) en Van Engbersen & van der Veen (1992).

## 7.2 Resultaten van de analyse

Wanneer we het ontstaan van Carint leggen naast het ontstaan van de thuiszorg, beschreven in de onderzoeken van Van der Kolk-Kousenmaker (2005) en Wiegman (2007), dan valt op dat Carint een soort gelijke ontwikkeling heeft doorgemaakt met betrekking tot ontstaan, diversiteit en samenwerking, als de thuiszorg in het algemeen. Carint is een instelling dat voldoet aan het algemene beeld dat is geschetst in bovenstaande onderzoeken en is dus een representatief gekozen casus.

### Financiering van de thuiszorg

De overheid heeft door middel van de WMO gezorgd voor concurrentie in de thuiszorg. Concurrentie kan leiden tot het steeds goedkoper aanbieden van zorg, iets wat kan resulteren in slechtere arbeidsomstandigheden. Door een nieuwe wet kunnen de arbeidsomstandigheden in het geding komen, terwijl de overheid aan de andere kant door middel van de Arbeidsinspectie ervoor wil zorgen dat de arbeidsomstandigheden hoog blijven. Bekeken vanuit het 'precautionary principle' (Pieterman, 2001), had de WMO nooit uitgevoerd mogen worden totdat bewezen is dat het niet kan leiden tot verslechtering van de arbeidsomstandigheden.

De WMO is een goed voorbeeld van beleid met onbedoelde effecten (Van der Veen & Engbersen, 1992). De overheid wil door middel van de WMO concurrentie in de zorg bedingen om zo de kwaliteit van de zorg te verbeteren. We zien echter een mogelijke functionele ontwrichting ontstaan. De WMO kan leiden tot de ontwikkeling van monopolisten, iets wat door de Nederlandse Mededingingsautoriteit

(NMA) juist wordt tegengegaan. Indien organisaties het ontwikkelen van een monopolist tot doelstelling hebben zouden zij dit kunnen bereiken door middel van exploitatie van de WMO.

### Kwaliteitsbeheer

Elke organisatie is verplicht zich aan de Wet op de Arbeidsomstandigheden te houden. Voor de precieze invulling hiervan hebben organisaties een eigen discretionaire ruimte. Het onderwerp 'werken met cytostatica in de thuiszorg' bewijst dat deze discretionaire ruimte ook te groot kan zijn. Een organisatie zoals Carint, stelt zelf een protocol op voor de omgang met cytostatica maar deze blijkt niet volledig en leidt hierdoor tot onveilige werkomstandigheden. Carint voldoet met het protocol 'Omgaan met excreta na cytostatica' (Carint, 2006a) niet aan de Wet op de Arbeidsomstandigheden.

Vanuit de BIG-richtlijnen moeten medewerkers goed op de hoogte zijn van protocollen anders zijn ze niet bekwaam en mogen ze de werkzaamheden niet uitoefenen. Uit de enquêtes en de interviews blijkt dat verzorgenden en ook de zorgmanagers van Carint niet goed op de hoogte zijn van de risico's en de werkwijze. Dit staat haaks op de visie van Carint waarin professionaliteit en up-to-date kennis een hoge prioriteit hebben. Dit verschil is voor een deel te verklaren uit de discretionaire ruimte die de zorgmanagers hebben (Lipsky, 1980). De zorgmanagers hebben de taak om de kennis van hun team up-to-date te houden. Het zicht van de zorgmanagers op de kennis en kunde van de verzorgende is echter onvoldoende omdat de verzorgenden moeilijk te controleren zijn. Daarnaast blijkt er weinig aandacht voor scholing door verzorgenden en zorgmanagers omdat dit extra tijd kost.

Dat verzorgenden van Carint weinig melding maken van onveilige situaties, valt te verklaren vanuit de theorie van Mascini (1999). Volgens Mascini nemen street-level bureaucraten risico's minder serieus omdat zij zelf de situatie kunnen aanpassen terwijl de leidinggevende hiervoor afhankelijk is van zijn ondergeschikten. Verzorgenden zien een situatie daarom minder snel als onveilig. Dit is echter geen verantwoorde werkwijze. Op het moment dat zich een situatie voordoet waarbij een verzorgende in aanraking komt met cytostatica, is oplossen van de situatie niet meer mogelijk. Het enige dat verzorgenden op dat moment doen is zichzelf geruststellen door zich zo goed mogelijk te wassen. Dit is echter schijn geruststelling (Van der Veen & Engbersen, 1992).

Zorgmanagers zeggen zelf veel waarde te hechten aan het protocol 'Omgaan met excreta na cytostatica' (Carint, 2006a) en ze gaan er van uit dat verzorgenden dit ook doen. De verzorgenden zelf blijken echter het protocol niet goed na te leven. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de zorgmanagers de nadelen van dit protocol niet ervaren in tegenstelling tot de verzorgenden.

### Informatie en registratie

Het verkrijgen van de juiste informatie over een patiënt blijkt een probleem binnen alle thuiszorginstellingen, zowel intern als extern. Intern blijkt dat er onvoldoende informatie wordt gedeeld. Dit is mogelijk te verklaren uit het feit dat verpleegkundigen en verzorgenden street-level bureaucraten zijn, die het grootste gedeelte van de dag werkzaam zijn binnen hun eigen discretionaire ruimte (Lipsky, 1980). Ze zijn bezig met hun eigen werkwijze en hun eigen cliënten. De kans bestaat dat medewerkers zo solistisch werken, dat zij er niet meer aan denken anderen te informeren. Hun eigen handelswijze heeft prioriteit. Het registreren ten behoeve van de informatie van anderen kost extra tijd, tijd die ze niet kunnen besteden aan hun eigen cliënten. Bewust of onbewust zal bij tijdgebrek, iets wat verzorgenden altijd hebben, de keuze van invulling van hun tijd vaak naar hun eigen cliënten gaan.

Het informeren van collegae is een ongeschreven regel. Onvoldoende informeren gebeurt met name onbewust en zonder opzet. Het aanscherpen van deze regels zal mogelijk zinvol zijn.

### Naleving van protocollen

Uit de survey is gebleken dat verzorgenden zich niet voldoende houden aan het protocol 'Omgaan met excreta na cytostatica' (Carint, 2006a). Een verklaring hiervoor kan zijn dat het vanwege de toenemende tijdsdruk moeilijk is voor verzorgenden de werkzaamheden aan te passen aan de individuele cliënt. Dit houdt in dat de verzorgende steeds meer algemene routines ontwikkeld die hij toepast bij elke cliënt, dus ook bij cytostaticapatiënten.

De protocollen van Carint zijn met name opgesteld om de veiligheid van de medewerkers te waarborgen. De beleving van de cliënt is hier minimaal in meegenomen, terwijl dit het uitgangspunt moet zijn in het werk van verzorgenden binnen Carint (Carint, 2005). Binnen de discretionaire ruimte van de verzorgenden proberen zij zo veel mogelijk de protocollen aan te passen aan deze visie.

Verzorgenden zijn bij elke patiënt verplicht om handschoenen te dragen bij mogelijk contact met excreta. Het dragen van handschoenen bij het wassen van patiënten wordt ervaren als klantvriendelijk en mede daardoor slecht nageleefd. Verzorgenden zijn van mening dat het protocol 'Omgaan met excreta na cytostatica' (Carint, 2006a) zorgt voor functionele ontwrichting van de relatie van de verzorgende met de cliënt (Engbersen & Van der Veen, 1992).

Wanneer we kijken naar de theorie van Mascini (1999) zijn er een aantal mogelijk oorzaken voor het niet dragen van handschoenen. De eerste oorzaak is dat het te veel moeite kost. Verzorgenden hebben geen zin om elke keer handschoenen aan en uit te trekken. Of ze nemen niet de moeite om patiënten uit te leggen waarom ze de handschoenen moeten dragen en dragen ze daarom maar niet. Uitleg zou de klantvriendelijkheid verhogen en als gevolg hebben dat de verzorgenden de handschoenen wel kunnen dragen. Een andere reden is dat verzorgenden het behouden van de klantvriendelijkheid belangrijker vinden dan het beschermen van hun eigen gezondheid. Een laatste mogelijkheid is dat de verzorgenden het dragen van handschoenen niet zinvol vinden omdat ze het risico niet serieus nemen. De laatste twee verklaringen hebben dezelfde oorzaak, namelijk dat de verzorgende niet voldoende is voorgelicht over de risico's. Zou hij dit wel zijn, dan is de kans veel kleiner dat hij de klantvriendelijkheid belangrijker zou vinden dan zijn eigen veiligheid.

Wat precies de reden van de verzorgenden binnen Carint is, is niet vast te stellen. Daarvoor is nader onderzoek nodig. Wel is duidelijk dat betere voorlichting en strenger toezicht op het naleven van deze richtlijn, bevorderlijk zal werken.

### Beschermingsmaatregelen

In het protocol 'Omgaan met excreta na cytostatica', staat beschreven dat medewerkers besmet wasgoed apart moeten wassen. Dit is niet reëel omdat besmetting niet altijd zichtbaar is. Hierdoor bestaat er kans op blootstelling aan cytostatica. Het beleid zorgt voor functionele ontwrichting van de veilige werkomgeving van de verzorgende (Engbersen & Van der Veen, 1992). Het niet opvolgen van deze richtlijnen zou dan ook te verklaren zijn, aangezien de nadelen van naleving groter zijn dan de voordelen (Mascini, 1999). Opvallend is dat de meerderheid van de verzorgenden zegt besmet wasgoed inderdaad apart te wassen. Een verklaring hiervoor kan zijn dat zij niet voldoende op de hoogte zijn van de besmetting van wasgoed en de risico's die dit met zich meebrengt of dat verzorgenden zich zonder er over na te denken aan protocollen houden. Gezien de resultaten is de laatste verklaring niet voor de hand liggend.

Naast apart wassen, moet besmet wasgoed koud worden voorgewassen. Dit gebeurt in de praktijk minimaal terwijl het geen ingewikkelde handeling is. Er zijn twee mogelijke redenen waarom verzorgenden het wasgoed niet koud voorwassen (Mascini, 1999). Of de verzorgenden zien het nut van koud voorwassen niet in of de verzorgenden kennen de inhoud van het protocol niet goed. Beide verklaringen komen voort uit een tekort aan kennis.

Bij Carint worden er microvezeldoekjes gebruikt bij het schoonmaken. Voor het schoonmaken van met cytostatica besmette oppervlakten zijn dit de beste schoonmaakdoekjes. Toch antwoordden een aantal verzorgenden dat zij bij het schoonmaken bij cytostaticapatiënten niet de reguliere microvezeldoekjes gebruikten maar wegwerpdoekjes. De reden hiervoor is waarschijnlijk een vorm van schijnveiligheid. De verzorgende had het idee dat wegwerpdoekjes altijd beter zijn dan herbruikbare doekjes, ongeacht het soort schoonmaakdoekje. Dit zelfbedachte beleid zorgt voor geruststelling van de verzorgende maar is berust op te weinig kennis en zorgt voor extra risico (Van der Veen & Engbersen, 1992).

#### Implementatie van beleid

Aan de ene kant zeggen zorgmanagers veel waarde te hechten aan het protocol maar aan de andere kant blijkt dat de kennis hierover onder de zorgmanagers en de verzorgenden slecht is. Dit kan verklaard worden door de implementatiewijze van het beleid. Het is aan elke individuele zorgmanager om nieuwe protocollen te implementeren in zijn of haar team. De stijl van implementeren (Mascini, 1999) verschilt per zorgmanager. De twee verschillende stijlen van implementeren die worden gehanteerd binnen Carint zijn opleggen en uitleggen. Enkele zorgmanagers gaven aan nieuw beleid op papier te verspreiden of enkel te melden alleen dat er een nieuw protocol op intranet staat zonder verdere uitleg. In andere teams gebeurde hetzelfde maar daar gaf de zorgmanager wel enige uitleg over het protocol.

Beide implementatiestijlen geven aan dat de zorgmanagers weinig vertrouwen hebben in de bekwaamheid en gedeeltelijk ook in de bereidheid van hun verzorgenden (Mascini, 1999). Implementatie van beleid heeft de grootste kans van slagen wanneer het vertrouwen van de zorgmanagers in de verzorgenden overeenkomt met het vertrouwen dat de verzorgenden in zichzelf hebben. Beide implementatiestijlen, opleggen en uitleggen, zijn niet effectief gebleken bij de verzorgenden van Carint. Dit zou in kunnen houden dat verzorgenden zichzelf zowel bereid als bekwaam achten en dat overleg tussen de zorgmanagers en de verzorgenden de meest effectieve stijl van beleidsimplementatie zal zijn.

#### Vertaling van het ziekenhuis naar de thuiszorg

De protocollen voor de omgang met cytostaticapatiënten in het ziekenhuis, zijn vertaald naar de thuiszorg. Op een aantal punten zijn ze hier echter in te kort geschoten. Bij de richtlijnen voor het wassen van patiënten, het behandelen van vuil wasgoed en het reinigen van sanitair, heeft de thuiszorg zijn reguliere protocollen te weinig aangepast aan het werken met cytostaticapatiënten. Hierdoor zijn werkzaamheden tijdrovender dan nodig en lopen verzorgenden extra risico. Vanuit het 'precautionary principle' (Pieterman, 2001) zouden verzorgenden van Carint geen patiënten mogen wassen, geen wasgoed mogen reinigen en het sanitair niet mogen reinigen totdat het protocol is aangepast. Het protocol zorgt voor functionele ontwrichting (Engbersen en Van der Veen, 1992) van de arbeidsomstandigheden en veiligheid van de verzorgende.

### **7.3 Samenvatting**

De WMO kan functionele ontwrichting tot gevolg hebben van de arbeidsomstandigheden van thuiszorgmedewerkers en voor de doelstellingen van de NMA.

Zorgmanagers hebben de verantwoordelijkheid om de kennis van hun team up-to-date te houden. Hiervoor hebben zij veel discretionaire ruimte. Het gebrek aan controle op de werkzaamheden van verzorgenden bemoeilijkt dit.

Zorgmanagers hechten meer waarde aan het protocol en aan de risico's dan verzorgenden omdat zij de nadelen van het protocol niet ervaren.

Onvoldoende interne registratie valt te verklaren uit het feit dat verzorgenden solistisch werken met veel discretionaire ruimte en een chronisch tijdgebrek. Hierdoor kunnen zij (onbewust) hun eigen werkzaamheden belangrijker vinden dan het informeren van anderen.

Door tijdsdruk is het moeilijker voor verzorgenden om zich aan te passen aan de individuele cliënt.

De protocollen voor het werken met cytostaticapatiënten in de thuiszorg schieten op een aantal punten tekort ten opzichte van het ziekenhuis. Deze tekortkoming zorgt voor extra werk en extra risico voor de verzorgenden en zou volgens het 'precautionary principle' niet mogen worden uitgevoerd. Tevens zorgt het voor functionele ontwrichting van de arbeidsomstandigheden.

Het dragen van handschoenen bij het wassen van patiënten wordt ervaren als functionele ontwrichting van de relatie met de patiënt. Een andere verklaring voor het niet dragen van handschoenen is een gebrek aan kennis of gemakzucht.

Het overstappen van microvezeldoekjes naar wegwerpdoekjes bij cytostaticapatiënten zorgt voor schijnveiligheid en extra risico welke ontstaat door een gebrek aan kennis.

Binnen Carint wordt nieuw beleid geïmplementeerd door middel van opleggen of uitleggen, terwijl overleggen veel beter blijkt aan te sluiten bij het zelfvertrouwen van de verzorgenden.

# 8 Conclusies

Na zeven hoofdstukken van theorie en empirische gegevens zal deze scriptie worden afgesloten met het vaststellen van enkele conclusies.

## 8.1 Conclusies

De conclusies van dit onderzoek zullen opgesplitst worden in conclusies welke betrekking hebben op thuiszorginstelling Carint en algemene conclusies.

### Conclusies voor Carint

Er bestaat een spanningsveld tussen het opstellen van het protocol 'Omgaan met excreta na cytostatica' (Carint, 2006) en de naleving hiervan. Dit spanningsveld heeft een aantal oorzaken:

- Pagina: 72  
Het management maakt, in tegenstelling tot de verzorgenden, geen kennis met de nadelige gevolgen van het protocol ;
- Het protocol is gericht op de veiligheid van de verzorgenden en houdt geen rekening met de gevolgen voor de klantvriendelijkheid;
- De zorgmanagers hebben discretionaire ruimte bij het implementeren van het protocol;
- De verzorgenden moeten zich in hun werk aanpassen aan de individuele cliënt. Door middel van hun discretionaire ruimte moeten zij het protocol toepassen in unieke situaties;
- Het protocol zorgt op enkele punten (wassen van patiënten, schoonmaken sanitair en behandelen wasgoed) voor functionele ontwrichting van de arbeidsomstandigheden van verzorgenden en de relatie met de cliënt.

Om zich aan de BIG-richtlijnen te houden moeten de medewerkers van Carint goed op de hoogte zijn van de protocollen. Het gevolg hiervan kan zijn dat er een eenduidige aanpak vanuit de directie komt betreffende de implementatie van protocollen. Dit beperkt echter wel de beslissingsvrijheid van zorgmanagers. Momenteel wordt er weinig gebruik gemaakt van de mogelijkheid tot overleg bij de implementatie van nieuwe protocollen. Op het moment dat hier wel gebruik van gemaakt zou worden, sluit de implementatiewijze beter aan bij de werkwijze van de verzorgenden. Zij werken zelfstandig met veel discretionaire ruimte. Op het moment dat zorgmanagers met hen overleggen, krijgen ze de ruimte om een protocol in te passen in hun eigen werkwijze. Tevens voelen ze zich serieus genomen.

De kennis over cytostatica onder verzorgenden en zorgmanagers is onvoldoende. Onvoldoende kennis is een mogelijke oorzaak van:

- Het niet dragen van handschoenen bij het wassen van patiënten;
- Het niet koud voorwassen van het wasgoed;
- Dat verzorgenden bij cytostaticapatiënten overstappen op wegwerpdoekjes in plaats van de reguliere microvezeldoekjes.



### Algemene conclusies

Door thuiszorginstellingen en kankercentra zijn de beleidsregels voor de omgang met cytostaticapatiënten in de ziekenhuizen vertaald naar de thuiszorg. Hierbij hebben ze geprobeerd zo min mogelijk af te wijken van de reguliere werkwijzen. Op enkele punten blijven ze te veel vasthouden aan de reguliere werkwijzen. Dit kan leiden tot onveilige situaties.

Een beleidsdilemma is dat een protocol voor het werken bij cytostaticapatiënten niet te veel moet afwijken van dat bij gewone patiënten. Verzorgenden werken op één dag met veel verschillende patiënten. Op het moment dat ze een sterk afwijkend protocol moeten volgen bij maar één van deze patiënten, is het voor de verzorgenden moeilijk zich deze werkwijze eigen te maken. Voor de veiligheid van de verzorgenden is een afwijkend protocol noodzakelijk. Naleving van een protocol dat slechts gebruikt moet worden bij enkele patiënten, kost extra tijd omdat het geen routine is. Dit is de keuze van beleidsmakers. Indien verzorgenden geacht worden het protocol 'Omgaan met excreta na cytostatica' volledig na te leven, dan kost dit extra tijd en dus geld.

Een andere mogelijkheid is de diversiteit van de patiënten te verminderen. De naleving van een protocol dat specifiek is gericht op een bepaalde doelgroep, zal een routine worden op het moment dat de verzorgenden de hele dag uitsluitend met deze doelgroep werken. De diversiteit van de patiënten en daarmee de diversiteit van het werk is echter ook één van de sterke kanten van het werk. Haal je dit weg, dan verdwijnt mogelijk de aantrekkelijk van het werk.

Het dragen van handschoenen bij het wassen van patiënten wordt door verzorgenden ervaren als klantonvriendelijk en zou zorgen voor functionele ontwrichting van de relatie tussen de verzorgende en de patiënt. Op het moment dat een verzorgende zich aan de richtlijnen voor de omgang met cytostaticapatiënten houdt, zou dit kunnen leiden tot verslechtering van de relatie met de patiënt. Gezien thuiszorginstellingen vanuit de WMO moeten strijden om de gunsten van patiënten, kan dit mogelijk lijden tot verlies van patiënten. De klantvriendelijkheid wordt verhoogd door het geven van extra uitleg voor het dragen van handschoenen bij het wassen van patiënten. Op het moment dat een patiënt begrijpt waarom de verzorgende handschoenen draagt, zal de weerstand afnemen. De patiënt zal zich tevens serieus genomen voelen vanwege de extra uitleg. Een nadeel hiervan is dat het extra tijd kost, tijd die verzorgenden momenteel niet hebben.

Indien een organisatie ervoor kiest dat verzorgenden handschoenen moeten dragen bij het wassen van patiënten, heeft dit tot gevolg dat het extra tijd en geld kost iets wat mogelijk schadelijk kan zijn voor de concurrentiepositie maar wat leidt tot een verhoging van de veiligheid van de verzorgenden.

De huidige regelgeving in de Wet op de Arbeidsomstandigheden is op het gebied van cytostatica in de thuiszorg nog niet nader ingevuld. Dit geeft thuiszorginstellingen veel discretionaire ruimte. Een valkuil hierin is, dat thuiszorginstellingen hun protocollen niet volledig genoeg maken waardoor de veiligheid van de verzorgenden in het geding is.

Zouden er door de Arbeidsinspectie beleidsregels opgesteld zijn voor de omgang met cytostaticapatiënten, dan heeft dit tot consequentie dat de discretionaire ruimte van de thuiszorginstellingen daalt.

Er moet in alle thuiszorginstellingen extra aandacht worden geschonken aan interne en externe informatieverstrekking. Zonder voldoende informatie kan niemand zijn werk goed doen. Door leidinggevenden moet er op worden toegezien dat verzorgenden en verpleegkundigen de juiste informatie over patiënten krijgen.

De Arbeidsinspectie zou een rol kunnen spelen in toezicht op de externe informatieverstrekking.

## 8.2 Beantwoording onderzoeksvragen

De probleemstelling van mijn onderzoek is:

*"Wat zijn de oorzaken van het niet veilig werken van verzorgenden in de thuiszorg bij cytostaticapatiënten?"*

De belangrijkste oorzaken zijn:

- Een slechte naleving van de richtlijnen vanwege gebrek aan kennis over het protocol, slechte controle door leidinggevenden, een implementatiestijl die niet aansluit bij het zelfvertrouwen van de verzorgenden en tijdgebrek.
- Naleving van het protocol sluit niet alle risico's uit. Op enkele punten moet hij aangepast worden.
- Slechte kennis over de risico's van het werken met cytostaticapatiënten door verzorgenden en leidinggevenden.

Deze probleemstelling viel uiteen in twee deelvragen:

1. *Kunnen protocollen voor verzorgenden in de thuiszorg met betrekking tot het werken bij cytostaticapatiënten worden vertaald vanuit beleidsmaatregelen voor het ziekenhuis? Waarom wel of waarom niet?*

Ja, ze zijn te vertalen naar de thuiszorg, maar niet zonder problemen. Er zullen mogelijk concessies moeten worden gedaan in de zin van extra tijd en middelen. Tevens moet er extra aandacht zijn voor de klantvriendelijkheid.

2. *Bestaat er een spanningsveld tussen het opgestelde beleid voor de thuiszorg en de uitvoering hiervan in de praktijk? Zo ja, hoe is dit spanningsveld te verklaren?*

Ja, dit spanningsveld bestaat. Deze ontstaat door de discretionaire ruimte van de verzorgenden en het matige zicht van de leidinggevenden op de negatieve effecten van het beleid.

Ter beantwoording van de probleemstelling en de deelvragen maak ik gebruik van de casus Carint. Voor de casus Carint gelden de volgende specifieke deelvragen:

1. *Bestaat er binnen Carint een spanningsveld tussen opgestelde richtlijnen met betrekking tot de omgang met cytostaticapatiënten en de uitvoering hiervan?*

Ja, deze bestaat er zeker. De door Carint opgestelde protocollen worden slecht nageleefd wat mede voortkomt uit de onwerkbaarheid van het protocol. Dit spanningsveld zit met name in een gebrek aan kennis en tijd.

2. *Door middel van welke aanbevelingen kan dit worden verkleind?*

In het volgende hoofdstuk worden er een aantal aanbevelingen gedaan om het spanningsveld tussen het opgestelde protocol en de uitvoering hiervan te verkleinen.

### 8.3 Hypotheses

Aan de hand van de gebruikte verklaringsmechanismen heb ik enkele hypothesen opgesteld. In deze paragraaf zal ik vaststellen of dit onderzoek deze hypothesen bevestigt of ontkracht.

1. *De discretionaire ruimte en grote mate van beslissingsvrijheid van verzorgenden in de thuiszorg heeft een grote invloed op de uitvoering van beleid door verzorgenden.*

Deze veronderstelling is juist gebleken. Verzorgenden maken veel afzonderlijke keuzes vanuit hun eigen kennis en ervaringen. Elke verzorgende maakt haar eigen keuzes in de uitvoering van beleid. Uit de empirische resultaten is gebleken dat er grote verschillen zitten tussen de keuzes die verzorgenden maken en daarmee met de uitvoering van beleid.

2. *Beleid dat is opgesteld voor het ziekenhuis, kan niet zondermeer overgenomen worden door de thuiszorg.*

Deze hypothese blijkt gedeeltelijk juist. Op enkele punten zijn de protocollen juist niet voldoende aangepast aan die van de ziekenhuizen. Reden hiervoor is de onwerkbaarheid van deze richtlijnen in de thuiszorg. Toch kan uiteindelijk geconcludeerd worden dat een groot gedeelte van de richtlijnen voor de ziekenhuizen wel toepasbaar zijn in de thuiszorg maar dat de consequentie is dat er meer tijd en geld vrijgemaakt moet worden. Daarnaast kan het leiden tot een verlaging van de klantvriendelijkheid.

3. *De richtlijnen voor de omgang met cytostaticapatiënten in de thuiszorg kunnen een negatief effect hebben op functionele vereisten van de relatie tussen verzorgende en de cliënt en de veilige werkomgeving van de verzorgende.*

Deze hypothese is gedeeltelijk juist. Het dragen van handschoenen wordt door verzorgenden als klantvriendelijk ervaren. Op basis van deze gegevens is inderdaad vast te stellen dat de richtlijnen voor de omgang met cytostaticapatiënten een negatief effect kunnen hebben op de functionele vereisten van de relatie tussen de verzorgende en de cliënt. Op het moment dat de verzorgende meer uitleg aan de cliënt geeft over de redenen van het dragen van handschoenen, neemt het een groot gedeelte van de klantvriendelijkheid weg.

De veilige werkomgeving heeft momenteel inderdaad te leiden onder de richtlijnen voor de omgang met cytostaticapatiënten. De richtlijnen zijn niet volledig, waardoor naleving ervan niet zorgt voor een volledig veilige werkomgeving.

4. *De WMO kan leiden tot functionele ontwrichting van de werkomstandigheden van verzorgenden en de doelstellingen van de NMA.*

Tijdens dit onderzoek is deze hypothese ondersteund maar niet bevestigd. Er zijn aanwijzingen gevonden dat de WMO mogelijk kan leiden tot onveiligere werkomstandigheden maar dit is niet bevestigd. Hetzelfde geldt voor functionele ontwrichting van de doelstellingen van de NMA. In het geval van Carint kan de WMO mogelijk leiden tot de ontwikkeling van een monopolist maar of deze situatie zich ook bij andere thuiszorginstellingen voordoet is in dit onderzoek niet bevestigd.

5. *Er bestaat een spanningsveld tussen het opgestelde beleid voor de omgang met cytostaticapatiënten in de thuiszorg en de uitvoering hiervan door de verzorgenden.*

Deze hypothese is juist. Binnen Carint is vast te stellen dat de uitvoering van het beleid anders is dan de opstellers van het beleid in gedachten hadden. Dit spanningsveld bestaat vermoedelijk in de gehele thuiszorg. Dit valt niet met zekerheid vast te stellen.

## 8.4 Verklaringsmechanismen

Vanuit het kader van de gekozen onderzoeken van Lipsky, Engbersen & Van der Veen, Pieterman en Mascini heb ik een twaalftal verklaringsmechanismen gehaald welke zijn gebruikt tijdens dit onderzoek. In deze paragraaf zal ik vaststellen of dit onderzoek de verklaringsmechanismen onderschrijven of tegenspreken.

*1. Street-level bureaucraten hebben een chronisch tijdgebrek. Door het ontwikkelen van eigen routines houden zij hun situatie werkbaar.*

Uit dit onderzoek is gebleken dat het naleven van de richtlijnen met betrekking tot de omgang met cytostaticapatiënten extra tijd kost. Uit de achtergrond literatuur bleek dat verzorgenden in de thuiszorg altijd al een chronisch tijdgebrek hebben. Tijdens dit onderzoek is niet aangetoond dat verzorgenden eigen routines ontwikkelen voor de omgang met deze werkdruk. Het verklaringsmechanisme wordt echter ook niet tegengesproken. Er zijn diverse signalen (zoals het feit dat bijna geen enkele verzorgende het protocol voldoende volgt terwijl ze wel zeggen beschermingsmaatregelen belangrijk te vinden) om aan te nemen dat verzorgenden inderdaad deze routines hebben ontwikkeld.

*2. Street-level bureaucraten werken met individuele cliënten in eigen unieke situaties. Om algemene richtlijnen toe te passen op unieke situaties hebben zij discretionaire ruimte nodig.*

Dit verklaringsmechanisme wordt binnen Carint volledig bevestigd. De verzorgenden krijgen voldoende discretionaire ruimte en worden geacht zich aan regels en protocollen te houden maar hierbinnen zo creatief mogelijk naar oplossingen te zoeken.

*3. Street-level bureaucraten hebben vanuit hun discretionaire ruimte de mogelijkheid om tijdens hun werkzaamheden te beslissen op welke wijze zij richtlijnen uitvoeren.*

Binnen dit onderzoek wordt bovenstaand verklaringsmechanisme bevestigd. Uit de casus 'Carint' blijkt dat verzorgenden zo veel beslissingsvrijheid krijgen dat zij er in enkele situaties bewust voor kiezen om richtlijnen niet na te leven.

*4. Street-level bureaucraten hebben een hoge mate van beslissingsvrijheid door de moeilijkheid van controle door leidinggevenden.*

Ook dit verklaringsmechanisme wordt onderschreven door dit onderzoek. De leidinggevenden van Carint hebben het vertrouwen dat de verzorgenden de protocollen en richtlijnen naleven en op veilige wijze werken. Dit blijkt niet te kloppen. De richtlijnen worden onvoldoende nageleefd en de werkomgeving is hierdoor onveilig.

*5. Het weg willen nemen van zoveel mogelijk risico's kan er toe leiden dat de positieve gevolgen van een bepaald beleid totaal overschaduw worden door de negatieve kanten.*

Dit verklaringsmechanisme wordt door middel van dit onderzoek niet onderschreven. Er wordt naar mijn mening zelfs te weinig aandacht geschonken aan de negatieve kanten van de richtlijnen voor de omgang met cytostaticapatiënten en van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning.

*6. De positieve doelstelling van een beleid kan destructief werken voor de functionele vereisten van een sociaal systeem (functionele ontwrichting).*

Dit verklaringsmechanisme wordt onderschreven door dit onderzoek. De doelstelling van de richtlijnen voor de omgang met cytostatica is het creëren van een veilige werkomgeving. Doordat het protocol onvolledig en onwerkbaar is, zorgt het voor destructie van de functionele vereisten van de werkomgeving en de relatie met de patiënt.

Wat betreft de WMO wordt dit verklaringsmechanisme niet onderschreven of ontkracht, zie vorige paragraaf deelvraag vier.

*7. Werknemers leven regels niet na wanneer deze te lastig zijn of te veel moeite kosten om na te leven.*

Dit verklaringsmechanisme wordt niet ontkracht maar ook niet bevestigd. Het protocol met betrekking tot de omgang met cytostaticapatiënten wordt slecht nageleefd. Wat hier de precieze oorzaak van is, is niet duidelijk. Wat wel bevestigd kan worden, is dat de kennis over het protocol en over cytostatica minimaal is. Op het moment dat verzorgenden minder kennis hebben over de risico's van het werken met cytostaticapatiënten, zullen zij minder snel geneigd zijn richtlijnen na te leven welke extra moeite kosten.

*8. Werknemers volgen regels niet op wanneer de nadelen van naleving groter zijn dan de voordelen.*

Verklaringsmechanisme acht wordt zowel bevestigd als ontkracht. Verzorgenden volgen de richtlijnen niet op vanwege de extra tijd die dit kost of de schade die het volgens hen berokkend aan de klantvriendelijkheid. Daarnaast zagen we dat verzorgenden allemaal bevestigend antwoordden op de vraag of ze besmet wasgoed apart wassen. Deze richtlijn staat in het protocol maar zorgt voor extra risico omdat het moeilijk is vast te stellen welk wasgoed besmet is.

*9. Werknemers leven regels niet na wanneer zij de regels niet zinvol of 'onwerkbaar' vinden.*

Vanwege een gebrek aan kennis van cytostatica vinden enkele verzorgenden de beschermingsmaatregelen onzinnig en gebruiken ze daarom niet. Dit verklaringsmechanisme wordt dus bevestigd.

*10. Leidinggevenden zien risico's eerder als onaanvaardbaar dan uitvoerenden omdat zij de omstandigheden op de werkvloer niet zelf kunnen aanpassen.*

De risico's over de omgang met cytostatica worden door zowel de verzorgenden als de leidinggevenden niet voldoende serieus genomen. Het percentage zorgmanagers dat de risico's serieus neemt, ligt wel hoger dan het percentage verzorgenden maar bovenstaand verklaringsmechanisme kan niet bevestigd worden.

*11. Leidinggevenden ervaren de nadelen van het naleven van regels niet en zullen zich hierdoor makkelijker aan regels houden.*

Het naleven van de richtlijnen voor de omgang met cytostaticapatiënten kost extra tijd. Deze tijd wordt niet gegeven aan de verzorgenden. Hieruit valt op te maken dat zij deze extra tijdsbesteding niet serieus genoeg nemen. Verklaringsmechanisme elf wordt bevestigd in dit onderzoek.

*12. Voor een succesvolle implementatie moet de implementatiestijl overeenkomen met het zelfvertrouwen van uitvoerders.*

Het laatste verklaringsmechanisme wordt ondersteund maar nog niet volledig bevestigd. Er wordt aangegeven dat de huidige implementatiestijlen van 'opleggen' en 'informereren' niet effectief zijn. Er wordt niet aangetoond dat de implementatiestijl 'overleggen' wel effectief is en aansluit bij het zelfvertrouwen van de verzorgenden.

## 8.5 Reflectie op de onderzoeksresultaten

Zowel in de empirische resultaten als in de achtergrondliteratuur vielen een aantal zaken op. Die worden hieronder kort besproken. Daarnaast worden een aantal kritische kanttekeningen geplaatst bij de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek.

### De achtergrondliteratuur

In Nederland is er nog weinig onderzoek gedaan naar cytostatica in de thuiszorg. Mogelijkerwijs is dit in het buitenland wel gedaan. Gezien het fenomeen thuiszorg zoals wij dit in Nederland kennen, niet in veel andere landen voorkomt, is ervoor gekozen om buitenlandse literatuur buiten beschouwing te laten. Er is echter wel veel onderzoek gedaan naar cytostatica en de invloed hiervan op het werk van verzorgenden en verpleegkundigen. Mogelijkerwijs hadden deze onderzoeken een verdieping kunnen betekenen van de literatuur en een ander zicht gegeven op de omgang met cytostaticapatiënten.

Een andere mogelijkheid was om literatuur over andere ziektebeelden in de thuiszorg erbij te betrekken. Er is bijvoorbeeld al veelvuldig onderzoek gedaan naar de omgang met dementiepatiënten in de thuiszorg. Deze doelgroep vraagt net als cytostaticapatiënten, een eigen aanpak. Hoe hier in de thuiszorg mee om wordt gegaan en op welke wijze er richtlijnen voor de omgang met dementiepatiënten zijn geïmplementeerd, zal mogelijk op een groot aantal punten vergelijkbaar zijn met de omgang met cytostaticapatiënten.

### De theorie

Tijdens dit onderzoek is er gebruik gemaakt van de verklaringsmechanismen welke voort gekomen zijn uit het kader van een aantal onderzoeken. Ten eerste heeft de theorie over 'street-level bureaucratie' van Lipsky (1980) een grote rol gespeeld in dit onderzoek. Achteraf bleek deze keuze zeer geslaagd. Door middel van deze theorie is er een duidelijk beeld gekomen van het spanningsveld tussen het opstellen van beleid en de uitvoering hiervan, zowel binnen Carint als in de thuiszorg in het algemeen. De rol die de discretionaire ruimte van de verzorgenden en de zorgmanagers speelt is helder geworden. Tevens is door middel van de street-level bureaucratie theorie helder geworden op welke wijze er gebruik gemaakt kan worden van de discretionaire ruimte ter verbetering van implementatie van beleid.

Een tweede kader dat veelvuldig is gebruikt in dit onderzoek, is het onderzoek naar de 'ongewenste gevolgen van sociaal beleid' van Engbersen en Van der Veen (1992). Door middel van de verklaringsmechanismen uit dit onderzoek is helder geworden welke gevolgen de opgestelde protocollen hebben en op welke wijze deze destructief kunnen zijn. Het opgestelde beleid voor de thuiszorg zorgt op een aantal punten voor functionele ontwrichting. Om werkbare beschermingsmaatregelen op te stellen is het van belang om te weten welke ongewenste en onbedoelde effecten deze beschermingsmaatregelen hebben en of deze effecten de doelstelling van de beschermingsmaatregelen niet teniet doen. Hier zijn een aantal beleidsdilemma's uit voort gekomen.

De verklaringsmechanismen vanuit het onderzoek 'risico's in bedrijf' van Mascini (1999) zijn relevant gebleken voor dit onderzoek. Vanuit dit kader heb ik verklaringen kunnen geven voor het niet naleven van regels. Hier komt uit voort dat het eenvoudig aanscherpen van de regels binnen Carint minimaal effect zal hebben. Door uiteen te zetten wat de mogelijke redenen zijn voor het niet naleven van bepaalde richtlijnen kunnen er in het volgende hoofdstuk concrete aanbevelingen worden gedaan.

Een kritische noot moet geplaatst worden bij het gebruik van de 'coderingsmethode' (Babbie, 2004 & Maxwell, 1996) bij de analyse. Deze methode heeft geholpen om het totaal aan gegevens met elkaar te verbinden maar heeft als risico dat het subjectief kan zijn. Als onderzoeker heb je zelf de keuze welke coderingen je gebruikt. Bewust of onbewust kunnen er subjectieve keuzes gemaakt worden omdat deze 'beter uitkomen' of dat je door middel van deze keuze een helderder antwoord kan geven op de onderzoeksvraag. Mascini (1999) bewijst daarentegen de voordelen van deze analysemethode.

### De empirie

De casus van Carint is gekozen omdat het in de verwachting lag dat het een gemiddelde thuiszorginstelling is. Tijdens dit onderzoek is dit vermoeden bevestigd. Carint is een representatieve thuiszorginstelling voor de rest van de thuiszorg in Nederland.

De keuzes om de verzorgenden van Carint door middel van enquêtes te bevragen valt achteraf te betwijfelen. Het nadeel van deze onderzoeksmethode is dat er geen mogelijkheid was om door te vragen. Tevens bestaat het vermoeden dat er sociaal wenselijke antwoorden zijn gegeven door een bepaalde discrepantie in enkele antwoorden. Was er gekozen voor diepte-interviews, dan waren er mogelijk minder sociaal wenselijke antwoorden gegeven omdat de interviewer kan doorvragen en zodoende door sociaal wenselijke antwoorden kan heen prikken.

Een tweede nadeel van het gebruik van enquêtes is dat niet dieper in kan worden gegaan op individuele antwoorden. Met name de achtergronden van antwoorden blijven onderbelicht.

Een voordeel van het gebruik maken van enquêtes is dat er veel meer verzorgenden hun mening hebben kunnen geven dan dat het geval was geweest wanneer er uitsluitend gebruik was gemaakt van interviews. Een combinatie van beide was mogelijk de beste onderzoeksmethode geweest, hoewel deze erg tijdrovend is.

Tijdens de interviews met zorgmanagers kwam naar voren welke invloed het had dat ik een aantal van de zorgmanagers kende vanuit mijn vorige werkkring. Hierdoor waren de zorgmanagers opener en bereid meer moeite te doen om te helpen bij dit onderzoek. Het risico bestaat dat zij de situatie rooskleuriger hebben voorgesteld dan dat hij is om mij te plezieren (hoewel ze daarmee juist het tegenovergestelde zouden bereiken) maar daar zijn geen signalen van aangetroffen.

### Betrouwbaarheid

Een onderzoek is 100% betrouwbaar wanneer er bij een herhaling van het onderzoek, exact dezelfde resultaten worden behaald. Alleen al door het meewerken aan dit onderzoek, hebben de verzorgenden en zorgmanagers extra informatie vergaard. Mogelijk heeft het geleid tot gesprekken of discussies onderling of zelfs op teamoverstijgend niveau. De invloed van het onderzoek zelf op kennis en mening van de respondenten, valt moeilijk te bepalen.

Op het moment dat deze invloed nul of minimaal is, is de betrouwbaarheid van de onderzoeksmethode groot. Ook met een andere steekgroep verwacht ik ongeveer gelijke resultaten. Gezien ik niet van elk team een verzorgende heb geënquêteerd, bestaat de mogelijkheid dat er teams zijn met andere resultaten gezien de discretionaire ruimte van de zorgmanager.

Het is niet te verwachten dat de invloed van het onderzoek op de kennis en mening van de verzorgenden en zorgmanagers minimaal is, gezien de zorgmanagers tijdens de interviews al nieuwe informatie hebben vergaard. Het is mogelijk dat zij deze informatie hebben gedeeld met anderen. Hetzelfde geldt voor de verzorgenden. In de enquête zelf staat informatie die zij mogelijk nog niet wisten.

Bij kwalitatief onderzoek ontkomt een onderzoeker niet aan een zekere subjectiviteit. Bij het analyseren en interpreteren van de onderzoeksgegevens is zo veel mogelijk getracht het eigen referentiekader buiten te sluiten maar dit lukt nooit in zijn geheel. Wanneer een andere onderzoeker hetzelfde onderzoek zou herhalen, is het mogelijk dat hij een andere interpretatie aan de resultaten zal geven.

Deze subjectiviteit komt tevens naar voren in diepte-interviews. De hoofdlijnen voor de interviews staan vast, maar op welke wijze er wordt doorgevraagd hangt af van de keuzes die de interviewer maakt en wat deze van belang acht voor het onderzoek.

Het literatuuronderzoek heeft geholpen om een duidelijker beeld te schetsen van het doel van de interviews en enquêtes. Dit heeft een deel van de subjectiviteit weggenomen.

#### Interne validiteit

Een punt ten nadele van de validiteit dat genoemd moet worden, is het risico op sociaalwenselijke antwoorden. Uit de enquêtes is gebleken dat er op een aantal vragen mogelijk sociaalwenselijke antwoorden zijn gegeven. Dit valt niet te bevestigen maar vanwege een bepaalde discrepantie in de antwoorden is dit heel aannemelijk. Zo gaven verzorgenden op de ene vraag aan beschermingsmaatregelen heel belangrijk te vinden, terwijl ze bij de volgende vraag niet de juiste beschermingsmaatregelen wisten te noemen.

Een tweede punt ten nadele van de interne validiteit is dat er een vraag in de enquête, betreffende het schoonmaken van het huis van een cytostaticapatiënt, niet voldoende was uitgewerkt waardoor de antwoorden meer vragen opriepen dan ze beantwoorden.

De zorgmanagers waren erg open tijdens de interviews. Ze waren enthousiast en bereid om mee te werken. Deze indicatoren zijn positief voor de validiteit van de interviews.

#### Externe validiteit

De externe validiteit wordt bepaald door de mate waarin de onderzoeksresultaten te generaliseren zijn voor alle thuiszorgorganisaties in Nederland. Een deel van de onderzoeksresultaten hebben betrekking op de richtlijnen die door de Arbeidsinspectie voor alle thuiszorginstellingen zijn opgesteld, of opgesteld moeten worden.. Daarnaast zijn er een aantal conclusies getrokken met betrekking tot het scala aan protocollen die er door diverse thuiszorginstellingen en kankercentra zijn opgesteld.

Wanneer we spreken over het naleven van het protocol van Carint, dan hebben we het over resultaten die moeilijk generaliseerbaar zijn voor de rest van de thuiszorginstellingen. Gezien de algehele cultuur ten aanzien van beleidimplementatie en het naleven van regels, is de kans aanwezig dat er in andere thuiszorginstellingen soortgelijke resultaten worden behaald. Hier spelen echter nog te veel instellingsafhankelijke factoren mee om uitspraken te kunnen doen voor de gehele thuiszorg.

### **8.6 Suggesties voor nader onderzoek**

Een mogelijk punt voor nader onderzoek binnen Carint is het schoonmaken bij cytostaticapatiënten. Dit onderwerp is onvoldoende belicht in dit onderzoek. Wel zijn er een aantal signalen naar voren gekomen die er mogelijk op kunnen wijzen dat niet elke verzorgende genoeg beschermingsmaatregelen treft bij het schoonmaken bij een cytostaticapatiënt. Een punt dat zeker onderzocht zou moeten worden is het uitspoelen van doekjes en moppen in het sopwater tijdens het schoonmaken van het sanitair.



Het onderzoek dat nu voor u ligt is uitgevoerd binnen één, gemiddeld grote, thuiszorginstelling. Het zou interessant zijn om een soortgelijk onderzoek uit te voeren binnen andere thuiszorginstellingen door heel Nederland. Op deze wijze kan er een vergelijking worden gemaakt tussen grote en kleine instellingen en instellingen uit verschillende gebieden in Nederland.

Een punt waar verder onderzoek naar zou moeten worden gedaan is de invloed van het dragen van handschoenen bij het wassen van patiënten op de klantvriendelijkheid. Hier zou tevens de invloed van het geven van uitleg in mee moeten worden genomen.

Binnen Carint zou onderzocht moeten worden hoeveel extra tijd het zou kosten om het protocol 'Omgaan met excreta na cytostatica' –bij voorkeur in aangepaste versie- goed na te leven. Het aanpassen van de beschermingsmaatregelen bij een individuele cliënt kost extra tijd. Een mogelijkheid die in dit onderzoek meegenomen kan worden, is het aanstellen van verzorgenden die uitsluitend bij cytostaticapatiënten werken.

# 9 Aanbevelingen

Deze scriptie zal afgesloten worden met enkele aanbevelingen voor Carint, de thuiszorg in het algemeen en de Arbeidsinspectie. Tevens volgen er enkele discussiepunten.

## 9.1 Aanbevelingen voor Carint

- Controleer of er voldoende beschermingsmiddelen (handschoenen en overschorten) beschikbaar zijn. Er kwamen signalen van de verzorgenden dat dit niet altijd het geval is.
- De kennis over de risico's in het werken met cytostaticapatiënten bij de zorgmanagers is onvoldoende. Dit is op te lossen door in het zorgmanagersoverleg een deskundige uit te nodigen die uitleg geeft over cytostatica, de risico's die verzorgenden lopen in het werken met cytostaticapatiënten en de beschermingsmaatregelen die verzorgenden zouden moeten treffen.
- Deze kennis kan een zorgmanager vervolgens overdragen aan de verzorgenden. Indien het vanwege de grote van het team niet mogelijk is dat een zorgmanager dit zelf doet, kan dit ook uitbesteed worden aan de eerste verpleegkundigen. Van belang is dat een verzorgende wanneer hij of zij voor het eerst gaat werken met cytostaticapatiënten, wordt ingelicht over het bestaan van het protocol 'Omgaan met excreta na cytostatica' en over de risico's die hij of zij loopt in het werken met cytostaticapatiënten.
- Laat elke zorgmanager in zijn of haar team het onderwerp cytostatica bespreekbaar maken. Op deze manier kan de zorgmanager er achter komen hoe er in zijn of haar team om wordt gegaan met cytostaticapatiënten. Indien de kennis onvoldoende blijkt, kan er een deskundige worden uitgenodigd. Leg vooral de nadruk op het feit dat ook reumapatiënten cytostatica kunnen krijgen.
- Laat alleen vaste krachten werken met patiënten die een cytostaticakuur ondergaan. Het is moeilijk te realiseren dat alle vakantiewerkers en oproepkrachten een protocol volgen voor een werkwijze die ze misschien maar één keer hoeven te hanteren.
- Bekijk de mogelijkheden van een centraal registratiesysteem van groepen patiënten. Op het moment dat de Arbodienst in één oogopslag kan zien hoeveel patiënten met een bepaalde behandeling er worden verzorgd, weten zij hoe groot een risicogroep is. De Arbodienst kan in de gaten houden wanneer zich nieuwe doelgroepen aandienen of bepaalde doelgroepen sterk groeien.
- Het advies is om in het protocol 'Omgaan met excreta na cytostatica'(Carint, 2006) het volgende toe te voegen<sup>42</sup>:
  - Start het protocol met een uitleg over de risico's en het belang van de beschermingsmaatregelen;

<sup>42</sup> In bijlage 23 staat een voorbeeld van de wijze waarop het protocol 'Omgaan met excreta na cytostatica' aangepast zou kunnen worden

- Verwissel elke twintig minuten de handschoenen, bij elke zichtbare besmetting en beschadiging en bij wisseling van werkzaamheden;
  - Behandel al het wasgoed van cytostaticapatiënten als besmet wasgoed en houdt het gescheiden van het wasgoed van overige gezinsleden;
  - Schoonmaakdoekjes en moppen mogen tijdens de reiniging van het toilet nooit uitgespoeld worden in het sopwater;
  - Gebruik in elke ruimte een nieuw schoonmaakdoekje en mop;
  - Behandel schoonmaakdoekjes als besmet afval;
  - Braaksel na injectietoediening kan tot veertien dagen besmet zijn.
- Om het protocol jaarlijks te kunnen evalueren, is het van belang dat verzorgenden en zorgmanagers hun opmerkingen, fouten en punten die gemist worden melden aan de Arbocommissie. Zorgmanagers zouden hun verzorgenden hier op moeten attenderen.
  - Voor de implementatie van beleid is de implementatiestijl 'overleggen' het meest effectief.
  - Zorg er voor dat er bij elke cytostaticapatiënt een incidentenkoffer aanwezig is met de volgende inhoud:
    - Een incidentenprotocol;
    - Een aantal disposable handschoenen die voldoen aan NEN-EN 374-3;
    - Een P2-filter mondkap;
    - Beschermbril;
    - Polyethyleen slofjes;
    - Een aantal disposable schorten;
    - Celstof matjes;
    - Stevig plastic afvalzakken;
    - Pincetten;
    - Tissues;
    - PH neutrale zeep.
  - Stel een inwerkprotocol op zodat de inwerkprocedure in elk team gelijk is en medewerkers niet afhankelijk zijn van wat een zorgmanager belangrijk vindt.
  - Stel een apart protocol op voor medewerkers die zwanger zijn of borstvoeding geven. Hierin zou verwerkt moeten worden bij welke werkzaamheden ze extra risico lopen.
  - Bekijk de mogelijkheid van het gebruik van wasdoekjes. Door het gebruik van wasdoekjes lopen verzorgenden minder risico vanwege de afwezigheid van water.
  - Zorg ervoor dat patiënten goed worden geïnformeerd over het gebruik van beschermingsmaatregelen die door verzorgenden worden getroffen en de noodzaak hiervan. Dit zal weerstand bij de patiënt weghalen en de kwaliteit van de zorg verhogen.
  - Door het management moet aandacht worden besteed aan de informatieverstrekking door het ziekenhuis. Momenteel gebeurt dit niet volledig.

## 9.2 Aanbevelingen voor de thuiszorg in het algemeen

- Onderzoek hoeveel extra tijd verzorgenden nodig zijn voor de naleving van de richtlijnen voor veilig werken met cytostaticapatiënten. Indien elke thuiszorginstelling deze extra tijd besteed bij cytostaticapatiënten zal dit minimale invloed hebben op de concurrentiepositie.
- Stel gemeenschappelijke richtlijnen op voor de omgang met cytostaticapatiënten. Bij voorkeur vanuit de branchevereniging en volgens het aangepaste protocol voor Carint in bijlage 23.
- Binnen Carint worden enkele protocollen niet voldoende nageleefd maar dit besef was er niet bij de leidinggevendenden. De kans bestaat dat dezelfde problemen zich bij andere thuiszorginstellingen voordoen. Wees hier alert op.
- Een belangrijke risicofactor is de kennis van de behandeling die een patiënt ondergaat. Veel verzorgenden blijken niet goed op de hoogte te zijn wanneer een patiënt een cytostaticakuur krijgt. Een advies zou zijn om hier als branchevereniging actie in te ondernemen richting alle ziekenhuizen. Interne communicatie zal in de thuiszorginstellingen zelf een aandachtspunt moeten worden.
- Gebrek aan kennis is een tweede risicofactor die naar alle waarschijnlijkheid niet alleen bij Carint zal spelen. Bij alle thuiszorgverenigingen moet dit een aandachtspunt zijn. Door de brancheverenigingen kunnen er cursussen of themadagen worden aangeboden ter verdieping van de kennis. Het management van de thuiszorginstellingen moeten tijd en geld vrijmaken om de kennis van verzorgenden up-to-date te houden.
- Het dragen van handschoenen bij het wassen van patiënten kan als klantvriendelijk worden beschouwd. Zorgt voor extra aandacht naar de patiënten om dit te voorkomen.

## 9.3 Aanbevelingen voor de Arbeidsinspectie

- Door de WMO is er concurrentie ontstaan tussen de thuiszorginstanties. Wees er alert op dat deze concurrentie niet leidt tot een verslechtering van de arbeidsomstandigheden of de ontwikkeling van monopolisten.
- Uit dit en eerder onderzoek is gebleken dat de voorzorgsmaatregelen die momenteel worden getroffen door verzorgenden in de thuiszorg niet afdoende zijn. Veel thuiszorginstellingen kennen wel protocollen voor de omgang met cytostaticapatiënten, maar deze zijn niet volledig en de naleving ervan is vaak onvoldoende. Om de arbeidsomstandigheden te verbeteren is het van belang dat er aparte beleidsregels worden opgesteld voor de omgang met cytostaticapatiënten in de thuiszorg.

## 9.4 Discussie

De zorgmanagers van Carint nemen de risico's van het werken met cytostaticapatiënten niet voldoende serieus. Door de directie en de Arbodienst van Carint wordt aangenomen dat de zorgmanagers over voldoende kennis beschikken om hun functie goed uit te oefenen, maar is dat wel zo? Indien niet, is een gebrek aan kennis de reden dat zij deze risico's niet serieus genoeg nemen? Dit discussiepunt zou moeten worden behandeld in een zorgmanagersoverleg.

Een tweede discussiepunt betreft de handschoenen. De huidige handschoenen voldoen niet aan de Europese normen voor het werken met cytostatica. Bij normale werkzaamheden zouden ze kunnen volstaan met enkele aanpassingen.

De vraag is wat de beste keuze zal zijn:

1. Volledige vervanging van de huidige handschoenen door handschoenen die voldoen aan de Europese normen voor contact met cytostatica (deze zijn mogelijk duurder en minder werkbaar);
2. Alleen gebruik van andere handschoenen bij cytostaticapatiënten (dit zou inhouden dat verzorgenden altijd twee soorten handschoenen bij zich moeten dragen omdat ze vaak meerdere patiënten na elkaar bezoeken);
3. Het blijven gebruiken van de huidige handschoenen en bij werkzaamheden bij cytostaticapatiënten de handschoenen elke twintig minuten, na elke zichtbare besmetting met excreta en na elke beschadiging verwisselen. Voor incidenten zou er dan bij de patiënt thuis andere handschoenen aanwezig moeten zijn die wel voldoen aan de Europese normen.

## Literatuurlijst

- Babbie, E. (2004). *The practice of Social Research* (10<sup>th</sup> ed.). Belmont: Wadsworth.
- Engbersen, G. & Veen, R.J. van der. (1992). De onbedoelde effecten van sociaal beleid. *Beleid & Maatschappij*, XX(5), 214-226.
- Gemeente Middelburg (2006). *WMO beleidsnota Middelburg 2007*. Middelburg
- Havinga, T. & Terpstra, J. (1988). Street level bureaucratie, beleidsuitvoering en relatief machteloze groeperingen. Het werk van Michael Lipsky. In A. Korsten en T.H. Toonen, *Bestuurskunde, hoofdfiguren en kernthema's*. Leiden/Antwerpen: Stenfert Kroese.
- Havinga, T. & Terpstra, J. (1999). Uitvoering tussen traditie en management: structuratie en stijlen van beleidsuitvoering. In W. Bakker en F. van Waarden, *Ruimte rond regels*. Amsterdam: Boom.
- Heederik, D., Kromhout, H., Kort W. de, Peelen, S. & Roeleveld, N. (1999) *Reproductietoxische effecten bij ziekenhuispersoneel*. Den Haag: Elsevier Bedrijfsinformatie.
- Kolk-Kousenmaker, M.J. van der. *Het beleid van het Witte Kruis, Het Groene Kruis en het Wit-Gele Kruis over de periode 1875-1945*. Utrecht: Universiteit van Utrecht.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy. Dilemma's of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Lotterman, L.(2002). *Dossier Implementatie*. Woerden: NIGZ.
- Mascini, P. (1999) *Regelovertredingen, menselijke fouten en industriële rampen: Een exploratieve studie in een cokesfabriek*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Mathijssen, S.W. (2005). *Kwaliteit vanuit het personeel. Brancherapporten VWS*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.
- Maxwell, J.A. (1996). *Qualitative research design*. California: Sage Publications.
- Pensioenverzekeraar PGGM (2004), Thuiszorginstelling Carint is honderd procent doelmatig. *Seneca Het Journaal*, 4, 6-8.
- Pieterman, R. (2001). Culture in the risk society. An essay on the rise of a precautionary culture. *Zeitschrift für rechtssoziologie*, (22)2, 145-168.
- Pieterman, R. (2001). Afscheid van Risico? Niet zonder gevaar! *Recht der Werkelijkheid*, 1, 35-63.
- PricewaterhouseCoopers (2004). *Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004*. Utrecht: PricewaterhouseCoopers
- Sdu Uitgevers bv (1999), Convenant Arbeidsomstandigheden Thuiszorg. *Staatscourant*, 47, 7.
- Steenberghe, W. (2005) *Thuiszorg in de toekomst. Duurzaamheid door innovatie. Verslag van het STOOM-jubileumcongres 31 mei 2005*. Scheveningen: STOOM.
- Swagerman, Q.A.J. (2005). Controle is goed, vertrouwen is beter. *Stoom. Caleidoscoop van de thuiszorg*, 1, 110-113.

- Trommel, W. & Veen, R. Van der. (1999). *De herverdeelde samenleving*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Veen, R.J. van der. (1990). *De sociale grenzen van beleid. Een onderzoek naar de uitvoering en effecten van het stelsel van Sociale Zekerheid*. Leiden/Antwerpen: Stenfert Kroese.
- Wierenga, B.R. (2004). *Hoe schoon is schoon. Schoonmaakprocedure na toediening van cytostatica*. Saxion Hogeschool, Afdeling Arbeidshygiëne en Integrale veiligheid.
- Wiegman, N. *Geschiedenis van de gezinszorg*. Zetten: Florence Nightingale Instituut.
- Wind, N. (2003). Carint is groot in het kleine. Lokale samenhang van welzijn, wonen en zorg. *Twentevisie*, 6, 58-59.

### Overige bronnen

- Arbeidsinspectie (2003). *Inspectieproject Cytostatica en Narcosegassen*. Den Haag: Arbeidsinspectie.
- Carint (2003a). *Prik- en snijaccidenten*. Hengelo: Carint.
- Carint (2003b). *Signaleren onveilige situatie*. Hengelo: Carint.
- Carint (2005). *Carint bedrijfscode*. Hengelo: Carint.
- Carint (2006). *Omgaan met excreta na cytostatica*. Hengelo: Carint.
- Carint (2006). *Persoonlijke beschermingsmiddelen*. Hengelo: Carint.
- Carint (2007a). *Gespecialiseerde gezinsverzorging; Wat houdt dat in?*. Hengelo: Carint.
- Carint (2007b). *Thuiszorg; Wat houdt dat in?*. Hengelo: Carint.
- Integraal Kankercentrum Zuid (2005). *Veilig werken met cytostatica en uitscheidingsproducten in de thuiszorg*. Eindhoven.
- Limburgse Kankersamenwerking (2001). *Veilig omgaan met cytostatica in de thuiszorg*. Maastricht.
- Nederlands Kanker Instituut (2004). *Kwaliteitshandboek Cytostatica*. Amsterdam: NKI-AVL.
- Nederlands Kanker Instituut Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (2003). *Module-V Cytostatica*. Amsterdam: Zibb.nl.
- Projectbureau Arboconvenant (2004a). *Veilig werken met cytostatica*. Groningen.
- Projectbureau Arboconvenant (2004b): *Prettig werken in een veilig en gezond UMC; Eindrapportage Arboconvenant Academische Ziekenhuizen*. Groningen.
- Stichting HKZ (2006). *HKZ Certificatieschema voor Thuiszorgorganisaties, Verpleeghuizen en Verzorgingshuizen versie 2006*. Utrecht: Stichting HKZ.
- Taakgroep cytostatica thuis IKL/WOVL (2005). *Clënteninfo m.b.t. omgaan met excreta bij cytostaticagebruik*. Maastricht: Integraal Kankercentrum Limburg.
- Werkgroep Infectiepreventie (2004a), *Veilig werken bij huishoudelijk werk en maaltijdverzorging in de thuiszorg*. Leiden: Werkgroep Infectiepreventie.

- Werkgroep Infectiepreventie (2004b), *Handhygiëne*. Leiden: Werkgroep Infectiepreventie.
- Werkgroep Infectiepreventie (2004c), *Lichaamsverzorging van de cliënt*. Leiden: Werkgroep Infectiepreventie.
- Werkgroep Infectiepreventie (2004d), *Verzorging bij urinelozing en stoelgang*. Leiden: Werkgroep Infectiepreventie.
- Werkgroep Infectiepreventie (2005), *Persoonlijke Beschermingsmiddelen*. Leiden: Werkgroep Infectiepreventie.
- Werkgroep oncologieverpleegkundigen Limburg, taakgroep cytostatica thuis (2005). *Protocol Veilig werken met cytostatica en uitscheidingsproducten thuis*. Maastricht: Integraal Kankercentrum Limburg.

### Internetbronnen

- ActiZ. (2007). *De vereniging*. Retrieved August 6, 2007, from <http://www.actiz.nl/actiz/list.do?node.nodeId=51635>
- Adburdias BV. (no date). *Wat is HKZ*. Retrieved August 6, 2007, from <http://www.adburdias.nl/hkz.htm>
- Arbeidsinspectie. (2007a). *Risicoinventarisatie en -evaluatie: informatie voor werkgevers*. Retrieved August 6, 2007, from [http://arbeidsinspectie.szw.nl/index.cfm?fuseaction=dsp\\_document&link\\_id=114563](http://arbeidsinspectie.szw.nl/index.cfm?fuseaction=dsp_document&link_id=114563)
- Arbeidsinspectie. (2007b). *Verslag inspectierapport wasgoedketen zorg*. Retrieved August 6, 2007, from [http://docs.minszw.nl/pdf//38/2006/38\\_2006\\_6\\_15976.pdf](http://docs.minszw.nl/pdf//38/2006/38_2006_6_15976.pdf)
- Arbeidsinspectie. (2007c). *Werkomstandigheden in de zorg zijn verbeterd*. Retrieved August 6, 2007, from [http://arbeidsinspectie.szw.nl/index.cfm?fuseaction=dsp\\_document&link\\_id=124242](http://arbeidsinspectie.szw.nl/index.cfm?fuseaction=dsp_document&link_id=124242)
- Bureau Beroepsziekten FNV. (2003a). *Arbeidsomstandighedenbesluit*. Retrieved August 6, 2007, from <http://www.xs4all.nl/~ftpbb009/2002/arbframe.html>
- Bureau Beroepsziekten FNV. (2003b). *Arbeidsomstandighedenwet*. Retrieved August 6, 2007, from <http://www.xs4all.nl/~ftpbb009/2002/arbwet1998.html#3>
- Bureau Beroepsziekten FNV. (2003c). *Arbobeleidsregels*. Retrieved August 6, 2007, from <http://www.xs4all.nl/~ftpbb009/2002/brinh.html>
- Carint (c). (no date). *Carint+*. Retrieved August 6, 2007, from <http://www.carint.nl/Web/Site/default.aspx?m=service>
- Carint (d). (no date). *Carint Thuiszorg*. Retrieved August 6, 2007, from <http://www.carint.nl/Web/Site/default.aspx?m=diensten&a=d&guid=2CCB2355-9DBE-4AE9-8FD8-9859162CABDB> (2007e).
- Carint (e). (no date). *Huishoudelijke steun met Alfahulp*. Retrieved August 6, 2007, from <http://www.carint.nl/Web/Site/default.aspx?m=diensten&a=d&guid=D458C148-7477-4DDF-9FD6-7DF2B32A0601>
- Carint (f). (no date). *Organisatie*. Retrieved August 6, 2007, from <http://www.carint.nl/Web/Site/default.aspx?m=over&a=org>



- Carint (g). (no date). *Samenwerking*. Retrieved August 6, 2007, from <http://www.carint.nl/Web/Site/default.aspx?m=over&a=samen>
- Carint (h). (no date) *Wie is Carint*. Retrieved August 6, 2007, from <http://www.carint.nl/Web/Site/default.aspx?m=over>
- Carint Reggeland Groep. (2006). *Carint Reggeland Groep. Dichtbij. Vertrouwd. Vakkundig*. Retrieved August 6, 2007, from <http://www.carintreggelandgroep.nl/>
- Journalink (2007). *Steekproefcalculator*. Retrieved August 29, 2007 from <http://www.journalinks.be/steekproef>
- Landelijke Stichting Beheer Kruiswerk. (2007). *Geschiedenis kruiswerk*. Retrieved August 6, 2007, from <http://www.lsbk.nl/geschiedenis/>
- Livio. (no date). *Over Livio*. Retrieved August 6, 2007, from <http://www.livio.nl/Pagina2.asp?TopPaginaID=1>
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. (a) (no date). *Cytostatica: maatregelen om blootstelling te voorkomen*. Retrieved August 6, 2007, from [http://home.szw.nl/navigatie/rubriek/dsp\\_rubriek.cfm?rubriek\\_id=2&subrubriek\\_id=391000&link\\_id=2076](http://home.szw.nl/navigatie/rubriek/dsp_rubriek.cfm?rubriek_id=2&subrubriek_id=391000&link_id=2076)
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. (b) (no date). *Kankerverwekkende en mutagene stoffen: informatie voor werknemers*. Retrieved August 6, 2007, from [http://home.szw.nl/navigatie/rubriek/dsp\\_rubriek.cfm?rubriek\\_id=2&subrubriek\\_id=205&link\\_id=75004](http://home.szw.nl/navigatie/rubriek/dsp_rubriek.cfm?rubriek_id=2&subrubriek_id=205&link_id=75004)
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2006). *Wat is de Wmo?* Retrieved August 6, 2007, from <http://www.info-wmo.nl/informatie-over-de-wmo/wat-is-de-wmo/default>
- Naviva. (no date). *Kwaliteit en deskundigheid*. Retrieved August 6, 2007, from [http://www.naviva.nl/site\\_1024/index.html](http://www.naviva.nl/site_1024/index.html)
- Reggeland Zorgvoorzieners. (no date). *Missie*. Retrieved August 6, 2007, from <http://www.reggeland.nl/p3.php?docid=3032>
- Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (a). (2002). *HKZ harmonisatiemodel*. Retrieved August 6, 2007, from <http://www.hkz.nl/content/view/22/52/>
- Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (b). (2005). *HKZ-normen*. Retrieved August 6, 2007, from <http://www.hkz.nl/content/view/1515/1352/>
- Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (c). (no date). *Welkom bij HKZ*. Retrieved August 6, 2007, from <http://www.hkz.nl/content/view/54/143/>
- TNS NIPO (2007). *Berekenen van steekproefmarges en –grootte*. Retrieved August 29, 2007 from [http://www.tns-nipo.com/sub\\_ext.asp?i034](http://www.tns-nipo.com/sub_ext.asp?i034)
- Wikimedia Foundation (a). (2007). *Cytostatica*. Retrieved August 6, 2007, from <http://nl.wikipedia.org/wiki/Cytostatica>
- Wikimedia Foundation (b). (2006). *Gezinszorg*. Retrieved August 6, 2007, from <http://nl.wikipedia.org/wiki/Gezinszorg>
- Wikimedia Foundation (c). (2007). *Kruisvereniging*. Retrieved August 6, 2007, from <http://nl.wikipedia.org/wiki/Kruisvereniging>

- Wikimedia Foundation (d). (2007). *Thuiszorg*. Retrieved August 6, 2007, from <http://nl.wikipedia.org/wiki/Thuiszorg>
- Wonen, Diensten en Techniek voor Mensen. (2006). *Zorgreus van Livio en Carint in de maak*. Retrieved August 6, 2007, from <http://www.wdtm.nl/actueel.php?acid=193>



# I De werking van cytostatica

(Limburgse Kankersamenwerking, 2005, p.6/7)

"Het doden van het tumorweefsel wordt door de cytostatica langs zeer uiteenlopende wegen geïnduceerd. Deze verschillende cellulaire mechanismen resulteren uiteindelijk in de beschadiging van kern-DNA. Meestal sterven de beschadigde cellen af tijdens de volgende mitotische4 cyclus (replicatieve dood), zodat het cytostatisch effect vooral zichtbaar is in snelgroeïende cellen. Bepaalde cellen worden zelfs niet beschadigd of zullen zich herstellen na de beschadiging. Deze niet-beschadigde en voldoende herstelde cellen zullen door hun verhoogde mitotische activiteit de weefsels herstellen. Dit gebeurt zowel in het tumorweefsel als in de gevoelige normale weefsels zoals het beenmerg, slijmvlies en haarfollikels. Is het weefselherstel vanuit de overlevende cellen sneller in de tumor dan in de normale weefsels, dan is de gebruikte cytostatische chemotherapie gedoemd tot mislukking.

Is het weefselherstel in de normale weefsels echter sneller dan in de tumor, dan vormt dit de basis om met herhaalde toedieningen van deze chemotherapie hetzij een belangrijke tumorreductie te bekomen, hetzij de volledige tumor uit te roeien. Het is duidelijk dat de marge tussen de therapeutische en de toxische dosis nauw is.

Voornameijk op basis van ervaring heeft men vastgesteld welke cytostatica voor verschillende tumoren het best geschikt zijn. Het mechanisme waarop deze selectiviteit van bepaalde cytostatica en hun combinaties berust, is vaak onbekend. Wanneer men spreekt over de werkingsmechanismen van cytostatica dan bedoelt men hiermee hoe de cytostatica cellen doden, maar niet waarom ze specifiek gericht zijn tegen bepaalde tumorcellen."

# II

## Overzicht soorten cytostatica

(Wierenga, 2004, p.35 & Arbeidsinspectie, 2002, p. 24)

Soort cytostaticum	Aantal dagen cytostaticum in excreta		
5-AZA-2'-deoxycytidine	1 dag	Etoposide	5 dagen
5-Fluorouracil	2 dagen	Fludarabine	2 dagen
Altretamine	4 dagen	Ganciclovir	2 dagen
Amsacrine	6 dagen	Hexamethylme	2 dagen
Asparaginase	2 dagen	Hydroxycarba	2 dagen
* Azathioprine	4 dagen	Idarubicine	6 dagen
		Ifosfamide	3 dagen
		Irinotecan	4 dagen
* Bleomycine	3 dagen	Levamisol	4 dagen
* Busulfan	2 dagen	* Melfalan	2 dagen
Capecitabine	2 dagen	Mercaptopurine	2 dagen
Carboplatin	4 dagen	Methotrexaat	7 dagen
* Carmustine	2 dagen	Methotrexaat	7 dagen
* Chloorambucil	2 dagen	Mitomycine	2 dagen
* Chloormethine	2 dagen	Mitoxantron	7 dagen
* Cisplatine	7 dagen	* Nimustine	2 dagen
Cladribine	3 dagen	Oxaliplatine	7 dagen
* Cyclofosfamide	3 dagen	Paclitaxel	2 dagen
Cytarabine ARA-C	2 dagen	Pentostatine	2 dagen
* Dacarbazine	24 uur	Plicamycine	4 dagen
Dactinomycine	2 dagen	* Procarbazine	2 dagen
* Daunorubicine	6 dagen	Raltitrexed	14 dagen
* Doxorubicine	6 dagen	* Streptozocine	2 dagen
Epirubicine	6 dagen	Taxotere	4 dagen
Estramustine diwaterstoffosfaat	2 dagen	Tegafur	3 dagen
		Temozolomide	2 dagen
		Teniposide	4 dagen
		Thioguanine	2 dagen
		* Thiotepa	5 dagen
		Topotecan	2 dagen
		* Treosulfan	2 dagen
		Vinblastine	2 dagen
		Vincristine	2 dagen
		Vindesine	2 dagen
		Vinorelbine	7 dagen

# III Besmetting van oppervlaktes met cytostatica

Meijster, Veldhof & Kromhout, 2004, p. 8&10

In het onderzoek van Peelen et al. (1999) is uitgebreid gekeken naar omgevingsbesmetting met cytostatica. Verschillende oppervlakken zijn in meerdere ziekenhuizen bemonsterd en geanalyseerd op besmetting met cytostatica.

Tabel 1. Resultaten van de metingen naar omgevingsbesmetting met cyclofosfamide uit het onderzoek van Peelen et al (1999).

Monitoringplaats	N	n	Mediaan (n) ng/cm <sup>2</sup>	Range ng/cm <sup>2</sup>
Tafel flowkast	6	6	17.67	3.78-60.46
Aanrecht tafel waar cytostatica worden weggelegd	37	22	0.06	0.00-0.65
Afvalbak zonder pedaal (SZA bak)	23	18	0.18	0.00-31.02
Afvalbak met pedaal	10	8	0.28	0.00-12.60
Pospoeler	13	9	0.04	0.00-4.20
Po (schoon)	2	1	15.76	15.76-15.76
Vervoersbak	6	4	0.04	0.00-0.15
Infuuszak	1	1	0.00	0.00-0.00
Infuuspaal	2	1	0.14	0.14-0.14
Bed patiënt	3	1	0.01	0.01-0.11
Vloer bij bed patiënt	41	39	0.15	0.00-21.65
Kastje bij bed patiënt	5	4	0.11	0.06-0.16
Deur	1	1	0.14	0.14-0.14
Bureau/ koffietafel	25	18	0.08	0.00-0.66

N= totaal aantal veegmonsters geanalyseerd op cytostatica

n= aantal veegmonsters boven de detectiegrens

mediaan (n) = mediaanwaarde van de veegmonsters boven de detectielimiet

Tabel 3. Oppervlaktebesmetting met cyclofosfamide uitgesplitst naar verpleegafdelingen en polikliniek (Hilhorst et al. 2001).

Oppervlak	N	n (%)	Mediaan (ng/cm <sup>3</sup> )	Range (ng/cm <sup>3</sup> )	Mediaan <sup>1</sup> (ng/cm <sup>3</sup> )
Balie/bureau	9	11	< 0.004	< 0.004 – 0.01	0.01
Polikliniek	3	0	< 0.004	< 0.004 – < 0.004	
Verpleegafdeling	6	17	< 0.004	< 0.004 – 0.01	0.01
Bed	15	53	0.01	< 0.004 – 0.08	0.04
Polikliniek	6	50	0.01	< 0.004 – 0.08	0.03
Verpleegafdeling	9	56	0.01	< 0.004 – 0.07	0.05
Transportbak (binnen)	10	30	< 0.002	< 0.002 – 0.05	0.03
Polikliniek	3	33	0.006	< 0.002 – 0.05	0.05
Verpleegafdeling	7	29	< 0.002	< 0.002 – 0.03	0.02
Transportbak (buiten)	10	30	< 0.002	< 0.002 – 0.05	0.03
Polikliniek	3	33	< 0.002	< 0.002 – 0.05	0.05
Verpleegafdeling	7	29	< 0.002	< 0.002 – 0.05	0.02
Infuuspmaal	13	69	0.06	< 0.007 – 1.90	0.13
Polikliniek	5	60	0.02	< 0.007 – 0.113	0.06
Verpleegafdeling	8	75	0.12	< 0.007 – 1.90	0.15
Infuuspomp (poli)	3	0	< 0.03	< 0.03 – < 0.03	
Infuuszak, -spuit	11	0	< 0.05	< 0.05 – < 0.05	
Polikliniek	4	0	< 0.04	< 0.04 – < 0.04	
Verpleegafdeling	7	0	< 0.05	< 0.05 – < 0.05	
SZA bak (deksel)	17	18	< 0.009	< 0.009 – < 0.009	0.04
Polikliniek	6	0	< 0.009	< 0.009 – < 0.009	
Verpleegafdeling	11	27	< 0.009	< 0.009 – < 0.009	0.04
Kastje SZA bak	2	0	< 0.002	< 0.002 – < 0.002	
Vloer bij bed patiënt	16	75	0.01	< 0.002 – 2.53	0.02
Polikliniek	5	80	0.01	< 0.002 – 0.04	0.01
Verpleegafdeling	11	73	0.02	< 0.002 – 2.53	1.27
Po/urinaal voor reinigen (verpl.)	2	50	0.03	< 0.009 – 0.04	0.04
Po/urinaal na reinigen (verpl.)	2	0	< 0.008	< 0.008 – < 0.008	
Pospoeler (verpl.)	6	50	0.03	< 0.008 – 0.69	0.10

N = totaal aantal genomen veegmonsters

n = % metingen boven de detectielimiet

mediaan<sup>1</sup> = mediaan berekend over de waarden boven detectielimiet (als in Peelen et al. 1999)

&lt; kleiner dan: waarde onder de detectielimiet

# IV Doeltreffende beheersing van de blootstelling aan cytostatica in ziekenhuizen

(Bureau Beroepsziekten FNV, 2001, <http://www.xs4all.nl/~ftpbb009/2002/bijlage14.html>)

## Bijlage 14 bij beleidsregel 4.18 -5 Arbobesluit

### A. Toe te passen maatregel/methode

Hierna volgt zowel in het algemeen als voor de onderscheiden werkzaamheden welke apparatuur en/of werkwijze, gelet op de mogelijkheden en uitgaande van de stand van de techniek, toegepast moet worden teneinde de cytostaticaconcentratie waaraan werknemers in ziekenhuizen kunnen worden blootgesteld, zo veel mogelijk te beheersen.

#### **Werkzaamheid**

#### **Toe te passen maatregel/methode**

##### **1. algemeen**

- A. Voor al het materiaal dat mogelijk met cytostatica besmet is, wordt gebruik gemaakt van speciale SZA (Speciaal Ziekenhuisafval)-afvalbakken met een voetpedaal.
- B. Persoonlijke beschermingsmiddelen voldoen aan de eisen beschreven in onderdeel B van deze bijlage.
- C. Persoonlijke beschermingsmiddelen worden na gebruik onmiddellijk weggegooid (in de SZA-bak) indien het een 'wegwerp'artikel betreft. Indien het een niet-wegwerpartikel betreft worden de artikelen verzameld in een container met een pH-neutraal of alkalisch reinigingsmiddel. De materialen worden vervolgens grondig gewassen. De overschorten worden bij het besmette wasgoed gevoegd.
- D. Alle ruimten waarin gewerkt wordt met cytostatica worden voorzien van een bord waarop dit duidelijk is aangegeven.
- E. De handelwijze bij calamiteiten dient voor iedere afdeling afzonderlijk te zijn vastgelegd in een procedure.

##### **4. verpleging kuur-patiënten**

- A. Er wordt rekening gehouden met de risico-periode 2 (variërend per cytostaticum, van 1 tot 7 dagen) van de patiënt als besmettingsbron door bijvoorbeeld het verzamelen van urine of het afnemen van bloed niet in deze periode plaats te laten vinden.
- B. Bij het bepalen van de vochtbalans wordt de methode gekozen waarbij de patiënt wordt gewogen dan wel wordt een beddenpan of bokaal gebruikt in plaats van een methode waarbij urine moet worden overgegoten. Indien dit laatste toch noodzakelijk is wordt gewerkt in een veiligheidswerkbank en verder volgens een protocol dat speciaal hiervoor is opgesteld en waarin in ieder geval aandacht wordt besteed aan



- materialen, methode en persoonlijke beschermingsmiddelen.
- C. Er wordt een pospoeler met omkeermechanisme gebruikt.
- D. Er worden handschoenen gebruikt indien er een kans bestaat op dermale blootstelling (bijv. verschonen beddengoed, wassen patiënt). Bij handelingen waarbij blootstelling op kan treden aan cytostaticabevattend vocht (bijv. bij het overgieten van urine) worden een overschort, handschoenen en een bril gebruikt.
- E. Het beddengoed wordt in een gesloten systeem afgevoerd.

## 5. schoonmaak

- A. Er is een schoonmaakprotocol aanwezig, waarin in ieder geval aandacht is besteed aan de hierna onder B tot en met D genoemde aspecten.
- B. Bij de schoonmaak wordt gezorgd dat de besmetting niet verspreid wordt, door in ieder geval na elke ruimte nieuw schoonmaakmateriaal te gebruiken.
- C. Degene die schoonmaakt draagt handschoenen.
- D. Het schoonmaken wordt regelmatig gecontroleerd door middel van veegproeven.

### B. Persoonlijke beschermingsmiddelen

Handschoenen voldoen in ieder geval aan Ontw.NEN-EN 374-3:1998, 'Beschermdende handschoenen tegen chemicaliën en micro-organismen - Deel 3: Bepaling van de weerstand tegen permeatie van chemicaliën'.

Latex is doorlaatbaar voor ethanol en methanol; van stoffen die daarin oplossen wordt dan ook de doorlaatbaarheid vergroot. Voer een handeling met deze stoffen, bijvoorbeeld een desinfectie, dus niet uit met latexhandschoenen. Indien het een klein te desinfecteren oppervlak betreft, gebruik dan een wattenstaafje.

Was voor het aantrekken van de handschoenen de handen en herhaal dit bij het wisselen van de handschoenen.

De handschoenen worden onmiddellijk uitgedaan na de handeling om besmetting van de omgeving te voorkomen.

Handschoenen worden gewisseld na iedere handeling, beschadiging of zichtbare besmetting.

Handschoenen worden voor gebruik geïnspecteerd op verkleuring, gaatjes en scheuren.

Een beschermbril is gemaakt van polycarbonaat of acetaat, is krasbestendig en sluit goed om het gelaat.

Hergebruik is mogelijk indien een bril niet besmet is en goed gereinigd met veel stromend water.

Een besmette bril wordt afgevoerd als besmet afval.

Ademhalingsbescherming bestaat uit een volgelaatsmasker met P3SL filter.

Een overschort is van niet-vezelend, waterafstotend materiaal, bevat een rugsluiting en lange mouwen met een manchet en is van een kleur die afwijkend is van andere schorten. Het materiaal bestaat uit Tyvek met een saranexlaagje of een polyethyleencoating. Dit schort wordt niet buiten de werkruimte gedragen.

Na een besmetting wordt het overschort direct verwisseld.

'Wegwerp'schorten worden als cytostatica afval behandeld; niet-'wegwerp'schorten als besmet wasgoed.

# V Persoonlijke beschermingsmiddelen

Voorschriften waar Persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) aan moeten voldoen vanuit de beleidregel van de Arbeidsinspectie (Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen, 2005, pagina 268 t/m 270)

## “Handschoenen

Handschoenen moeten in ieder geval voldoen aan Ontw. NENEN 374-3: 1998, 'Beschermdende handschoenen tegen chemicaliën en micro-organismen - deel 3: Bepaling van de weerstand tegen permeatie van chemicaliën'.

De regels voor het gebruik van handschoenen zijn:

- Voer een handeling (bijvoorbeeld een desinfectie) met ethanol of methanol of met stoffen die daarin zijn opgelost, níet uit met latexhandschoenen. Latex laat ethanol en methanol namelijk door. Van stoffen die in ethanol en methanol zijn opgelost, neemt het vermogen door latex heen te dringen, toe.
- Gebruik een wattenstaafje voor een klein te desinfecteren oppervlak.
- Inspecteer de handschoenen voor gebruik op verkleuring, gaatjes en scheuren.
- Doe de handschoenen na de handeling onmiddellijk uit om besmetting van de omgeving te voorkomen.
- Verwissel de handschoenen na iedere beschadiging of zichtbare besmetting.

In de beleidsregel is één ding over het hoofd gezien: medische handschoenen die voldoen aan de norm EN 455, kunnen en mogen volgens de huidige Europese wetgeving per definitie NIET voldoen aan de NEN-EN 374-3 voor chemische handschoenen.

Het volgende wordt geadviseerd:

- Gebruik (medische) handschoenen die (tevens) de beste bescherming bieden tegen chemische stoffen, waaronder cytostatica. Diverse leveranciers hebben inmiddels testgegevens. Deze kunt u opvragen.
- Houd er rekening mee dat de doorlaatbaarheid van handschoenen per cytostaticum en oplosmiddel kan verschillen. Gemiddeld genomen bieden nitril handschoenen een betere bescherming dan latex.
- Gebruik in geval van incidenten en calamiteiten handschoenen die in de noodset aanwezig zijn. Deze handschoenen zijn namelijk altijd van een zwaardere kwaliteit, voldoen aan de chemische norm NEN-EN 374-3 en beschermen goed tegen cytostatica. Voor de normale (medische) werkomgeving zijn de handschoenen uit de noodset echter te dik en te stug om goed mee te werken.

## Beschermbrillen

Een beschermbril moet:

- Gemaakt zijn van polycarbonaat of acetaat.
- Krasbestendig zijn.
- Goed om het gelaat sluiten.

De regels voor het gebruik van beschermbrillen zijn:

- Hergebruik een bril alleen als deze niet is besmet en goed is gereinigd met veel stromend water.
- Voer een besmette bril af als besmet afval.

### **Ademhalingsbescherming**

De ademhalingsbescherming bestaat uit een volgelaatsmasker met P3-filter.

Een volgelaatsmasker met P3-filter of perslucht is alleen nodig bij calamiteiten met poedervormige cytostatica. Ze worden dan gedragen door medewerkers van het Bedrijfshulpverleningsteam die onder andere een training perslucht dragen hebben gevolgd. Voor overige situaties kan worden volstaan met een mondkap (FFP2), zo nodig in combinatie met een veiligheidsbril of gelaatsscherm.

### **Overschorten**

Een overschort moet:

- Gemaakt zijn van niet-vezelend, waterafstotend materiaal dat bestaat uit Tyvek met een saranexlaagje of een polyethyleencoating.
- Een rugsluiting bevatten.
- Lange mouwen hebben met een manchet.
- Een afwijkende kleur hebben ten opzicht van andere schorten.

De regels voor het gebruik van overschorten zijn:

- Draag het overschort niet buiten de werkruimte.
- Verwissel het overschort direct na een besmetting.
- Behandel wegwerpschorten als cytostatica-afval.
- Behandel niet-wegwerpschorten als besmet wasgoed.

De beleidsregel is dermate gedetailleerd over overschorten, dat uitsluitend schorten van één fabrikant schijnen te voldoen.

Essentieel is het volgende:

- Een overschort moet de huid en de onderliggende kleding voldoende beschermen tegen een besmetting met cytostatica. Daartoe moet het materiaal van het overschort vochtafstotend zijn.
- Een overschort moet bescherming bieden aan de armen en aan de voor- en zijkant van het lichaam.
- Aan deze criteria kunnen ook andere merken overschorten voldoen.

### **Schoonmaken en verwijderen**

Voor het schoonmaken en verwijderen van PBM geldt het volgende:

- Werp PBM na gebruik onmiddellijk in de SZA-bak, voorzover het wegwerpartikelen betreft.
- Verzamel niet-wegwerpartikelen (behalve overschorten) in een container met een pH-neutraal of alkalisch reinigingsmiddel.
- Was de materialen vervolgens grondig.
- Voeg overschorten bij het besmette wasgoed.

Cytostatica zijn te verwijderen met een neutrale of basische zeepoplossing. Daarom geldt het advies duurzame materialen, zoals een beschermbril, een gelaatsmasker of een pincet, grondig te reinigen met de juiste zeepoplossing en goed te spoelen met water uit de kraan. Daarna zijn ze klaar voor hergebruik.”

# VI Onderzoek naar schoonmaakdoeken

(Wierenga, 2004, p.5, 6, 14, 15, 18, 21, 22, 23)

Wierenga heeft in zijn onderzoek gebruik gemaakt van het cytostaticum Cisplatine, vanwege het feit dat dit een van de meest voorkomende cytostatica is.

## **Gebruikte schoonmaakprocedure tijdens onderzoek:**

Gebruikte materialen:

- Schoonmaakdoekje; herbruikbaar
- Mop voor de vloer; herbruikbaar
- Voor de toiletten worden een rode emmer gebruikt met handwarm water.
- In de rode emmer voor de vloer van het toilet zit warmer water met een afgestemde hoeveelheid Clonet.

Genomen voorzorgsmaatregelen:

- Persoonlijke beschermingsmiddelen
- Handschoenen; latexhandschoenen (latexarm, poedervrij)

Werkwijze schoonmaakmethode toilet:

- Eerst met een borstel de toiletpot reinigen en daarna de WC doorspoelen
- De schoonmaakdoek spoelen in het water en vervolgens door een wringer halen.
- Dagelijks met het doekje de wasbak, kraan, deur klinken, handvaten, prullenbak, etc.
- Schoonmaken door eerst te sproeien met "Taski 100 conc. W1" en dan te wassen met de natte doek.
- Het doekje vervolgens spoelen in de rode emmer en door de wringer halen.
- Dan de WC-bril schoonmaken en daarna de pot met de vochtige doek
- De vloer afnemen met de natte mop
- De mop vervolgens spoelen in de rode mop-emmer en de vloer nogmaals afnemen
- Een maal per week wordt de ruimte schoongemaakt met "Taski Clonet W4" op een spons om de kalk te verwijderen. Daarna wordt de spons uitgespoeld in schoon water.

## **0-meting**

Om de 0-meting te doen van de schoonmaakmethode is er gekozen voor de volgende meetmomenten:

1. Sopje vloer na toiletreiniging
2. Sopje overig na toiletreiniging
3. Mop na schoonmaak toilet innemen
4. Schoonmaakdoekje na schoonmaak toilet innemen
5. Veegmonster van de vloer na schoonmaak
6. Veegmonster van de rand toilet na schoonmaak
7. Veegmonster van de WC-bril na schoonmaak
8. Handschoen innemen na schoonmaak

## Resultaten 0-meting

Toilet 1				
Omschrijving materiaal	Opmerking	totaal aanwezig cisplatine (ng)	maximale efficiëntie waarde * (ng)	minimale efficiëntie waarde * (ng)
sop vloer; 6 liter	Na schoonmaak vloer toilet: monster van het sop genomen	<90	90	0
sop overig; 2 liter	Na schoonmaak toilet: monster van het sop genomen	<30	30	0
mop vloer	Na schoonmaak toiletvloer de mop ingenomen. Oppervlakte vloer = 115x170 CM.	<31	31	0
schoonmaakdoekje taski allegro	Na schoonmaak toilet: schoonmaakdoekje ingenomen (toilet bij toedieningsruimte; hele toilet, incl. pot)	69	69	69
veegmonster van toiletpot	Na schoonmaak toilet	19	19	19
veegmonster van WC-bril	Na schoonmaak toilet	6	6	6
veegmonsters van de vloer	Na schoonmaak: veegmonsters genomen van vloer toilet Oppervlakte 115x170 CM.	<1,1	0	1,1
veegmonster kraan/wasbak/prullenbak	Na schoonmaak	17	17	17
handschoen nitril	Na schoonmaak: handschoen ingenomen van de "schoonmaakhand"	<0,9	0,9	0
<b>schoonmaakefficiëntie</b>			<b>84%</b>	<b>62%</b>

Toilet 2				
Omschrijving materiaal	Opmerking	totaal aanwezig cisplatine (ng)	maximale waarde * (ng)	minimale waarde * (ng)
sop vloer; 6 liter	Na schoonmaak vloer toilet: monster van het sop genomen (warm water met scheut clonet)	<90	90	0
sop overig; 2 liter	Na schoonmaak toilet: monster van het sop genomen	<30	30	0
mop vloer	Na schoonmaak vloer toilet de mop innemen. Oppervlakte vloer = 115x170 CM.	<31	31	0
schoonmaakdoekje	Na schoonmaak toilet: schoonmaakdoekje ingenomen. (toilet bij toedieningsruimte; hele toilet, incl. pot)	<1,2	1,2	0
veegmonster van toiletpot	Na schoonmaak toilet	8	8	8
veegmonster van WC-bril	Na schoonmaak toilet	2	2	2
veegmonsters van de vloer	Na schoonmaak: veegmonsters genomen van vloer toilet Oppervlakte 115x170 CM.	2	2	2
veegmonster kraan/wasbak/prullenbak	Na schoonmaak	<0,7	0	0,7
handschoen	Na schoonmaak: handschoen ingenomen van de "schoonmaakhand"	<0,9	0,9	0,0
<b>Schoonmaakefficiency</b>			<b>93%</b>	<b>0%</b>

Naast veegproeven voor de schoonmaakprocedure heeft Wierenga tevens testen gedaan naar het efficiency van het soort schoonmaakdoek. De volgende schoonmaakdoeken heeft Wienga onderzocht:

Schoonmaakdoek	Materiaal	Wegwerpdoek of herbruikbaar	Doek nat of droog	Opmerking
Taski Allegro werkdoeken	Non-woven	wegwerp; semi-disposable	nat	huidige wegwerp schoonmaakdoek
Werkdoek KD (ballerina doek)	60% viscose, 20% polyester 20% polypropyleen	wegwerp	nat	
T-Towel	100% viscose	wegwerp	nat	
Werkdoek GD	85% viscose en 15% polypropyleen	wegwerp	nat	
Microvezel	80% PE en 20% PA (microvezel)	herbruikbaar	nat	
Kimberly-Clark wegwerpdoekje	Houtvezel versterkt met polypropyleen	wegwerp	nat	
Exact premium (Vileda)	polyurethaan buitenlaag / binnenlaag van nonwoven katoen / viscose	herbruikbaar	nat	huidige schoonmaakdoek
Vloerwisdoek	100 % viscose, olie geïmpregneerd	wegwerp	droog	
Vlakmop (rasant);	Polyester buitenkant (microvezel) / binnenkant katoen	herbruikbaar	nat	

Tabel 2; overzicht gebruikte schoonmaakdoeken met bijbehorende schoonmaakmethode

Wierenga heeft de volgende resultaten gemeten naar respectievelijk een keer en twee keer schoonmaken:

Omschrijving	n	cisplatine (ng) (mediaan) restant na reiniging <sup>1</sup>	% schoonmaakefficiëntie (gem per doekje) <sup>2</sup>
Blanco; schoon oppervlak geveegd	5	<0,3	
Cisplatine-oplossing 3 ml op filter	3	2785	
Cisplatine-oplossing 2 ml: geveegd	2	1939	
Cisplatine-oplossing 3 ml: geveegd	2	2585	
Cisplatine-oplossing 4 ml: geveegd	1	3739	
Cisplatine-oplossing referentie waarde		2758	0%
Taski Allegro;	3	320	88,4%
werkdoek KD (ballerina doek)	3	334	87,9%
T-Towel	3	312	88,7%
werkdoek GD	3	148	94,6%
Microvezel	3	109	96,0%
vloerwisdoek (op olie basis; droog poetsen)	3	1739	37,0%
Kimberly-Clark wegwerpdoekje	3	415	84,9%
Exact premium (Vileda) (huidige schoonmaakdoek)	3	369	86,6%

Tabel 5: meetresultaten proefopzet met verschillende soorten schoonmaakdoeken

Omschrijving	Materiaal	% schoonmaak- efficiëntie (gem per doekje)	berekende % schoonmaak- efficiëntie na 2x schoonmaken (gemiddeld per doekje)
Taski Allegro	Non-woven	88,4%	98,7%
werkdoek KD (ballerina doek)	60% viscose, 20% polyester 20% polypropyleen	87,9%	98,5%
T-Towel	100% viscose	88,7%	98,7%
werkdoek GD	85% viscose en 15% polypropyleen	94,6%	99,7%
Microvezel	80% PE en 20% PA	96,0%	99,8%
vloerwisdoek (op olie basis; droog poetsen)	100 % viscose, olie geïmpregneerd	37,0%	60,3%
Kimberly-Clark wegwerpdoekje	Houtvezel versterkt met polypropyleen	84,9%	97,7%
Exact premium (Vileda) (huidige schoonmaakdoek)	polyurethaan buitenlaag / binnenlaag van nonwoven katoen / viscose	86,6%	98,2%

Tabel 6; Berekende schoonmaakefficiëntie en restvervuiling na twee keer schoonmaken

# VII Arbobesluit & Beleidsregels

(Bureau Beroepsziekten FNV, 2001, <http://www.xs4all.nl/~ftpbb009/2002/arbframe.html> & <http://www.xs4all.nl/~ftpbb009/2002/brinh.html>)

## Arbeidsomstandighedenbesluit

### Hoofdstuk 4 GEVAARLIJKE STOFFEN EN BIOLOGISCHE AGENTIA

#### AFDELING 1 ALGEMENE VOORSCHRIFTEN

##### **Artikel 4.1 Zorgvuldigheid, ordelijkheid en zindelijkheid**

Indien op de arbeidsplaats stoffen aanwezig zijn die gevaar voor de veiligheid of de gezondheid van werknemers dan wel hinder voor deze kunnen opleveren, wordt de grootst mogelijke zorgvuldigheid, ordelijkheid en zindelijkheid in acht genomen.

##### **Artikel 4.2 Nadere voorschriften risico-inventarisatie en -evaluatie, beoordelen**

1. Indien arbeid wordt verricht waarbij werknemers worden of kunnen worden blootgesteld aan stoffen die gevaar voor de veiligheid of de gezondheid dan wel hinder voor deze kunnen opleveren, worden in het kader van de risico-inventarisatie en -evaluatie, bedoeld in artikel 5 van de wet, de aard, de mate en de duur van die blootstelling beoordeeld teneinde de gevaren voor de werknemers te bepalen.
2. Met betrekking tot de aard van de blootstelling wordt in ieder geval vastgesteld aan welke stoffen werknemers worden of kunnen worden blootgesteld, in welke situaties blootstelling zich kan voordoen en op welke wijze blootstelling kan plaatsvinden.
3. Met betrekking tot de mate van blootstelling wordt in ieder geval vastgesteld wat het blootstellingsniveau op de arbeidsplaats is. Voor het doeltreffend vaststellen van het blootstellingsniveau wordt gebruik gemaakt van bestaande geschikte meetmethodes, tenzij dit niveau door middel van andere methodes doeltreffend kan worden bepaald.
4. Voor zover het blootstellingsniveau alleen doeltreffend kan worden vastgesteld door middel van metingen, wordt gebruik gemaakt van een voor het doel van de meting geschikte en genormaliseerde meetmethode. Bij het ontbreken van een genormaliseerde meetmethode wordt de meting uitgevoerd volgens een andere voor het doel geschikte meetmethode.

*(Per 9-5-2002)* Indien op de arbeidsplaats in verband met de aard van de werkzaamheden die daar worden uitgevoerd, stoffen plegen voor te komen die bij of krachtens de Wet milieugevaarlijke stoffen worden ingedeeld in de categorie «voor de voortplanting vergiftig», bedoeld in artikel 34, tweede lid, onder n, van die wet, alsmede stoffen als bedoeld in Richtlijn nr. 67/548/EEG van de Raad van de Europese Economische Gemeenschap van 27 juni 1967 betreffende de aanpassing van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen inzake de indeling, de verpakking en het kenmerken van gevaarlijke stoffen (PbEG L 196) die met de waarschuwingszin R64 worden gekenmerkt overeenkomstig de criteria in paragraaf 3.2.8 van bijlage VI bij deze richtlijn, worden met betrekking tot die stoffen in de risico-inventarisatie en -evaluatie, bedoeld in artikel 5 van de wet, tevens de volgende gegevens vermeld:.

- a. de hoeveelheid van de stof die per jaar pleegt te worden vervaardigd of gebruikt dan wel aanwezig pleegt te zijn in verband met opslag;



- b. het aantal werknemers dat arbeid pleegt te verrichten op de arbeidsplaats waar de stof pleegt voor te komen;
- c. de vorm van de arbeid die met de stof pleegt te worden verricht;
- d. de wijze waarop de onder b bedoelde werknemers bij hun arbeid aan de stof worden of kunnen worden blootgesteld;
- e. de maatregelen die zijn genomen ter naleving van artikel 4.9.

## **AFDELING 2 VOORSCHRIFTEN VOOR HET WERKEN MET KANKERVERWEKKENDE STOFFEN EN PROCESSEN**

### **Artikel 4.13 Nadere voorschriften risico-inventarisatie en -evaluatie**

Indien arbeid wordt verricht waarbij werknemers als gevolg van hun werk worden of kunnen worden blootgesteld aan kankerverwekkende stoffen en processen, worden met betrekking tot deze stoffen of processen die, gelet op de aard van de bedrijvigheid, met enige regelmaat aanwezig zijn of worden toegepast, in de risico-inventarisatie en -evaluatie, bedoeld in artikel 5 van de wet, in ieder geval de volgende gegevens opgenomen:

a. met betrekking tot de identiteit:

1°. in geval van een enkelvoudige stof: de chemische naam of namen dan wel het CAS-nummer of het nummer waaronder de stof is opgenomen in de lijst van stoffen, bedoeld in bijlage I bij Richtlijn nr. 67/548/EEG van de Raad van de Europese Gemeenschappen van 27 juni 1967 betreffende de onderlinge aanpassing van de wettelijke en bestuurs-rechtelijke bepalingen inzake de indeling, de verpakking en het kenmerken van gevaarlijke stoffen (PbEG 196);

2°. in geval van een meervoudige stof: de handelsnaam of namen alsmede de chemische naam of namen en de gewichtspercentages van de component die aanleiding geeft tot indeling van de stof in de categorie carcinogeen;

3°. in geval van een proces: de beschrijving van het proces en de chemische naam van de stoffen die daarbij vrijkomen;

b. de reden waarom het gebruik van een kankerverwekkende stof of het toepassen van een kankerverwekkend proces voor het verrichten van de arbeid strikt noodzakelijk is en vervanging technisch niet uitvoerbaar is;

c. een aanduiding van de organisatorische eenheid of eenheden binnen het bedrijf of de inrichting waar een kankerverwekkende stof pleegt voor te komen of een kankerverwekkend proces pleegt te worden toegepast;

d. de benaming van het gevaar of de gevaren van de kankerverwekkende stof of het kankerverwekkende proces;

e. de hoeveelheid van de kankerverwekkende stof die per jaar pleegt te worden vervaardigd of gebruikt dan wel aanwezig pleegt te zijn in verband met de opslag respectievelijk de frequentie waarmee een proces per jaar pleegt te worden toegepast;

f. de soort arbeid die met de kankerverwekkende stof pleegt te worden verricht of waarbij het kankerverwekkende proces pleegt te worden toegepast;

g. het aantal werknemers dat aan een kankerverwekkende stof of proces pleegt te worden blootgesteld of kan worden blootgesteld;

h. de wijze waarop de onder g bedoelde werknemers aan een kankerverwekkende stof of proces plagen te worden blootgesteld of kunnen worden blootgesteld, en

i. de maatregelen die zijn genomen ter naleving van het bepaalde bij of krachtens deze afdeling.

#### **Artikel 4.14 Nadere voorschriften risico-inventarisatie en -evaluatie, beoordelen**

1. Voor alle arbeid waarbij werknemers aan kankerverwekkende stoffen of processen kunnen worden blootgesteld worden, in het kader van de risico-inventarisatie en -evaluatie, bedoeld in artikel 5 van de wet, de aard, de mate en de duur van mogelijke blootstelling beoordeeld teneinde de gevaren voor de gezondheid en veiligheid van de werknemers te kunnen bepalen. Bij de beoordeling wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met voorzienbare gebeurtenissen die kunnen leiden tot een aanzienlijke toename van de mate van blootstelling.
2. Met betrekking tot de aard van de mogelijke blootstelling wordt in ieder geval bepaald aan welke kankerverwekkende stoffen en processen werknemers worden of kunnen worden blootgesteld, in welke situaties blootstelling zich kan voordoen en op welke wijze blootstelling kan plaatsvinden.
3. Met betrekking tot de mate van blootstelling wordt in ieder geval bepaald wat het blootstellingsniveau is op de arbeidsplaats. Voor het doeltreffend vaststellen van het blootstellingsniveau wordt gebruik gemaakt van bestaande, geschikte meetmethodes voor kankerverwekkende stoffen, tenzij dit niveau door middel van andere methodes doeltreffend kan worden bepaald.
4. Bij de beoordeling, bedoeld in het eerste lid, wordt zo veel mogelijk rekening gehouden met de mogelijke versterkende effecten die al dan niet kankerverwekkende stoffen of processen op elkaar kunnen hebben.
5. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot dit artikel. Deze regels kunnen betrekking hebben op:
  - a. de methoden waarmee het blootstellingsniveau, bedoeld in het tweede lid, doeltreffend wordt bepaald;
  - b. het gebruik van bestaande geschikte meetmethodes voor blootstelling aan kankerverwekkende stoffen of processen;
  - c. de wijze waarop meetresultaten worden beoordeeld en geregistreerd.

#### **Artikel 4.15 Lijst van werknemers**

1. Er wordt een lijst bijgehouden van werknemers die belast zijn met werkzaamheden die blijkens de beoordeling, bedoeld in artikel 4.14, gevaar opleveren voor de veiligheid en de gezondheid, onder vermelding van de blootstelling die zij hebben ondergaan voor zover hierover gegevens beschikbaar zijn.
2. Iedere werknemer heeft recht op inzage in de gegevens die in de lijst, bedoeld in het eerste lid, met betrekking tot hem zijn opgenomen.

#### **Artikel 4.16 Grenswaarden**

1. Bij ministeriële regeling worden regels gesteld met betrekking tot de grenswaarden waarboven het blootstellingsniveau of het gemiddelde blootstellingsniveau van kankerverwekkende stoffen en stoffen die vrijkomen bij kankerverwekkende processen niet mag uitgaan.
2. Bij overschrijding van een waarde als bedoeld in het eerste lid worden onverwijld doeltreffende maatregelen genomen om die concentratie terug te brengen tot beneden die waarde.
3. Zolang de maatregelen, bedoeld in het tweede lid, nog niet volledig ten uitvoer zijn gelegd of niet tot een doeltreffende bescherming leiden, mag de arbeid alleen worden voortgezet, indien doeltreffende maatregelen zijn genomen om schade aan de gezondheid van werknemers te voorkomen.

#### **Artikel 4.17 Voorkomen van blootstelling; vervangen**

Zodanige technische en organisatorische maatregelen zijn genomen dat het gevaar van blootstelling van werknemers aan kankerverwekkende stoffen en processen zoveel mogelijk bij de bron daarvan

wordt voorkomen, met name door kankerverwekkende stoffen en processen, voor zover dit technisch uitvoerbaar is, te vervangen door stoffen of processen waarbij de werknemers, gelet op de eigenschappen van die stoffen of processen, de aard van de arbeid, de werkmethoden en de werkomstandigheden, niet of minder aan gevaar voor hun veiligheid of gezondheid worden blootgesteld.

#### **Artikel 4.18 Voorkomen of beperken van blootstelling**

1. Voor zover uit de resultaten van de in artikel 4.14, eerste lid, bedoelde beoordeling blijkt dat er gevaar voor de gezondheid van de werknemers bestaat en dat het op doeltreffende wijze voorkomen van blootstelling door het nemen van maatregelen als bedoeld in artikel 4.17 technisch niet uitvoerbaar is, wordt het gevaar van blootstelling, voor zover dit technisch uitvoerbaar is, bij de bron daarvan voorkomen of teruggebracht tot een niveau waarop geen schade aan de gezondheid kan optreden, met name door de productie en het gebruik van kankerverwekkende stoffen of processen plaats te doen vinden in een gesloten systeem.
2. Indien het voorkomen van blootstelling of het terugbrengen van blootstelling tot een niveau waarop geen schade aan de gezondheid kan optreden als bedoeld in het eerste lid technisch niet uitvoerbaar is, worden kankerverwekkende stoffen op doeltreffende wijze aan de bron verwijderd, onder meer door plaatselijke afvoer van de lucht, zo nodig aangevuld door algemene ventilatie, waarbij gelijktijdig voldoende toevoer van niet-verontreinigde lucht is gewaarborgd zonder dat hierbij gevaar ontstaat voor de volksgezondheid en het milieu.
3. Indien de in het tweede lid bedoelde maatregelen technisch niet uitvoerbaar zijn, worden maatregelen genomen om blootstelling van werknemers te beperken tot een zo laag mogelijk niveau als technisch uitvoerbaar is door zoveel mogelijk mens en bron te scheiden.
4. Wanneer het technisch niet uitvoerbaar is om de blootstelling van werknemers te voorkomen of te beperken tot een voldoende laag niveau door middel van de in het derde lid bedoelde maatregelen, worden aan werknemers die worden of kunnen worden blootgesteld persoonlijke beschermingsmiddelen ter beschikking gesteld.
5. Indien de werkzaamheden worden verricht met gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen, mag dit niet blijvend op deze wijze geschieden en wordt de duur van het dragen daarvan voor ieder van deze werknemers tot het strikt noodzakelijke beperkt.

#### **Artikel 4.19 Beperken van blootstelling**

In alle gevallen waarin arbeid wordt verricht waarbij werknemers als gevolg van hun werk kunnen worden blootgesteld aan kankerverwekkende stoffen of processen, worden de volgende maatregelen genomen om blootstelling van werknemers te voorkomen of te beperken tot een zo laag mogelijk niveau:

- a. kankerverwekkende stoffen zijn in geen grotere hoeveelheid aanwezig en het aantal werknemers dat wordt of kan worden blootgesteld is niet groter dan voor het verrichten van de arbeid strikt noodzakelijk is;
- b. de duur van de blootstelling wordt zoveel mogelijk beperkt;
- c. de werknemers die worden of kunnen worden blootgesteld zijn voldoende vertrouwd met de aard van hun werkzaamheden en hebben voldoende kennis van de gevaren die aan de blootstelling zijn verbonden en van de voorzieningen die getroffen zijn of door hen moeten worden getroffen om die gevaren te voorkomen of te beperken;
- d. bij de arbeid zijn de noodzakelijke hygiënische voorzieningen getroffen;
- e. voorkomen wordt dat gevarenczones worden betreden door anderen dan de werknemers of andere personen die de zones in verband met hun arbeid moeten betreden;

- f. gevarenczones worden gemarkeerd door middel van waarschuwings- en veiligheidssignalen die voldoen aan het bij of krachtens afdeling 2 van hoofdstuk 8 bepaalde;
- g. zodanige voorzieningen zijn getroffen dat het gevaar dat zich bij de arbeid een ongewilde gebeurtenis voordoet zoveel mogelijk is vermeden;
- h. zodanige voorzieningen zijn getroffen dat in geval zich bij de arbeid een ongewilde gebeurtenis voordoet de gevolgen daarvan zoveel mogelijk worden beperkt;
- i. gebruik wordt gemaakt van doeltreffende middelen voor veilig opslaan, hanteren en vervoeren van kankerverwekkende stoffen door gebruik van hermetisch gesloten en duidelijk zichtbaar gekenmerkte houders, en
- j. gebruik wordt gemaakt van doeltreffende middelen voor het veilig verzamelen, opslaan en verwijderen van afvalstoffen, met inbegrip van het gebruik van hermetisch gesloten en duidelijk zichtbaar gekenmerkte houders.

## Beleidsregels

### Beleidsregel 4.18 -1 Doeltreffende beheersing van blootstelling aan kankerverwekkende stoffen

Maatregelen als bedoeld in artikel 4.18, eerste tot en met derde lid, van het Arbeidsomstandighedenbesluit zijn niet doeltreffend als

1. het blootstellingsniveau van een kankerverwekkende stof met een niet-genotoxisch werkingsmechanisme de wettelijke grenswaarde voor die stof, zoals opgenomen in de bijlage VII van de Arbeidsomstandighedenregeling, overschrijdt;
2. het blootstellingsniveau van een kankerverwekkende stof met een genotoxisch werkingsmechanisme de wettelijke grenswaarde voor die stof, zoals opgenomen in de bijlage VII van de Arbeidsomstandighedenregeling, overschrijdt. Bovendien moet een zo laag mogelijk blootstellingsniveau worden nagestreefd;
3. huidcontact aanwezig is of mogelijk blijkt met kankerverwekkende stoffen waarvoor een huidnotatie is vastgesteld zoals opgenomen in de lijst van grenswaarden in bijlage VII van de Arbeidsomstandighedenregeling, of die kankerverwekkend zijn voor de huid. In dergelijke situaties worden doelmatige persoonlijke huidbeschermingsmiddelen gedragen als bedoeld in artikel 4.18, vierde lid, van het Arbeidsomstandighedenbesluit.
4. huidcontact aanwezig is of mogelijk blijkt met kankerverwekkende stoffen, die voldoen aan de criteria voor toekenning van de volgende gevaarszinnen en veiligheidsaanbevelingen (R- en S-zinnen):
  - a. R21: "Schadelijk bij aanraking met de huid"
  - b. R24: "Vergiftig bij aanraking met de huid"
  - c. R27: "Zeer vergiftig bij aanraking met de huid"
  - d. R34: "Veroorzaakt brandwonden"
  - e. R35: "Veroorzaakt ernstige brandwonden"
  - f. R38: "Irriterend voor de huid"
  - g. R43: "Kan overgevoeligheid veroorzaken bij contact met de huid"
  - h. S36: "Draag geschikte beschermende kleding"
  - i. S37: "Draag geschikte handschoenen".

In dergelijke situaties worden doelmatige persoonlijke huidbeschermingsmiddelen gedragen, als bedoeld in artikel 4.18, vierde lid, van het Arbeidsomstandighedenbesluit.

5. oogcontact aanwezig is of mogelijk blijkt met kankerverwekkende stoffen, die voldoen aan de criteria voor toekenning van de volgende gevaarszinnen en veiligheidsaanbevelingen (R- en S-zinnen):
  - a. R34: "Veroorzaakt brandwonden"
  - b. R35: "Veroorzaakt ernstige brandwonden"

c. R36: "Irriterend voor de ogen"

d. R41: "Gevaar voor ernstig oogletsel"

e. S39: "Een beschermingsmiddel voor de ogen/voor het gezicht dragen".

In dergelijke situaties worden doelmatige persoonlijke oog- of gezichtsbeschermingsmiddelen gedragen, als bedoeld in artikel 4.18, vierde lid, van het Arbeidsomstandighedenbesluit.

#### **Beleidsregel 4.18 -5 Doeltreffende beheersing van de blootstelling aan cytostatica in ziekenhuizen**

Bij blootstelling aan cytostatica in ziekenhuizen wordt aan de in artikel 4.18, eerste tot en met vierde lid, van het Arbeidsomstandighedenbesluit opgenomen verplichtingen voldaan indien adequate arbeidsmiddelen dan wel werkmethoden worden toegepast of persoonlijke beschermingsmiddelen worden gebruikt overeenkomstig het in bijlage 14 bij deze beleidsregels gestelde.

#### Toelichting:

In deze beleidsregel zijn beheersmaatregelen omschreven die gehanteerd dienen te worden bij werkzaamheden in ziekenhuizen waar gewerkt wordt met cytostatica. Een groot aantal cytostatica is geclassificeerd als kankerverwekkend. Bij de overige cytostatica zal het classificeren nog geschieden. De verwachting is dat alle cytostatica als kankerverwekkend geclassificeerd zullen worden. Bij het werken met cytostatica kan blootstelling aan deze stoffen optreden, hetgeen schadelijk kan zijn voor de gezondheid.

Hoewel in het kader van het beleid ter voorkoming en beperking van de blootstelling aan kankerverwekkende stoffen vervanging als eerste stap geboden is, is dat hier geen optie omdat er voor de therapie waarvoor de kankerverwekkende cytostatica worden gebruikt geen alternatief bestaat.

De werkgever dient zich conform artikel 4.18 van het Arbobesluit in te spannen om zo veel mogelijk maatregelen aan de bron te nemen teneinde de blootstelling aan gevaarlijke stoffen tot een veilig niveau te beheersen. Indien dit tot onvoldoende resultaat leidt, is hij aangewezen op andere maatregelen, in afdalende rangorde zijn dit ventilatie, afscherming van mens en bron en als laatste, het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen. Het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen dient tot een minimum beperkt te blijven vanwege de extra belasting die dit voor de werknemer en de patiënt betekent.

De beoordeling van de risico's van blootstelling aan cytostatica, de daaraan verbonden gevaren en de naar aanleiding daarvan door de werkgever genomen en te nemen maatregelen maken onderdeel uit van de risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E). Conform het Arbobesluit wordt er met deze stoffen louter gewerkt (dit geldt dus ook voor de schoonmaak!) door mensen die op de hoogte zijn van de mogelijke gevaren bij het werken met deze stoffen.

Per type werkzaamheid zijn in bijlage 14 bij deze beleidsregel beheersmaatregelen opgenomen die uitgaan van de stand van de techniek zoals deze wordt toegepast bij de "best practice" ziekenhuizen. De toepassing van maatregelen aan de bron staat daarbij voorop. Voorzover deze stand van de techniek van beheersmaatregelen ontoereikend blijkt te zijn, dienen op basis van de uitkomsten van de RI&E, bedoeld in artikel 5 van de Arbeidsomstandighedenwet 1998, door de werkgever additionele maatregelen genomen te worden.

Wanneer de werkgever andere beheersmaatregelen treft dan de in de beleidsregel beschreven maatregelen, dient hij in de RI&E aan te tonen dat minimaal een even hoog beschermingsniveau wordt geboden.

De beschrijving van de stand van de techniek is gebaseerd op gegevens uit het rapport "Blootstelling aan cytostatica in ziekenhuizen", dat in 2000 is uitgevoerd door de Universiteit Utrecht en dat in februari 2001 is verschenen in de convenantenreeks bij Elsevier bedrijfsinformatie bv te Den Haag.

#### **Beleidsregel 4.19 Informatie voor werknemers bij het werken met kankerverwekkende stoffen**

1. Aan het gestelde in artikel 4.19, onder c, van het Arbeidsomstandighedenbesluit wordt voldaan als mondeling en schriftelijk voorlichting en onderricht wordt gegeven over:
  - a. de gevaren van desbetreffende kankerverwekkende stoffen en de werkzaamheden ermee;
  - b. het veilig omgaan met deze stoffen;
  - c. hoe blootstelling zoveel mogelijk kan worden voorkomen;
  - d. hoe bij calamiteiten dient te worden gehandeld, een en ander conform de in het derde lid van deze beleidsregel bedoelde calamiteitenprocedure;
  - e. het voorkomen op de lijst van blootgestelde werknemers en het recht op inzage;
  - f. het arbeidsgezondheidskundig onderzoek.

De voorlichting en instructie worden tenminste één keer per jaar herhaald.

2. Aan het gestelde in artikel 4.19, onder f, van het Arbeidsomstandighedenbesluit wordt voldaan als gevarenczones duidelijk zijn afgebakend en de toegangen tot een gevarenczone zijn gemarkeerd met een doodshoofdsymbool dat met betrekking tot de vormgeving voldoet aan het gestelde in of krachtens artikel 8.4 en dat voorzien is van de tekst "kankerverwekkende stoffen. Verboden voor onbevoegden".

3. Aan het gestelde in artikel 4.19, onder h, van het Arbeidsomstandighedenbesluit wordt niet voldaan als geen schriftelijke calamiteitenprocedure beschikbaar is, waarin maatregelen en procedures staan beschreven die minimaal voldoen aan het gestelde in dit artikel en in artikel 4.21. In de procedure wordt ook aandacht besteed aan de organisatorische maatregelen die moeten worden getroffen op grond van artikel 4.21 van het Arbeidsomstandighedenbesluit.

# VIII Inspecties Wasgoedketen

Ik ben betrokken geweest bij drie verschillende inspecties in verpleeghuizen in het kader van inspectieproject 'Wasgoedketen'.

In grote lijnen verloopt een wasgoedketen als volgt:

- Het wasgoed wordt op de kamer van de patiënt verzameld door een verpleegkundige of zorgassistent. Hierbij moeten handschoenen worden gedragen;
- Bij cytostaticapatiënten er wordt geen onderscheid gemaakt tussen besmet en niet besmet, alles wordt bestempeld als besmet;
- Besmet wasgoed wordt verzameld in een aparte waszak, dit is echter niet vastgelegd in een beleidsregel (Arbeidsinspectie, 2005);
- Er wordt op gelet dat er geen klein scherp afval achterblijft in het wasgoed;
- Het wasgoed wordt in een waszak verzameld in een makkelijk hanteerbare houder;
- Als een waszak vol is wordt hij dichtgebonden en in een container geplaatst;
- Dienstkleding wordt op vergelijkbare wijze verzameld;

In een van de drie verpleeghuizen hadden ze nog nooit te maken gehad met een patiënt die een cytostaticakuur verkreeg. Zowel niet intern als poliklinisch. Er bestond in dit verpleeghuis om deze reden dan ook geen protocol over hoe om te gaan met cytostatica. Er bestond een afspraak met het ziekenhuis dat wanneer de situatie zich mocht voordoen dat er een patiënt werd opgenomen die een cytostaticakuur verkrijgt, dat er op dat het verpleeghuis van het ziekenhuis een protocol krijgt over hoe ze om moeten gaan met deze patiënt. Ditzelfde was recent nog voorkomen met een MRSA-smetting.

Een reden die zij opgaven voor de afwezigheid van cytostaticapatiënten, was dat mensen steeds langer thuis blijven wonen. Tegen de tijd dat zij in een verpleeghuis komen, zijn ze al te slecht voor een cytostaticabehandeling.

In twee van de drie verpleeghuizen hebben ze wel eens te maken gehad met cytostaticapatiënten. Er bestaan hier dan ook protocollen voor het omgaan met cytostaticapatiënten. Deze protocollen worden door het ziekenhuis up-to-date gehouden. Indien zich dit voordoet krijgen ze extra instructies van de oncologieverpleegkundige van het ziekenhuis. Dit is eenvoudig wanneer patiënten uit het ziekenhuis in dezelfde stad komen. Wanneer ze echter uit een ander ziekenhuis komen wil het wel eens gebeuren dat het niet direct bekend is dat een patiënt cytostatica krijgt of heeft gekregen.

In deze twee verpleeghuizen werd er niet eenduidig met waarschuwingsbordjes gewerkt zodat iedereen op de hoogte was van het feit dat een patiënt een cytostaticakuur verkrijgt. Wel werken de medewerkers met handschoenen en overschorten wanneer ze bedden afhalen van cytostaticapatiënten. In een van de verpleeghuizen waren echter geen afdoende handschoenen aanwezig.

Van alle drie de verpleeghuizen gaat het beddengoed naar de wasserij. De wasserijen hebben aparte zakken voor besmet en niet besmet wasgoed. Kleding van bewoners en dienstkleding wordt intern gewassen. De waszakken zijn of van plastic of van een speciaal soort materiaal dat stof en waterdicht

is en sterker is dan plastic. Bij twee van de drie verpleeghuizen wordt bovenkleding ook door de centrale wasserij gewassen wanneer het besmet is.

In de wasserij van twee van de verpleeghuizen wordt al het wasgoed als besmet behandeld. In deze wasserij wordt tevens het wasgoed gereinigd van een ziekenhuis en hier is logischer veel besmet wasgoed. In deze wasserij wordt het wasgoed voorgewassen op 35 graden. Uit testen van de branchevereniging is gebleken dat dit koud genoeg is. Medewerkers dragen altijd handschoenen en een disposable overschort. De armen zijn echter bloot en onbeschermd.

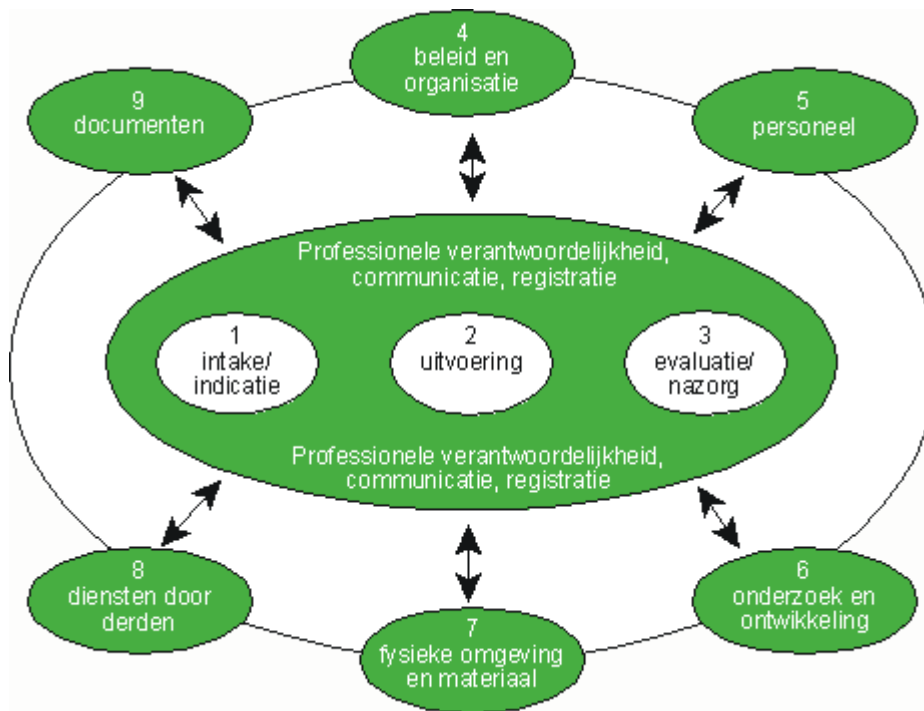
In een van de verpleeghuizen kwam naar voren dat besmet afval (schorten, handschoenen) gewoon bij het normale afval gaat. Het wordt niet apart behandeld maar gewoon in de afvalbak gegooid. Een volgende persoon heeft dus niet door wat wel en geen besmet afval is.

Van een van de verpleeghuizen staat in de risico-inventarisatie niks beschreven over wasgoed of cytostatica. Er bestaat wel een wasgoedprotocol.



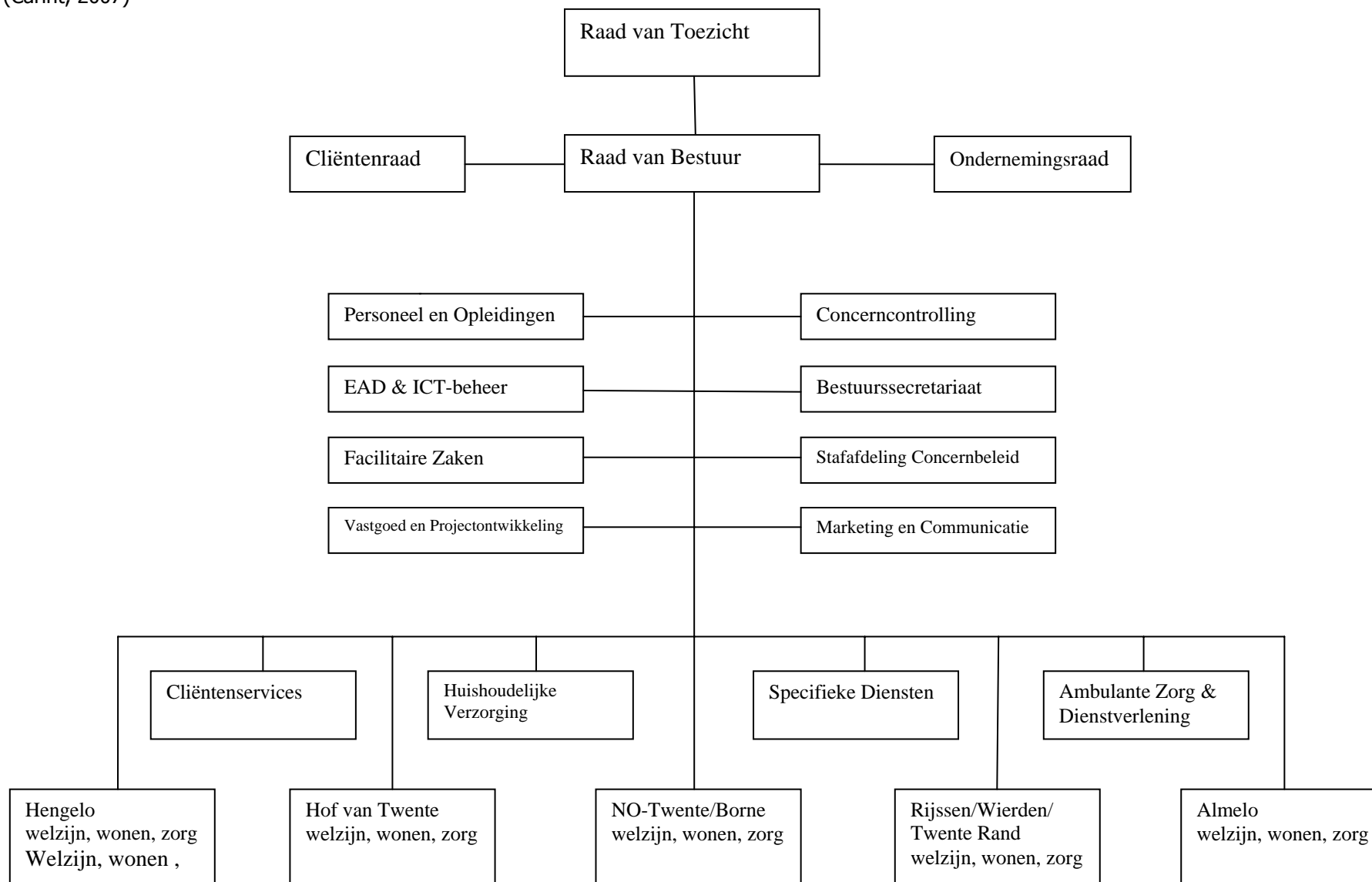
# IX HKZ Harmonisatiemodel

Schematische weergave van het HKZ Harmonisatiemodel (Stichting HKZ, 2002, <http://www.hkz.nl/content/view/22/52/>)



# X Organogram Carint Reggeland Groep

(Carint, 2007)



# XI

## Diensten & producten per gemeente

(Carint, 2007)

### Oldenzaal

- Zwemmen met korting
- Alfahulp
- Alzheimer Café
- Consultatiebureau
- Containerreiniging
- Dieetadvies
- Eczeem bij kinderen
- Ergotherapie
- Gezinsverzorging
- Kapper aan huis
- Kledingboetiek aan huis
- Klussendienst
- Maatschappelijk werk
- Mantelzorgondersteuning
- Opticiën aan huis
- Opvoedingsondersteuning
- Pedicure aan huis
- Personenalarmering
- Schoenenwinkel aan huis
- Sporten met korting
- Stoelmassage
- Thuiszorg
- Thuiszorgwinkel
- Tijdschriften met korting
- Tuinman aan huis
- Voedingsvoorlichting
- Voetreflexzonetherapie
- Voetspecialist / podoloog
- Woningstoffering

### Borne

- Welzijn ouderen
- Alfahulp
- Consultatiebureau
- Containerreiniging
- Dieetadvies
- Eczeem bij kinderen
- Ergotherapie
- Fietsroutes met korting
- Gezinsverzorging
- Home-Start
- Kapper aan huis
- Kledingboetiek aan huis
- Klussendienst
- Maaltijdservice
- Maatschappelijk werk
- Mantelzorgondersteuning
- Moeders informeren
- Opticiën aan huis
- Opvoedingsondersteuning
- Ouderenadviseur
- Pedicure aan huis
- Personenalarmering
- Schoenenwinkel aan huis
- Thuiszorg
- Tijdschriften met korting
- Tuinman aan huis
- Voedingsvoorlichting
- Voetreflexzonetherapie
- Welzijn Ouderen Borne

- Woningstoffering

### Hof van Twente

- Woonzorgcentrum
- Administratieve hulp
- Alfahulp
- Consultatiebureau
- Dieetadvies
- Eczeem bij kinderen
- Ergotherapie
- Gezinsverzorging
- Home-Start
- Kapper aan huis
- Kledingboetiek aan huis
- Klussendienst
- Maaltijdservice
- Maatschappelijk werk
- Mantelzorgondersteuning
- Moeders informeren
- Opticiën aan huis
- Opvoedingsondersteuning
- Ouderenadviseur
- Pedicure aan huis
- Personenalarmering
- Schoenenwinkel aan huis
- Sporten met korting
- St. Elisabeth
- Thuiszorg
- Tijdschriften met korting
- Tuinman aan huis
- Verpleeghuiszorg
- Voedingsvoorlichting
- Voetreflexzonetherapie

- Woningstoffering
- Zorgboerderij Exterkate
- Fietsroutes met korting
- Verzorgingshuis-zorg
- Welzijn ouderen
- De Anholtskamp
- Zwemmen met korting
- De Stoevelaar
- Huize Scherpenzeel
- Stoelmassage
- Thuiszorgwinkel
- Voetspecialist / podoloog

#### Hengelo

- Welzijn ouderen
- Woonzorgcentrum
- Zwemmen met korting
- Adm. Dienstverlening
- Administratieve hulp
- Alfahulp
- Alzheimer Café
- Boodschappen-service
- Consultatiebureau
- Containerreiniging
- De Hiebendaal
- De Korenbuurt
- Dieetadvies
- Eczeem bij kinderen
- Ergotherapie
- Fietsroutes met korting
- Gezinsverzorging
- Groot Driene
- Home-Start
- Hooghagen
- Humanitas
- Informatie SWOH
- Integratie nieuwkomers
- Kapper aan huis

- Kledingboetiek aan huis
- Klussendienst
- Maaltijdservice
- Maatschappelijk werk
- Moeders informeren
- Ontmoeting & activiteit
- Ontmoetingsruimten
- Opticiën aan huis
- Opvoedings-ondersteuning
- Ouderenadviseur
- Pedicure aan huis
- Personalarmering
- Rechtsbijstand
- Schoenenwinkel aan huis
- Seniorenwoningen
- Servicepunt Carint
- Sociëteiten Hengelo
- Sport en preventie
- Sport voor 55+
- Sporten met korting
- Stoelmassage
- 't Annink
- 't Voskamp
- Thuiszorg
- Thuiszorgwinkel
- Tijdschriften met korting
- Tuinman aan huis
- Valpolikliniek
- Verpleeghuiszorg
- Verzorgingshuis-zorg
- Voedingsvoorlichting
- Voetreflexzonetherapie
- Voetspecialist / podoloog
- Welzijn Ouderen Hengelo
- Woningstoffering

#### Dinkelland

- Alfahulp
- Consultatiebureau
- Containerreiniging
- Dieetadvies
- Eczeem bij kinderen
- Ergotherapie
- Gezinsverzorging
- Kapper aan huis
- Kledingboetiek aan huis
- Klussendienst
- Maatschappelijk werk
- Mantelzorgondersteuning
- Opticiën aan huis
- Opvoedings-ondersteuning
- Pedicure aan huis
- Personalarmering
- Schoenenwinkel aan huis
- Thuiszorg
- Tijdschriften met korting
- Tuinman aan huis
- Voedingsvoorlichting
- Voetreflexzonetherapie
- Woningstoffering

#### Losser

- Alfahulp
- Consultatiebureau
- Dieetadvies
- Eczeem bij kinderen
- Ergotherapie
- Gezinsverzorging
- Kapper aan huis
- Kledingboetiek aan huis
- Klussendienst
- Maaltijdservice
- Maatschappelijk werk

- Mantelzorgondersteuning
- Opticiën aan huis
- Opvoedingsondersteuning
- Pedicure aan huis
- Personenalarmering
- Schoenenwinkel aan huis

- Sporten met korting
- Thuiszorg
- Tijdschriften met korting
- Tuinman aan huis
- Voedingsvoorlichting
- Voetreflexzonetherapie

- Woningstoffering

Enschede

- Eczeem bij kinderen
- Voetreflexzonetherapie

# XII Resultaten van onderzoek naar cytostatica in de thuiszorg

(Meijster, Veldhof & Kromhout, 2003, p. 30 t/m 32)

Tabel 9. Percentage thuiszorginstellingen waarbij verplegende/verzorgende taken worden uitgevoerd bij patiënten die cytostatica krijgen toegediend en het percentage gebruikte persoonlijke beschermingsmiddelen

Taak	Thuiszorg instanties (%) N = 59	Handschoenen (% gebruikt)	Schort (% gebruikt)	Mondkapje (% gebruikt)
Toediening infuuszak	8%*	100%**	25%	25%
Toediening spuitpomp	7%	100%	50%	50%
Toediening bolusinjectie	5%	100%	50%	50%
Toediening sub-cutaan	46%	96%	30%	4%
Verwisselen 5FU cassette	17%	100%	25%	13%
Toediening oraal	46%	61%	9%	4%
Toediening via neussonde	2%	100%	100%	100%
Intramusculaire toediening	5%	100%	67%	33%
Bereiden cytostatica	0%	-	-	-
Wassen van patiënt	69%	54%	46%	6%
Legen po/urinaal	66%	66%	60%	17%
Assisteren bij toediening	15%	44%	22%	0%
Opruimen braaksel	68%	83%	56%	8%
Lichamelijk onderzoek	17%	50%	40%	0%
Wondzorg	5%	67%	67%	0%
Ander:	10%	100%	75%	25%

\* percentage instanties (van 59 respondenten) waarbinnen de taak wordt uitgevoerd

\*\* percentage instanties (van aantal dat de taak uitvoert) dat deze PBM gebruikt bij het uitvoeren van de taak

Tabel 10. Taken uitgevoerd binnen de huishoudelijke hulp bij cliënten die chemotherapie krijgen en de gebruikte PBM

Taak	Thuiszorg instanties (%) N = 59	Handschoenen (% gebruikt)	Schort (% gebruikt)	Mondkapje (% gebruikt)
Schoonmaakwerkzaamheden na morsen cytostatica	29 %	87 %	67 %	20 %
Verschonen van beddengoed	80 %	61 %	42 %	2 %
Schoonmaken van sanitair	70 %	76 %	49 %	65 %

# XIII

## Arbeidsomstandighedenwet

(FNV, 2003, <http://www.xs4all.nl/~ftpb009/2002/arbowed1998.html#3>)

### Artikel 3 Arbobeleid

1. De werkgever voert een zo goed mogelijk arbeidsomstandighedenbeleid en neemt daarbij, gelet op de stand van de wetenschap en professionele dienstverlening, het volgende in acht:
  - a. tenzij dit redelijkerwijs niet kan worden gevegd moet de werkgever de arbeid zodanig organiseren dat daarvan geen nadelige invloed uitgaat op de veiligheid en de gezondheid van de werknemer;
  - b. tenzij dit redelijkerwijs niet kan worden gevegd moeten de gevaren en risico's voor de veiligheid of de gezondheid van de werknemer zoveel mogelijk in eerste aanleg bij de bron daarvan worden voorkomen of beperkt; naar de mate waarin dergelijke gevaren en risico's niet bij de bron kunnen worden voorkomen of beperkt, moeten daartoe andere doeltreffende maatregelen worden getroffen waarbij maatregelen gericht op collectieve bescherming de voorrang dienen te hebben boven maatregelen gericht op individuele bescherming; slechts indien redelijkerwijs niet kan worden gevegd dat maatregelen worden getroffen die zijn gericht op individuele bescherming, dienen doeltreffende en passende persoonlijke beschermingsmiddelen aan de werknemer ter beschikking te worden gesteld;
  - c. de inrichting van de arbeidsplaatsen, de werkmethoden en de bij de arbeid gebruikte arbeidsmiddelen alsmede de arbeidsinhoud moeten zoveel als redelijkerwijs kan worden gevegd aan de persoonlijke eigenschappen van werknemers zijn aangepast;
  - d. ongevarieerde zich in een kort tijdsbestek herhalende arbeid en arbeid waarbij het tempo op een zodanige wijze wordt beheerst dat de werknemer zelf verhinderd wordt het tempo van de arbeid te beïnvloeden, moeten, zoveel als redelijkerwijs kan worden gevegd, worden vermeden; indien dergelijke arbeid niet of onvoldoende kan worden vermeden, moet de werkgever deze door andersoortige arbeid of pauzes regelmatig afwisselen;
  - e. doeltreffende maatregelen moeten zijn genomen teneinde het mogelijk te maken dat de werknemer, indien een toestand ontstaat, waarin direct gevaar voor de veiligheid of gezondheid aanwezig is, zich snel in veiligheid kan stellen dan wel andere passende maatregelen kan nemen en ten einde te verzekeren dat de schade aan de gezondheid zoveel mogelijk beperkt wordt.
2. Ter uitvoering van het eerste lid draagt de werkgever zorg voor een goede verdeling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden tussen de bij de werkgever werkzame personen, waarbij hij rekening houdt met de bekwaamheden van de werknemers.
3. De werkgever toetst het arbeidsomstandighedenbeleid regelmatig aan de ervaringen die daarmee zijn opgedaan en past de maatregelen aan zo dikwijls als de daarmee opgedane ervaring daartoe aanleiding geeft.
4. Onder arbeidsomstandighedenbeleid als bedoeld in als bedoeld in dit artikel wordt tevens verstaan het bevorderen van het welzijn bij de arbeid voor zover tot bevordering daarvan in het eerste lid, onder c en d, verplichtingen zijn gesteld.

### Artikel 5 Inventarisatie en evaluatie van risico's

1. Bij het voeren van het arbeidsomstandighedenbeleid legt de werkgever in een risico-inventarisatie en -evaluatie schriftelijk vast welke risico's de arbeid voor de werknemers met zich brengt. Deze inventarisatie en evaluatie bevat tevens een beschrijving van de gevaren en de risicobeperkende maatregelen en de risico's voor bijzondere categorieën van werknemers.

2. De risico-inventarisatie en -evaluatie bevat een lijst van arbeidsongevallen waarop de aard van het ongeval en de datum waarop het ongeval zich heeft voorgedaan wordt geregistreerd.
3. Een plan van aanpak, waarin is aangegeven welke maatregelen zullen worden genomen in verband met de bedoelde risico's en de samenhang daartussen een en ander overeenkomstig artikel 3, maakt deel uit van de risico-inventarisatie en -evaluatie. In het plan van aanpak, over de uitvoering waarvan jaarlijks schriftelijk wordt gerapporteerd, wordt tevens aangegeven binnen welke termijn deze maatregelen zullen worden genomen. De werkgever voert over de jaarlijkse rapportage vooraf overleg met de ondernemingsraad, de personeelsvertegenwoordiging, of, bij het ontbreken daarvan, met de belanghebbende werknemers. Bij dit overleg komt in ieder geval aan de orde het al dan niet meer actueel zijn van de risico-inventarisatie en -evaluatie.
4. De risico-inventarisatie en -evaluatie wordt aangepast zo dikwijls als de daarmee opgedane ervaring, gewijzigde werkmethoden of werkomstandigheden of de stand van de wetenschap en professionele dienstverlening daartoe aanleiding geven.
5. De werkgever zorgt ervoor dat iedere werknemer kennis kan nemen van de risico-inventarisatie en -evaluatie, met inbegrip van de lijst van arbeidsongevallen, bedoeld in het tweede lid.
6. Indien de werkgever arbeid doet verrichten door een werknemer die hem ter beschikking wordt gesteld, verstrekt hij tijdig voor de aanvang van de werkzaamheden aan degene, die de werknemer ter beschikking stelt, de beschrijving uit de risico-inventarisatie en -evaluatie van de gevaren en risicobeperkende maatregelen en van de risico's voor de werknemer op de in te nemen arbeidsplaats, opdat diegene deze beschrijving verstrekt aan de betrokken werknemer.

#### **Artikel 6      Voorkoming en beperking van zware ongevallen waarbij gevaarlijke stoffen zijn betrokken**

1. De werkgever neemt bij het voeren van het arbeidsomstandighedenbeleid de maatregelen die nodig zijn ter voorkoming en beperking van zware ongevallen waarbij gevaarlijke stoffen zijn betrokken en de gevolgen daarvan voor de veiligheid en de gezondheid van de in het bedrijf, inrichting of deel daarvan werkzame werknemers. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld met betrekking tot:
  - a. de categorieën van bedrijven of inrichtingen ten aanzien waarvan de werkgever die maatregelen neemt;
  - b. de gegevens die de werkgever met betrekking tot de bedrijven of inrichtingen, bedoeld onder a, op schrift stelt of verstrekt aan een daartoe aangewezen ambtenaar als bedoeld in artikel 24 of aan werknemers, andere personen en diensten als bedoeld in artikel 14;
  - c. de maatregelen die de werkgever neemt ten aanzien van de bedrijven of inrichtingen, bedoeld onder a;
  - d. het tijdstip waarop en de frequentie waarmee wordt voldaan aan de verplichtingen, bedoeld onder b en c;
  - e. een verbod op de exploitatie van het bedrijf, de inrichting of een gedeelte ervan, indien niet of niet voldoende is voldaan aan een of meer verplichtingen krachtens dit artikel;
  - f. het toezicht op de naleving van het bij of krachtens dit artikel bepaalde.
2. Onze Minister kan een bedrijf of een inrichting of een deel daarvan afzonderlijk aanwijzen ten aanzien waarvan op de werkgever een of meer van de verplichtingen bedoeld in of krachtens het eerste lid rusten indien zich in verband met de aanwezigheid van gevaarlijke stoffen bijzondere gevaren kunnen voordoen voor de veiligheid en de gezondheid van de daarin werkzame werknemers. Bij de aanwijzing wordt bepaald op welk tijdstip aan de betreffende verplichtingen moet zijn voldaan. De werking van de aanwijzing wordt opgeschort totdat de beroepstermijn is verstreken of, indien beroep is ingesteld, op het beroep is beslist.



3. Het niet naleven van de eerste volzin van het eerste lid is een overtreding. Voorzover het niet naleven van de bij of krachtens het eerste lid bedoelde regels is aangewezen als een strafbaar feit, is dat feit een overtreding.

**Artikel 11    Algemene verplichtingen van de werknemers**

De werknemer is verplicht om in verband met de arbeid de nodige voorzichtigheid en zorgvuldigheid in acht te nemen en naar vermogen zorg te dragen voor de eigen veiligheid en gezondheid en die van andere personen. Met name is hij verplicht om:

- a. arbeidsmiddelen en gevaarlijke stoffen op de juiste wijze te gebruiken;
- b. de hem ter beschikking gestelde persoonlijke beschermingsmiddelen op de juiste wijze te gebruiken en na gebruik op de daartoe bestemde plaats op te bergen, een en ander voor zover niet krachtens deze wet is bepaald dat werknemers niet verplicht zijn beschermingsmiddelen als vorenbedoeld te gebruiken;
- c. de op arbeidsmiddelen of anderszins aangebrachte beveiligingen niet te veranderen of buiten noodzaak weg te halen en deze op de juiste wijze te gebruiken;
- d. mede te werken aan het voor hem georganiseerde onderricht bedoeld in artikel 8;
- e. de door hem opgemerkte gevaren voor de veiligheid of de gezondheid terstond ter kennis te brengen aan de werkgever of degene die namens deze ter plaatse met de leiding is belast;

# XIV WIP-richtlijnen

(Stichting Werkgroep Infectiepreventie (WIP), 2005)

## Handhygiëne

### 1 Reiniging of desinfectie

- In het algemeen worden handreiniging met water en zeep en het inwrijven van de handen met handalcohol wat betreft de preventie van kruisinfecties als aan elkaar gelijkwaardig beschouwd. De keuze zal dan worden bepaald door de praktische uitvoerbaarheid (aanwezigheid wastafel etc) en de mate van bevuilding van de handen.
- Wanneer de handen zichtbaar verontreinigd zijn, worden ze altijd gewassen met water en gewone, vloeibare zeep.
- Om een adequaat effect van de handalcohol te bereiken moeten de handen eerst goed droog zijn.
- Uit het oogpunt van gebruiksgemak heeft handalcohol de voorkeur boven desinfecterende zeep.
- Om de handen goed te kunnen wassen dienen geen belemmeringen zoals ringen, polshorloges, armbanden aanwezig te zijn.
- NB. Vaak worden bij reiniging of desinfectie bepaalde delen van de handen vergeten. Veel vergeten delen van de handen zijn de vingertoppen, tussen de vingers, en de duim.

### 2 Techniek handreiniging met water en zeep

1. Open de kraan. (Elleboogkranen moeten altijd met de elleboog worden bediend.) De temperatuur moet behaaglijk zijn voor de handen en het water moet flink stromen.
2. Maak de handen goed nat en voorzie deze vervolgens van een laag vloeibare zeep uit een dispenser.
3. Wrijf de handen nu vervolgens gedurende 10 seconden goed over elkaar, vingertoppen, duimen en gebieden tussen de vingers en de polsen moeten goed worden ingewreven.
4. Spoel de handen goed af.
5. Droog de handen goed af met een disposable handdoek, ook de polsen en de huid tussen de vingers goed drogen.
6. Sluit de kraan met de elleboog of met de disposable handdoek.
7. Deponeer de gebruikte handdoek in de daarvoor bestemde container.

N.B.-Belangrijk bij dikwijls handen wassen, is het gebruik van een enigszins vette handcrème uit een tube of dispenser, zodat de handen gaaf blijven ondanks het frequente wassen.

### 4 Indicaties handreiniging/-desinfectie

#### 4.1 Persoonlijke hygiëne

- Handreiniging of inwrijven met handalcohol vindt altijd plaats:
  - na snuiten van de neus;
  - na toiletgang;
  - na hoesten en niezen.

#### 4.2 Bij contact met cliënten

- Handreiniging of inwrijven met handalcohol is niet nodig:

- voor of na vluchtig contact (zoals een hand geven, pols tellen, het recht leggen van kussen of deken);
- voor lichamelijk onderzoek;
- voor het wassen van de cliënt.
- Handreiniging of inwrijven met handalcohol is wel nodig:
  - voor kleine ingrepen waarbij huid- en/of slijmvliesbarrière is of wordt doorbroken, zoals blaaskatheterisatie, het inbrengen van een infuus, het nemen van een punctie;
  - voor en na wondbehandeling of -verzorging;
  - na contact met lichaamsvochten, secreta, excreta, slijmvliezen of niet-intacte huid;
  - na verpleegtechnische handelingen, zoals het wassen van de cliënt, alsmede het afhalen en opnieuw opmaken van een bed.

## Lichaamsverzorging van de cliënt

### 2 Algemene verzorging

- De toiletartikelen voor algemene lichaamsverzorging zijn schoon en persoonsgebonden.
- Bij iedere wasbeurt moet een droog washandje en een droge handdoek worden gebruikt. Vuilgeworden washandjes en handdoeken worden vervangen.
- De huid dient altijd goed te worden gedroogd, om beschadiging te voorkomen.
- Beschadiging van de huid verhoogt de kans op infectie.

#### 2.1 Lichamelijke verzorging van de cliënt

##### 2.1.1 Zeep

- Iedere cliënt dient over eigen zeep te beschikken, bij voorkeur vloeibaar.
- Niet-vloeibare zeep moet altijd droog worden bewaard, teneinde de groei van micro-organismen in de zeep te beperken.
- Sterk verontreinigde zeep (bijvoorbeeld met feces) dient niet te worden gebruikt.
- Na het wassen met zeep dient de huid goed te worden afgespoeld.
- Zeepresten en het gebruik van te veel zeep leidt tot uitdroging van de huid, die daardoor gemakkelijk beschadigd raakt.
- Om de groei van micro-organismen in de zeep te remmen, moet vaste zeep zo droog mogelijk worden bewaard. Zeepdozen voorzien van een rooster verdienen de voorkeur. Na iedere wasbeurt worden de doos en het rooster zo goed mogelijk uitgespoeld en afgedroogd.
- Na iedere lichaamsverzorging van een cliënt dient de zorgverlener de handen te reinigen.

##### 2.2 Douchen

- Een douchestoel wordt deze na afloop van iedere wasbeurt afgespoeld met de doucheslang.
- De douchecel en de (rubber) douchemat worden na gebruik schoongespoeld.
- De douchemat moet na het schoonspelen te drogen worden gehangen, om schimmelvorming tegen te gaan.

##### 2.3 Bad nemen

- Voor de cliënt in bad gaat dient het bad te worden uitgespoeld.
- Na afloop wordt het bad met een borstel gereinigd en goed nagespoeld.
- De borstel dient van kunststof met nylonhaar te zijn; houten borstels zijn slecht te reinigen en te drogen. De borstel wordt na gebruik goed uitgespoeld en opgehangen om te drogen. Bij sterke verontreiniging van de borstel wordt een nieuwe in gebruik genomen.

## 2.4 Wassen aan de wastafel

- Het verdient aanbeveling om voor een wasbeurt aan de wastafel gebruik te maken van stromend water.
- Na afloop wordt de wastafel gereinigd.
- Als gebruik wordt gemaakt van een posteel tijdens het wassen worden de po en de bril van de posteel (en worden zonodig ook de overige delen van de posteel) gereinigd.

### 2.4.1 Procedure

- De cliënt wordt van boven naar onderen gewassen, dit om te voorkomen dat micro-organismen afkomstig uit de anaalstreek over het hele lichaam worden verspreid.
- Bij mannen worden de geslachtsdelen gewassen nadat de voorhuid teruggetrokken is.
- Bij vrouwen dienen de geslachtsdelen van boven (buikzijde) naar beneden (anus) gewassen te worden, dit om te voorkomen dat micro-organismen vanuit de anus in de urinewegen terecht komen.
- Wanneer het onderlichaam door incontinentie bevuild is met urine en/of feces, wordt een extra (onder)wasbeurt gegeven. De handdoek en het washandje gaan hierna direct in de was.

## 2.9 Persoonlijke hygiëne van de cliënt

Na ieder toiletbezoek wast de cliënt de handen.

## Persoonlijke beschermingsmiddelen

### 2 Handschoenen

- De indicaties voor het dragen van niet-steriele handschoenen zijn beperkt tot specifieke zorghandelingen, zoals het verzorgen van wonden, stomaverzorging en contact met wasgoed van een cliënt.
- Het dragen van niet-steriele handschoenen:
  - voorkomt contact van de handen met bloed, lichaamsvochten, secreta, excreta, slijmvliezen of niet-intacte huid. Dat is van belang in verband met het risico op besmetting van de medewerker.
  - verkleint de kans dat micro-organismen op de handen van personeel worden overgedragen naar cliënten, tijdens handelingen die contact met slijmvlies of niet-intacte huid met zich mee brengen.
  - verkleint het risico dat micro-organismen via de handen van personeel worden overgebracht van de ene cliënt naar de andere cliënt.
- Handschoenen worden altijd gedragen wanneer de handen in contact komen of kunnen komen met bloed, lichaamsvochten, secreta, excreta, slijmvliezen, niet-intacte huid, of verpleeg- en behandelmaterialen die hiermee in aanraking zijn geweest.
- Handschoenen worden steeds eenmalig gebruikt.
- Wanneer de handelingen in volgorde van 'schoon' naar 'vuil' plaatsvinden, is het niet noodzakelijk om de handschoenen tussen de handelingen te vervangen door nieuwe.
- Handschoenen worden alleen tijdens cliëntgebonden handelingen gedragen en worden direct na deze handelingen uitgetrokken. Ze mogen tijdens het dragen niet in contact komen met omgevingsmaterialen zoals telefoons, deurknoppen, apparatuur, toetsenborden etc.
- Vóór het aantrekken en direct na het uittrekken van de handschoenen worden de handen ingewreven met handalcohol of gewassen met water en zeep. De handschoenen worden binnenstebuiten uitgetrokken. Het dragen van handschoenen is geen alternatief voor handreiniging of -

- desinfectie.
- Handschoenen moeten voldoen aan de NEN-EN 455-1, 2 en 3.
- Latex handschoenen kunnen stoffen bevatten die bij mensen die daar gevoelig voor zijn sterke allergische reacties veroorzaken.

### 3 Beschermende kleding

- Beschermende kleding wordt gedragen bij iedere handeling waarbij kans bestaat op spatten en spuiten van bloed, andere lichaamsvochten, secreta of excreta.
- Beschermende kleding kan over de eigen kleding of over de dienstkleding heen worden gedragen.
- Er kan van een disposable vochtondoorlaatbaar schort gebruik worden gemaakt. Dit schort is voor eenmalig gebruik.
- Disposable beschermende kleding wordt na gebruik in een plastic zak, die goed wordt gesloten, afgevoerd als huishoudelijk afval. Beschermende kleding voor meermalig gebruik wordt in een goed afgesloten waszak afgevoerd naar de wasserij.
- Beschermende kleding voor meermalig gebruik is cliëntgebonden en er dient in een instelling een voorziening te zijn om de kleding op een nette manier op te hangen.
- In de thuiszorg wordt een vochtondoorlaatbaar schort ook gebruikt nadat werkkleding, die werd vervuild met patiëntenmateriaal en niet direct vervangen kon worden, provisorisch is gereinigd.
- Beschermende kleding wordt direct na verontreiniging of na maximaal 24 uur vervangen.
- Beschermende kleding wordt via de instelling gewassen.

### 4 Beschermende bril en mondneusmasker

- Een beschermende bril en/of een chirurgisch mondneusmasker worden alleen in specifieke situaties gebruikt, namelijk als bij een cliënt handelingen moeten worden verricht waarbij kans bestaat op spatten en spuiten van bloed of andere lichaamsvochten, secreta en excreta.
- Het dragen van een beschermende bril wordt aanbevolen bij alle handelingen waarbij kans bestaat op spatten en spuiten van bloed of andere lichaamsvochten, secreta en excreta, zoals bijvoorbeeld bij het uitvoeren van een bronchiaal toilet
- Een normale bril kan als beschermende bril fungeren, mits deze adequaat te reinigen is met water en zeep en te desinfecteren met alcohol 70%.
- Ook gezichtsschermen, face shields, zijn geschikt om de ogen te beschermen. Leesbrillen met halve glazen en contactlenzen vormen onvoldoende bescherming.
- Een (beschermende) bril wordt na iedere verontreiniging gereinigd en vervolgens gedesinfecteerd met alcohol 70%.
- Een chirurgisch mondneusmasker wordt gedragen bij alle handelingen waarbij kans bestaat op spatten en spuiten van bloed of andere lichaamsvochten, secreta en excreta.
- Voor de beschermende functie komt een normaal chirurgisch mondneusmasker in aanmerking. Het masker wordt direct na gebruik weggegooid.
- De omstandigheden waaronder het gebruik van bril en masker zijn geïndiceerd, zijn identiek; ze behoren dus altijd tegelijk te worden gedragen.
- Bij een beschermende bil en een chirurgisch mondneusmasker wordt ook altijd beschermende kleding gedragen.
- Wanneer alleen kans bestaat dat de (dienst)kleding verontreinigd wordt, is het dragen van beschermende kleding voldoende.

## Veilig werken bij huishoudelijk werk en maaltijdverzorging in de thuiszorg

### 2 Persoonlijke beschermingsmiddelen

#### 2.1 Handschoenen

- Rubber of plastic handschoenen dienen aan de volgende eisen te voldoen:
  - ondoorlaatbaar;
  - stevig;
- Handschoenen worden altijd gedragen wanneer de handen in contact komen of kunnen komen met niet-intacte huid, slijmvliezen, bloed, lichaamsvochten, excreta, of materialen die hiermee in aanraking zijn geweest.
- Handschoenen worden door medewerkers huishoudelijke verzorging en verzorging in ieder geval gedragen bij het sorteren van wasgoed.

#### 2.2 Beschermende kleding

- Een plastic overschort wordt gedragen wanneer de kleding met bloed en/of andere lichaamsvochten bevuild kan raken of nat kan worden bij wassen/douchen of baden.
- Het plastic overschort dient adresgebonden te worden gedragen. De functie van het schort is de medewerker tegen besmetting te beschermen.
- Een plastic overschort wordt ook gedragen nadat werkkleding, welke werd vervuild met patiëntenmateriaal en niet direct vervangen kon worden, huishoudelijk is gereinigd.

#### 3.1 Schoonmaakwerkzaamheden

Zoveel mogelijk in overleg met de cliënt wordt bepaald op welke wijze de schoonmaakwerkzaamheden dienen te worden uitgevoerd.

##### 3.1.2 Schrobben/dweilen/boenen/soppen

- De werkvolgorde bij schoonmaken verloopt van "schoon" naar "vuil".
- Sopwater wordt regelmatig verversd.
- Het sopwater kan verontreinigd zijn met micro-organismen en in plaats van reinigend juist besmettend werken. Er wordt lauwwarm water gebruikt.
- Bij reiniging wordt gebruik gemaakt van disposable sopdoeken of opnieuw te gebruiken sopdoeken die wasbaar zijn bij 60°C. De wasbare sopdoeken worden na gebruik gewassen. Disposable sopdoeken worden dagelijks vervangen.

#### 3.2 Reiniging sanitair

##### 3.2.1 Het toilet

- Het toilet wordt dagelijks gereinigd. Daarbij worden tegelijk de trekker (of drukker) van het doorspoelmechanisme, de kraan en de deurknop nat afgenomen. Het lichtknopje wordt, evenals het handvat van de closetborstel, klamvochtig afgenomen. Tenslotte wordt het fonteintje nagespoeld [4].
- De toiletpot, de deur, de muurtegels, het fonteintje en de closetborstel met houder worden eenmaal per week nat afgenomen.
- De toilethanddoek wordt één keer per week verschoond.

### 3.2.2 De badkamer

- Het toilet (inclusief de toiletbril) wordt dagelijks gereinigd. Douchebak, bad en wastafel worden dagelijks nagespoeld. Trekker (of drukker) van het doorspoelmechanisme, kranen en deurknop worden daarbij nat afgenomen. Het lichtknopje wordt, evenals het handvat van de closetborstel, klamvochtig afgenomen.
- Het bad, de wastafel, de douchebak, de toiletpot, de deur, de muurtegels, het fonteintje en de closetborstel met houder worden eenmaal per week nat afgenomen.
- De toilethanddoek wordt één keer per week verschoond.

# XV HKZ-normen

(Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector, 2006, p. 103 t/m 107)

## 5.2 Arbeidsomstandigheden

5.2.1 Het Arbo-beleid is conform wet- en regelgeving

5.2.2 Er wordt systematisch gewerkt aan de verbetering van een gezonde en veilige werkomgeving voor medewerkers, waaronder beschikbaarheid van een vertrouwenspersoon, eisen aan het werk materiaal, infectiepreventie en bescherming tegen geweld, seksuele intimidatie en discriminatie. Dit gebeurt mede op basis van risicoinventarisatie en -evaluatie en medewerkerraadpleging. Voorwaarden ten aanzien van veiligheid voor medewerkers zijn opgenomen in de leveringsvoorwaarden van de organisatie.

Er is een gedocumenteerde interne meldingsprocedure en registratiesysteem voor door de werknemer tijdens de zorgverlening als onveilig ervaren situaties en (bijna-)ongevallen. Analyse van de registratie leidt tot passende maatregelen.

## 5.3 Deskundigheidsbevordering

5.3.1 De bekwaamheden van het personeel dat werkzaamheden uitvoert die van invloed zijn op de kwaliteit van het primaire proces zijn bepaald.

5.3.2 Personeel dat werkzaamheden uitvoert die van invloed zijn op de kwaliteit van het primaire proces, is aantoonbaar bevoegd en bekwaam. Deze bevoegdheid en bekwaamheid zijn gebaseerd op passende opleiding, training, vaardigheden, ervaring en competenties.

5.3.4 De deskundigheidsbevorderende maatregelen worden op doeltreffendheid beoordeeld. Van opleiding, vaardigheden en ervaring wordt een registratie bijgehouden.

5.3.5 De directie houdt systematisch een overzicht bij van (bijzondere) professionele bekwaamheden, stelt mogelijke tekortkomingen vast en stimuleert verbeteringen.

5.3.6 Nieuwe medewerkers krijgen een op de persoon en de organisatie toegesneden inwerkprogramma aangeboden. De doestellingen voor dit programma zijn vastgelegd, evenals de evaluatiemomenten. Na afloop van de inwerkperiode vindt een evaluatie plaats. Naar aanleiding daarvan worden zo nodig passende maatregelen getroffen.

## 5.6 Professioneel handelen

5.6.1 De kwaliteit van het professioneel handelen, inclusief gedrag en bejegening, wordt systematisch getoetst. De hierbij gehanteerde methodieken en criteria zijn geëxpliciteerd. Analyse van uitkomsten uit deze toetsing is input voor de beoordeling door het management.

5.6.2 Er wordt gewerkt met protocollen en richtlijnen, voor zover de beheersbaarheid van het primaire



proces dit vereist. De protocollen betreffen de werkwijze, de concrete handelingen en aandachtspunten van een bepaalde taak. De kwaliteit van de gehanteerde protocollen en richtlijnen wordt systematisch bewaakt.

De gehanteerde richtlijnen, protocollen en professionele standaarden voldoen aan de richtlijnen van de desbetreffende beroepsorganisaties.

5.6.3 Op basis van de Wet BIG zijn de voorbehouden en risicovolle handelingen benoemd. De zorgverleners die deze handelingen uitvoeren zijn en blijven bevoegd en bekwaam (indien van toepassing).

# XVI

## Beschermingsmaatregelen in de

## thuiszorg

(Integraal Kankercentrum Zuid, 2005, p. 13 t/m 18 en 26)

(Ars, Kuyper, Mesman, Slot & Vleugels, 2005, p. 18 t/m 36)

### Wassen van de patiënt

#### Doel

Het voorkomen van besmetting van de omgeving en hulpverlener bij het wassen van de patiënt. Het gebruik van speciale wasdoekjes, bijvoorbeeld Bag Bath® verdient de voorkeur. Door het gebruik van deze doekjes voorkom je besmetting via het waswater.

#### Voorwaarde

Transpiratievocht vormt een risico tot maximaal zeven dagen na toediening (Raltitrexed tot 14 dagen). Bij wassen onder de douche zijn eveneens disposable handschoenen, overslofjes en een overschort nodig. Bij voorkeur patiënten zichzelf laten wassen.

#### Benodigdheden

- Handschoenen (latex-poedervrije handschoenen)
- Disposable schort
- Bak/waskom met water
- Washandje en handdoek
- Afvalzak

#### Werkwijze

- Trek de handschoenen en het schort aan
- Leg onder de waskom een disposable onderlegger
- Was de patiënt met water en washandje of help de patiënt onder de douche
- Behandel washandje en handdoek als besmet wasgoed
- Reinig de waskom met een pH-neutraal of alkalisch schoonmaakmiddel bijv. allesreiniger
- Doe schort en handschoenen uit, deponeer deze in een afvalzak
- Reinig de handen

### Toiletgebruik van een bedlegerige patiënt

#### Benodigdheden

- plastic hoes ter bescherming van de matras
- handschoenen (latex en poedervrije handschoenen)
- disposable schort

### Werkwijze

- Zorg dat matras en kussen van het bed beschermd zijn met een plastic hoes.
- Draag altijd handschoenen en een disposable schort over de dienstkleding bij het opruimen van excreta.
- Schenk de urine voorzichtig in het toilet en voorkomen spetteren, door langs of tegen de wand van het toilet te gieten. Neem tijdens het weggieten de aanhangende druppels af met een tissue of wc-papier.
- Spoel het toilet tweemaal door, altijd met gesloten deksel.
- Spoel de lege ondersteek of urinaal eerst om met koud water, reinig deze daarna met heet water en droog af met een stuk tissue of wc-papier (deponeer dit in een dubbele afvalzak) of een theedoek (behandelen als met cytostatica besmet wasgoed) en maak huishoudelijk schoon.
- Deponeer afval en disposable materialen in een afvalzak en sluit deze goed.
- Reinig de handen.

### **Het legen van een ondersteek, urinaal, katheterzak**

#### Benodigdheden

- disposable onderlegger
- handschoenen (latex-en poedervrije handschoenen)
- schort
- afvalzak

#### Werkwijze

- Leg een disposable onderlegger onder een postool, urinaal of ondersteek.
- Draag handschoenen en een disposable schort bij het opruimen van excreta.
- Breng de materialen afgedekt, direct na gebruik, met handschoenen aan naar het toilet.
- Giet de urine voorzichtig, via de rand in het toilet. Voorkom spetteren.
- Spoel het toilet tweemaal door, altijd met gesloten deksel.
- Spoel de lege ondersteek of urinaal eerst om met koud water, omdat warm water besmette dampen kunnen veroorzaken. Reinig deze daarna met veel heet water en droog hem af met een stuk keukenrol (deponeer dit in een afvalzak) of een theedoek (behandelen als met cytostatica besmet wasgoed).
- Deponeer de wegwerpmaterialen in een afvalzak.
- Reinig de handen

### **Braaksel**

#### Benodigdheden

- handschoenen (latex, poedervrije handschoenen)
- disposable schort
- disposable onderlegger
- (disposable) opvangbakje/-bekkentje

### Werkwijze

- Draag handschoenen en een disposable schort over de dienstkleding.
- Soms is het noodzakelijk hulp aan de patiënt te bieden, voordat de benodigde persoonlijke beschermingsmiddelen worden aangetrokken. Het is dan belangrijk om direct na afloop de handen goed te wassen.
- Geef de patiënt een (indien mogelijk disposable) opvangbakje/-bekkentje en voldoende tissues of keukenrol.
- Leg onder het hoofd van de liggende patiënt disposable onderleggers.
- Leeg het opvangbakje voorzichtig via de rand in het toilet en spoel het toilet tweemaal door met gesloten deksel. Neem tijdens het weggieten de aanhangende druppels af met een tissue of keukenpapier.
- Spoel het opvangbakje om met koud water, reinig het daarna met heet water en droog het af met een stuk keukenrol (deponeer dit in een dubbele afvalzak) of een theedoek (behandelen als met cytostatica besmet wasgoed) en maak het huishoudelijk schoon.
- Deponeer het disposable opvangbakje, onderleggers, tissues/keukenrol, handschoenen en overschort in een afvalzak en sluit deze goed.
- Reinig de handen.

### **Ophoesten sputum**

#### Benodigdheden

- disposable bakjes en/of tissues
- eventueel disposable matjes
- afvalzak

#### Werkwijze

- In de praktijk zal soms de noodzakelijke hulp aan de patiënt moeten worden geboden, vóórdat de persoonlijke beschermingsmiddelen kunnen worden aangetrokken.
- Geef disposable bakjes en voldoende tissues aan de hoestende patiënt.
- Leg onder het hoofd van de liggende patiënt disposable matjes.
- Zet de afvalzak in de buurt van de patiënt.
- Deponeer alle besmette disposable materialen in de afvalzak.
- Reinig direct na afloop de handen.

### **Sperma en vaginaal vocht**

Sperma en vaginaal vocht zijn tot maximaal zeven dagen na toediening risicovol (Raltitrexed 14 dagen).

Bij patiëntencontact zal blootstelling hieraan niet voorkomen.

Tussen patiënten en partners kan blootstelling aan cytostatica door contact met sperma en vaginaal vocht voorkomen. Het beste advies is om gedurende de eerste dagen na cytostaticatoediening condoms te gebruiken.

## **Omgaan met wasgoed (kleding/beddengoed)**

Volgens hygiënerichtlijnen dient men altijd bij het sorteren van wasgoed handschoenen te dragen. Na maximaal 7 dagen kan van latexarme handschoenen worden overgegaan naar de reguliere handschoenen.

### Benodigdheden

- Handschoenen (latexarme handschoenen)

### Werkwijze

1. Trek handschoenen aan als je met wasgoed (kleding en beddengoed) van een cliënt die met cytostatica behandeld wordt in aanraking komt.
2. Haal beddengoed rustig af, voorkom het opdwarrelen van stofdeeltjes.
3. Voorkom direct contact tussen eigen kleding en beddengoed.
4. Bewaar het 'besmette' wasgoed apart van andere kleding in een plastic zak of was de kleding/beddengoed direct.
5. Laat het wasgoed beginnen met een koud spoelprogramma, kies vervolgens het wasprogramma dat geschikt is voor het materiaal van de kleding of het beddengoed.
6. Trek de handschoenen uit en gooi deze weg in een, goed gesloten, afvalzak.
7. Maak het bed weer op met schone lakens, zonder handschoenen aan.

## **Reiniging van sanitair**

### Voorwaarde

Uitscheidingsproducten (urine en faeces) vormen een risico tot 7 dagen na toediening van de cytostatica. Maatregelen moeten genomen worden tot maximaal zeven dagen na toediening (Raltitrexed tot 14 dagen)

Adviseer de cliënt na elke toiletgang direct tweemaal door te spoelen met gesloten deksel

### Benodigdheden

- Handschoenen (latexarme handschoenen)
- pH-neutraal of alkalisch schoonmaakmiddel bijv. een allesreiniger

### Werkwijze

1. Tijdens het schoonmaken draagt men handschoenen
2. Maak het sanitair schoon, werk van 'schoon' naar 'vuil'
3. Deponeer het schoonmaakdoekje bij het besmette wasgoed
4. Trek de handschoenen na afloop van de werkzaamheden uit en gooi deze weg in een, goed gesloten, afvalzak.
5. Was de handen

### Frequentie

Toiletten en was/badgelegenheden die gebruikt worden door cliënten die cytostatica toegediend hebben gekregen dienen minimaal 1 x per dag gereinigd te worden.

## Reinigen van besmette materialen zoals po, urinaal en opvangmateriaal

### Benodigdheden

- handschoenen (latexarme handschoenen)
- disposable schort met lange mouwen (bij het overschenken van urine)
- ph-neutraal of alkalisch schoonmaakmiddel bijv. een allesreiniger

### Werkwijze

1. Trek handschoenen aan. Gebruik bij het legen van po, urinaal of katheter-/stomazak een schort.
2. Giet de inhoud voorzichtig langs de rand van het toilet. Voorkom spetteren.
3. Neem tijdens het weggieten de aanhangende druppels met een tissue of keukenpapier af (afvoeren in afvalzak).
4. Spoel het toilet tweemaal door met gesloten deksel.
5. Spoel de materialen na gebruik om met koud water, giet de inhoud voorzichtig langs de rand van het toilet en spoel het toilet tweemaal door met gesloten deksel.
6. Reinig het materiaal vervolgens met veel heet water en droog het af met keukenpapier.
7. Reinig het materiaal dagelijks met een pH-neutraal of alkalisch reinigingsmiddel.
8. Deponeer disposable materialen in een afvalzak en sluit deze goed
9. Was de handen

## Afval

Met excreta besmet (disposable) materiaal zoals latex handschoenen, overschorten, incontinentiemateriaal, katheterzakken, stoma opvangmateriaal, wondmateriaal, onderleggers en keukenpapier, in een afvalzak verzamelen. Sluit deze goed en voer deze af in een stevige vuilniszak (KOMO-keur) of afvalcontainer via het huisafval.

Scherp afval wordt verpakt in een naaldencontainer. Deze wordt aangeboden bij de gemeentelijke milieudienst of de leverancier (apotheek).

## Calamiteiten: Besmetting van personen

Bij besmetting van personen is het zaak de opname van cytostatica in het lichaam te voorkómen of aanzienlijk te beperken. Snel handelen is daarom een vereiste met de volgende instructies:

- Kleding of handschoenen: Uittrekken
- Huid: Spoelen met veel water, wassen met zeep en zo nodig douchen.
- Ogen: Spoelen gedurende 15 minuten met een oogdouche (er kan gebruik gemaakt worden van een standaard douchevoorziening). Houdt het oog tijdens het spoelen goed open. Bij visus- en/of pijnklachten raadpleeg een oogarts.
- Verwondingen: Geforceerd laten bloeden, vervolgens spoelen met veel water, zo nodig antiodota gebruiken (vraag een arts of verpleegkundige om hulp)

## Calamiteiten: Besmetting van de omgeving

Het cytostaticum kan ook ongecontroleerd vrijkomen en de omgeving besmetten.

Risico's ontstaan eigenlijk pas bij ondeskundig opruimen. Houd daarom vast aan het volgende:

- Neem de tijd om de besmetting rustig en gecontroleerd op te ruimen
- Zorg ervoor dat het besmette gebied zo klein mogelijk blijft en dat het aantal betrokken medewerkers minimaal is
- Ruim een klein spatje op met een tissue.
- Ruim grotere besmettingen op volgens het protocol gemorste stoffen.
- Reinig besmette oppervlakten minimaal drie keer met koud water, daarna behandelen als regulier.
- Trek latex en poedervrije handschoenen aan
- Vocht zo veel mogelijk opdeppen en niet smeren
- Na incident altijd van handschoenen wisselen
- Vraag hulp indien calamiteitenprotocol niet aanwezig of twijfel aan apotheek oncologieverpleegkundige
- Maak altijd melding van een incident bij de organisatie
- Reinig ruimtes met veel water en alkalische zeep. Minimaal drie keer koud en minimaal drie keer met heet water en sop. Volgens nog een keer de hele ruimte. Handschoenen en overschort aan.

### Gemorste cytostatica < 5 ml

Kleine hoeveelheden vloeistof (minder dan 5 ml), zoals drank en injectie.

- Tijdens het opruimen kan volstaan worden met beperkte persoonlijke bescherming, dus handschoenen en een schort;
- Neem de vloeistof op met absorberend materiaal;
- Verwijder eventueel kapot glaswerk voorzichtig, bijvoorbeeld met behulp van twee kartonnetjes of pincetten. Hele kleine splinters kunnen met behulp van natte watten worden opgenomen;
- Reinig de plaats waar het cytostaticum is gevallen én een royale ruimte er omheen driemaal achtereen. Gebruik daarvoor een schone, met een reinigingsmiddel doordrenkte, disposable doek. Maak schoon van de minst naar de meest bevulde plek. Als reinigingsmiddel wordt in het algemeen een zeepoplossing gebruikt tenzij bij de monografie een nadere aanduiding vermeldt staat;
- De plaats waar het cytostaticum is gevallen én een ruimte er omheen naspoelen met schoon water, door te wrijven met een schone, met water doordrenkte disposable doek.
- Deponeer het afval en de disposable materialen in een, goed gesloten, afvalzak.

### Gemorste cytostatica > 5 ml

Grote hoeveelheden vloeistof (meer dan 5 ml): zoals infuus en blaasspoelvloeistof.

- Voorkom aërosolen door het bedekken van de gemorste vloeistof met disposable matjes;
- Het opruimen gebeurt onder volledige persoonsbescherming (disposable schort, mondmasker, veiligheidsbril en butylrubber handschoenen)
- Neem de vloeistof op met het absorberend disposable matje dat er overheen ligt;
- Procedure tot verwijderen van eventueel glaswerk en reiniging is idem als bij kleinere hoeveelheden. Reinig de plaats waar het cytostaticum gevallen is én een royale ruimte eromheen driemaal achtereen. Gebruik daarvoor telkens een schone, met het reinigingsmiddel bevochtigde, disposable doek;

- Deponeer het afval en de disposable materialen in een, goed gesloten, afvalzak;
- De veiligheidsbril kan met een gewone pH-neutrale of alkalische zeep in handwarm water worden schoongemaakt. Daarna spoelen met veel water.

#### Incidentenkoffer

Op elke locatie (lees woning van cytostaticapatiënt) zou een incidentenkoffer aanwezig moeten zijn met (Integraal Kankercentrum Zuid, 2006):

- Een P2-filter mondmasker;
- Beschermbril;
- Polyethyleen slofjes;
- Een aantal disposable schorten;
- Celstof matjes;
- Stevig plastic afvalzakken;
- Pincetten;
- Tissues;
- PH neutrale zeep;
- Werkblad calamiteiten.



# XVII

## Carint protocol: 'Signaleren van een onveilige situatie'

(Carint, 2003, p.1&2)

### Inleiding

In de Arbo-wet staan de verplichtingen van de werknemers ten aanzien van de bedrijfsveiligheid omschreven. In artikel 11 wordt hierin o.a. aangegeven dat de werknemer, de door hem of haar opgemerkte gevaren voor de veiligheid of de gezondheid, direct in kennis brengt aan de werkgever of degene die namens deze ter plaatse met de leiding is belast.

Vaak komen onveilige situaties aan het licht door middel van een bijna – ongeval op de werkvloer. Indien een medewerker een onveilige werksituatie op de afdeling of in het gebouw signaleert, dan is het van belang dat deze kennis gebruikt wordt om aan de hand daarvan maatregelen te nemen om in de toekomst een ongeluk te voorkomen. Bij ernstige onveilige situaties moet de melding direct gebeuren.

### Doel van deze procedure

Om een overzicht van de meldingen te krijgen moeten deze schriftelijk vastgelegd worden door middel van een standaard SOS meldingsformulier. Het doel hiervan is:

- Evalueren van deze meldingen
- Overzicht te verkrijgen ten behoeve van het arbojaarverslag (*verplichte opgave*)
- Oplossingen voor gelijksoortige problemen niet opnieuw te hoeven bedenken
- Indien een leidinggevende niet kan of wil overgaan tot actie moet een formele melding verder de organisatie in kunnen gaan.

### Definities

Een "bijna-ongeval" is een gevaarlijk incident dat zich heeft voorgedaan op de werkvloer, waaruit een ongeval had kunnen ontstaan, maar welke gelukkig goed is afgelopen of een ongeval dat heeft plaatsgevonden zonder lichamelijk letsel maar met grote materiële schade, of met een grote kans dat er grote schade ontstaan zou zijn. (bijvoorbeeld door onveilige producten cq materialen of door ondeugdelijke apparatuur)

Het begrip werkplek is de plek waar de medewerker zijn werkzaamheden pleegt te verrichten. Dit kan zijn de woning van de cliënt, een pand van de werkgever of de woning van de medewerker. De woning van de medewerker geldt als werkplek indien de werknemer toestemming van de werkgever heeft gekregen om gedurende een nader overeengekomen tijd zijn werkzaamheden in de eigen woning te verrichten.

Onder werkplek is tevens begrepen het vervoermiddel dat de werknemer gebruikt om een in opdracht van de werkgever in het kader van zijn werkzaamheden te maken dienstreis uit te voeren (b.v. van cliënt naar cliënt, van gebouw naar gebouw). Woon-werkverkeer valt buiten de begripsdefinitie.

### Toepassingsgebied

Alle medewerkers, uitzendkrachten, leerlingen, stagiaires en vrijwilligers van Carint.

\* Medewerkers in de thuiszorg zullen overgaan tot een melding, "signalering onveilige situaties", daar waar zij na overleg met de cliënt niet tot een oplossing kunnen komen.

Werkwijze(n)	Verantwoordelijke	Documenten
<p>*  <b>1. Melding SOS tijdens werkzaamheden</b></p> <p>Tijdens de normale werkzaamheden moet de werknemer zijn of haar leidinggevende kunnen benaderen met de melding van een onveilige situatie op de werkvloer. Afhankelijk van de ernst hiervan zal er direct of in een later stadium naar een oplossing gezocht moeten worden.</p>	<p>Medewerker</p> <p>Leidinggevende</p>	<p>Meldingsformulier SOS</p>
<p>*  <b>2. Bespreken SOS tijdens werkoverleg</b></p> <p>Afgezien van deze ernstige onveilige situaties is het werkoverleg de meest ideale plaats om deze situaties te melden en te bespreken. Op deze wijze wordt de gehele groep betrokken en samen met de leidinggevende kan naar een oplossing gezocht worden.</p>	<p>Medewerker</p> <p>Leidinggevende</p>	<p>Meldingsformulier SOS</p>
<p>*  <b>3. Toepassing SOS formulier</b></p> <p>Elke medewerker heeft een meldingsplicht ten aanzien van onveilige situaties en voor het verwerken van onveilige producten of het maken van onveilige producten, zonder dat daarbij voldoende voorzorgsmaatregelen zijn genomen.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Er worden 2 kopieën gemaakt van het SOS formulier, één exemplaar is bestemd voor de melder en een exemplaar is bestemd voor de arbofunctionaris.</li> <li>2. Het origineel wordt doorgestuurd naar de Carintgroep-/sectordirecteur.</li> <li>3. De Carintgroep-/sectordirecteur is verantwoordelijk voor de afhandeling.</li> <li>4. De arbofunctionaris vat deze meldingen jaarlijks samen in het arbojaarverslag voor geheel Carint.</li> </ol>	<p>Medewerker</p> <p>Leidinggevende</p> <p>Carintgroep- /sectordirecteur</p> <p>Arbofunctionaris</p>	<p>Meldingsformulier SOS</p>

# XVIII

## Carint protocol: 'Persoonlijke

### Beschermingsmiddelen'

(Carint, 2006, p.1t/m3)

#### **Doel van deze procedure**

In het kader van de Arbowet is het is de verantwoordelijkheid van de werkgever om de risico's van de werkzaamheden van de medewerkers te inventariseren en, indien andere maatregelen ontoereikend zijn, persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) aan te schaffen. Vervolgens moet hij/zij de medewerkers voorlichten over het juiste gebruik en de juiste opslag van PBM.

Medewerkers zijn verplicht volgens de instructie de PBM's te dragen. Deze persoonlijke beschermingsmiddelen voorkomen dat de medewerker contact heeft met bloed, lichaamsvochten, secreta, excreta, slijmvliezen of niet intacte huid van de cliënt.

#### **Definities**

Bij het aanpakken van de risico's en de gevaren dient de arbeidshygiënische strategie gevolgd te worden. Dit betekent dat eerst onderzocht dient te worden of maatregelen bij de bron mogelijk zijn. Wanneer bronmaatregelen niet mogelijk zijn dient onderzocht te worden of verspreiding voorkomen kan worden of dat de bron en de medewerkers weer van elkaar gescheiden kunnen worden. Pas in de laatste plaats mag het risico verminderd worden door het verstrekken van persoonlijke beschermingsmiddelen.

Bij het verstrekken van de persoonlijke beschermingsmiddelen gelden de volgende aandachtspunten:

- De juiste middelen dienen gekozen te worden; dit betekent voldoende bescherming tegen het gevaar en geschikt voor het soort werk
- Het middel dient ergonomisch te voldoen: normaal gebruik mag geen vermijdbare fysieke en psychische belasting vormen.
- Informatie over juist gebruik van het middel moet aanwezig zijn
- De werkgever moet de doelmatige veiligheidsmiddelen gratis ter beschikking stellen, vervanging en reparatie zijn voor rekening van de werkgever
- De werkgever moet zorg dragen voor voorlichting en instructie over het goed gebruik van deze middelen.
- Iedere werknemer is verplicht de middelen op de door de werkgever aangegeven wijze te gebruiken, te onderhouden en na gebruik op te bergen. De werkgever is verplicht erop toe te zien dat de middelen goed worden gebruikt.
- Iedere werknemer moet op de hoogte zijn van de noodzaak van en het gebruik van het beschermingsmiddel en waar het binnen de instelling verkrijgbaar is.
- Zorg voor goed onderhoud. De persoonlijke beschermingsmiddelen moeten zorgvuldig worden gekozen en beheerd. Onderhoud, reparatie, opberging en periodieke controle op deugdelijkheid en bruikbaarheid.

### **Te gebruiken persoonlijke beschermingsmiddelen in de cliëntgebonden zorg**

- Eigen werkkleding moet een korte mouw hebben en dagelijks verschoond worden
- Handschoenen (KITZ protocol 30-03-05; moet voldoen aan de normen NEN-EN 455-1, 2, 3)
- Beschermende kleding
- Beschermende bril en mondneusmasker

#### **Werkwijze(n) voor de cliëntgebonden zorg**

##### **1. Handschoenen (latex)**

Niet-steriele handschoenen moeten altijd gedragen worden tijdens de verzorging van de cliënt bij:

- Het verzorgen van wonden
- Stomaverzorging
- Contact met wasgoed van de cliënt
- Bij het reinigen van een vernevelaar
- Verzorgen van een trachea met binnencanule

De handschoenen worden altijd gedragen wanneer de handen in contact (kunnen) komen met bloed, lichaamsvochten, secreta, excreta, slijmvliezen, niet-intacte huid of verpleeg – of behandelmaterialen die hiermee in aanraking zijn geweest.

De handschoenen worden steeds éénmalig gebruikt. (wanneer handelingen van schoon naar vuil plaatsvinden is het niet noodzakelijk om de handschoenen tussen de handelingen te vervangen door nieuwe)

Handschoenen worden alleen tijdens cliëntgebonden handelingen gedragen en daarna direct uitgetrokken. Ze mogen niet in contact komen met omgevingsmaterialen zoals deurknoppen, telefoons, apparatuur.

Het dragen van handschoenen is geen alternatief voor handreiniging of desinfectie.

##### **2. Beschermende kleding**

Beschermende kleding wordt gedragen bij iedere handeling waarbij kans bestaat op spatten en spuiten van bloed, andere lichaamsvochten, secreta of excreta.

Beschermende kleding kan over eigen of dienstkleding gedragen worden en wordt na verontreiniging of na maximaal 24 uur vervangen.

Er kan van een disposable vocht doorlaatbaar schort gebruik gemaakt worden, bedoeld voor éénmalig gebruik.

Disposable kleding wordt na gebruik in een plastic zak die goed wordt gesloten afgevoerd als huishoudelijk afval.

##### **3. Beschermende bril en mondneusmasker**

Het dragen van een beschermende bril wordt geadviseerd als bij de cliënt handelingen moeten worden verricht waarbij kans bestaat op spatten en spuiten van bloed of andere lichaamsvochten, secreta, excreta. Ook gezichtsschermen zijn geschikt om de ogen te beschermen.

Een normale bril kan als beschermende bril fungeren, mits deze adequaat te reinigen is met water en zeep en te desinfecteren is met alcohol 70 %.

\* Een leesbril met halve glazen en contactlenzen vormen onvoldoende bescherming.

Een (beschermende bril) wordt na elke verontreiniging gereinigd en vervolgens gedesinfecteerd met alcohol 70 %.

Een mondneusmasker wordt gedragen bij alle handelingen waarbij kans bestaat op spatten en spuiten van bloed of andere lichaamsvochten, secreta, excreta. Het masker wordt direct na gebruik weggegooid.

NB. De omstandigheden waaronder het gebruik van bril en masker zijn geïndiceerd zijn identiek; ze behoren dus altijd tegelijk te worden gedragen. Bij een beschermende bril en mondneusmasker wordt ook altijd beschermende kleding gedragen.

Wanneer alleen kans bestaat dat de dienstkleding verontreinigd wordt is het dragen van beschermende kleding alleen voldoende.

#### **4. Gebruik beschermde kleding**

Voor het aan- en uittrekken van beschermende kleding wordt een vaste volgorde gehanteerd om het preventieve en beschermende effect te waarborgen.

##### **Aantrekken**

1. Handen wassen
2. Schort aan
3. Mondneusmasker op, indien noodzakelijk
4. Beschermende bril op, indien noodzakelijk
5. Handschoenen aan. Bij een schort met lange mouwen, de handschoenen over de manchetten van de mouwen doen.

##### **Uittrekken**

1. Handschoenen uit.
2. Beschermende bril af.
3. Mondneusmasker af.
4. Schort uit.
5. Handen wassen.

De handschoenen zijn het meest besmet en moeten het eerst uitgetrokken worden. Voorkomen moet worden dat met de besmette handschoenen andere voorwerpen aangeraakt worden.

Bij het afdoen van de bril, mondneusmasker en schort, zijn de handschoenen al uit en moeten deze aan de achterkant vastgepakt en losgemaakt worden.

Mondneusmaskers en schort moeten met de besmette buitenkant in elkaar gevouwen worden.

Besmet disposable materiaal (handschoenen, mondneusmasker en schort) direct weggoeien in een afvalbak die bij voorkeur met de voet geopend kan worden.

De beschermende bril moet direct nadat hij afgezet is in een wasbak onder de stromende kraan met bij voorkeur vloeibare zeep huishoudelijk schoongemaakt worden.

# IXX

## Carint protocol: 'Omgaan met

### excreta na cytostatica'

(Carint, 2006, p.1t/m3)

#### Doel van deze procedure

Het omgaan met urine, ontlasting, speeksel, braaksel, bloed en wondvocht van de cliënt na toediening van de cytostatica vereist de nodige maatregelen. Hulpverleners die niet betrokken zijn bij het toedienen van cytostatica kunnen wel betrokken zijn bij de verzorging van de cliënt en zijn/haar omgeving.

Tot twee weken na de toediening kunnen cytostatica en afbraakproducten van cytostatica uitgescheiden worden.

Excreta zijn in de zorg thuis de meest voorkomende besmettingsbronnen. Medewerkers die bij de zorg van een cliënt betrokken zijn dienen goed geïnformeerd te worden over de cytostaticabehandeling van de cliënt, zodat ze de noodzakelijke beschermende maatregelen kunnen treffen.

Naast de medewerker zijn het de cliënt zelf, de huisgenoten en andere hulpverleners die in aanraking kunnen komen met de excreta. Hoewel beschermende maatregelen voor de cliënt niet nodig zijn moeten de cliënt en de huisgenoten wel geïnformeerd worden over de risico's en geïnstrueerd worden over het omgaan met excreta. De zorgverlener heeft hierin een adviserende rol.

## 1. Maatregelen na cytostaticabehandeling

### 1.1 Algemene maatregelen betreffende excreta na cytostaticabehandeling

- Bij het opruimen van urine, ontlasting en braaksel worden latex/vinyl handschoenen gedragen en een ondoorlaatbare schort (een halterschort; alleen wanneer er een reële kans is op spatten van besmet excreta wordt een overschort met lange mouwen gedragen).
- Wanneer de hier beschreven veilige technieken worden gehanteerd, waarbij de vorming van aerosolen en spatten wordt voorkomen hoeven geen mondmasker of beschermbril gedragen worden.
- Voor het opvangen van urine, ontlasting of braaksel worden bij bedlegerige cliënten uitsluitend disposable materialen gebruikt en moeten matras en kussens beschermd zijn met niet-doorlaatbare hoezen. Deze materialen zijn te verkrijgen bij de thuiszorgwinkel. De zorgverlener heeft hierin een adviserende rol.
- Voer alle excreta af via het riool.
- Bij het schoonmaken van het toilet latex/vinyl handschoenen dragen.

### 1.3 Urine en faeces na cytostaticabehandeling

De cliënt kan normaal naar het toilet wanneer er speciale toilethygiëne wordt betracht:

- 2x doorspoelen met deksel van het toilet dicht;
- toilet en omgeving na het gebruik reinigen; minstens 1 x per dag met koud water en een PH neutraal schoonmaakmiddel.
- Wanneer er meerdere toiletten in huis zijn wordt aangeraden om één toilet voor de cliënt te reserveren om de andere bewoners niet te besmetten met cytostatica.
- Mannelijke cliënten worden geadviseerd zittend te plassen.
- Onder een po-stoel wordt een disposable onderlegger gelegd, te verkrijgen op recept van de huisarts bij de apotheek. (onderlegger wordt behandeld als besmet afval).
- Onder de po, urinaal of bekkentje wordt een disposable onderlegger gelegd. Po, urinaal of bekkentje worden direct na gebruik afgedekt naar het toilet gebracht.
- Bij het legen dient spetteren voorkomen te worden. Giet de inhoud voorzichtig langs de rand van het toilet en doe dit met het toiletdeksel zoveel mogelijk naar beneden. Wanneer er geen toiletdeksel aanwezig is wordt het toilet met een disposable matje afgedekt.
- Spoel de po, urinaal of bekkentje, nadat ze geleegd zijn direct om met koud water. Daarna reinigen met heet water en een huishoudelijk schoonmaakmiddel PH-neutraal. Daarna afdrogen met keukenrol, toilet- of tissue papier (weggooien in dubbele afvalzak).
- Sluit bij katheteriseren de urinezak altijd voorafgaand aan het katheteriseren aan de katheter.
- Vernieuw bij een katheter in situ de katheterzak (dag-/nachtzak) dagelijks.

### 1.4 Braaksel na cytostaticabehandeling

Braaksel vormt een risico tot ongeveer twee uur na orale toediening van cytostatica. Door gebruik van een anti-emetica kan de kans op braken worden verkleind.

Maatregelen om het risico op blootstelling aan met cytostatica besmet afval te voorkomen zijn:

- laat de cliënt indien mogelijk in het toilet braken;
- geef cliënt disposable bakjes en voldoende tissues, als deze niet naar het toilet kan;
- draag bij een cliënt met braakneiging tot 2 uur na orale toediening een overschort met lange mouwen en handschoenen; Draag dit ook bij braakneigingen na intraveneuze toediening;
- leg een disposable matje onder het hoofd van de liggende cliënt;
- leeg het disposable bakje (afgedekt met een tweede bakje) in het toilet met het toiletdeksel zoveel mogelijk naar beneden. Voorkom spatten. Houd het toiletdeksel zoveel mogelijk naar beneden. Spoel 2 x door met gesloten toiletdeksel of dek af met een disposable matje (behandelen als besmetafval);
- deponeer de disposable bakjes en tissues in een plastic zak. Knoop of bind de plastic zak dicht en deponeer hem in een vuilniszak;
- reinig niet disposable materiaal met veel water.

### 1.5 Drain- en wondvocht, zweet en speeksel na cytostaticabehandeling

Drain-, wondvocht, zweet en speeksel kunnen tot meerdere dagen (tot 14 dagen, afhankelijk van de toegediende cytostatica) na toediening een risico vormen.

- Gebruik tijdens de wondverzorging en het verwijderen van de drain een overschort, disposable handschoenen.
- Werk met disposable matjes.
- Vang drainvocht op in een gesloten systeem.
- Het gebruikte verbandmateriaal en het disposable materiaal wordt als besmet afval beschouwd (in dubbele afvalzak).

### **1.6 Bloed na cytostaticabehandeling**

In bloed kunnen tot meerdere dagen (tot 14 dagen) na toediening concentraties cytostatica voorkomen.

- Gebruik het overschort en disposable handschoenen bij wondverzorging en eventuele afname van bloed.

## **2. Omgaan met wasgoed en afval na cytostaticabehandeling**

### **2.1 Wasgoed na cytostaticabehandeling**

- Kleding, handdoeken, bed en beddengoed die in aanraking zijn geweest met cytostatica, urine, ontlasting, braaksel, overmatig transpiratievocht of bloed zijn besmet materiaal.
- Bij het aanraken van het wasgoed en overbrengen naar de wasmachine moeten latex handschoenen en een ondoorlaatbaar schort gedragen worden.
- Als het niet mogelijk is het wasgoed onmiddellijk in de wasmachine te stoppen wordt het in een goed afgesloten gemerkte plastic zak bewaard. De gebruikte plastic zak moet als besmet afval verwerkt worden en buiten bereik van kinderen worden gehouden.
- Het wasgoed wordt apart van ander wasgoed gewassen, eerst op een koud spoel- of voorwasprogramma en daarna op een geschikt wasprogramma voor het betreffende materiaal. Dompel eventueel een enkel kledingstuk onder in een emmer met koud water, voordat het in de wasmachine gaat.

### **2.2 Serviesgoed/bestek na cytostaticabehandeling**

Serviesgoed, bestek en dergelijke kunnen gewoon hygiënisch gereinigd bij de afwas met de hand of in de afwasmachine.

### **2.3 Met excreta besmet afval**

Met excreta besmet afval moet gezien worden als risico afval. Afval en disposable materialen kunnen verzameld worden in een dubbele vuilniszak en worden afgevoerd met het normale huisvuil.





## Functies binnen de afdeling verzorging

### van Carint

Binnen Carint bestaan er vijf verschillende functie die te maken hebben met verzorging en/of huishoudelijk hulp (Carint, 2007). Voor de dezelfde functie zijn er soms verschillende namen in omloop.

#### Huishoudelijk medewerker / Thuishulp A

Een thuishulp verricht huishoudelijke werkzaamheden bij patiënten thuis. Alles gebeurd in overleg met de cliënt om de zelfredzaamheid te verhogen. Het is niet de bedoeling dat huishoudelijk medewerkers achterstanden wegwerken, reparaties doen of grote schoonmaak houden.

#### Alpha hulp

Een alphahulp doet dezelfde werkzaamheden als een huishoudelijk medewerker, alleen hierbij is de cliënt de werkgever van de alphahulp en Carint bemiddeld tussen beiden. Alphahulpen zijn dus niet in dienst bij Carint maar worden ingehuurd door de cliënt. In dit onderzoek zijn zij niet betrokken.

#### Verzorgende B

De verzorgende B verricht naast huishoudelijke taken ook beperkte verzorgende taken. Zo kan een verzorgende B begeleiding geven bij het wassen en aankleden maar ook het schoonmaken van de woning, het reinigen van wasgoed en het bereiden van maaltijden.

#### Verzorgende C/D / Wijkziekenverzorgster

Een verzorgende C/D verzorgt lichamelijk verzorgende taken bij zieke, gehandicapte of ouder wordende cliënten in de thuissituatie waarbij de cliënt zo veel mogelijk de regie houdt. Daarnaast verricht zij beperkte huishoudelijke taken, verzorgt ze de opvang, verzorging en begeleiding van kinderen, kan ze helpen bij het organiseren van het huishouden en bereidt ze de maaltijd voor.

#### Gezinsverzorgende / Verzorgende E

De verzorgende E begeleidt en verzorgt cliënten met psychosociale problemen gericht op gedragsverandering en verbetering in de thuissituatie. De verzorgende begeleidt de cliënt in de verzorgende en huishoudelijke taken maar neemt ze niet over.

# XXI

## Enquête verzorgenden

Beste verzorgende,

Via deze weg wil ik u vragen mee te werken aan een enquête ten behoeve van mijn afstudeerscriptie over de omgang met cytostaticapatiënten in de thuiszorg.

Vanuit de sociologie master Arbeid, Organisatie en Management ben ik bezig met een onderzoek naar de omgang van verzorgenden in de thuiszorg met patiënten die, danwel poliklinisch, een cytostaticabehandeling ondergaan. Dit kan naar aanleiding van kanker of reuma zijn.

Met diverse zorgmanagers heb ik interviews gehouden om er achter te komen welke richtlijnen er bestaan binnen Carint met betrekking tot cytostatica en hoe hier door zorgmanagers mee om wordt gegaan. Deze interviews hebben mij veel informatie gegeven over hoe bepaalde situaties zouden moeten gaan en welke regels zij hanteren. Echter, de zorgmanagers kunnen mij niet vertellen hoe het er nou op de werkvloer precies aan toe gaat.

Om bovenstaande reden wil ik erg graag uw mening en ervaringen horen over de praktijk. Natuurlijk geheel anoniem.

Het doel van deze enquête is om er achter te komen hoe de omgang met cytostaticapatiënten door verzorgenden er in de praktijk aan toe gaat. Er bestaat wel een protocol maar is dit alom bekend, wordt er daadwerkelijk gebruik van gemaakt of is het helemaal niet werkbaar? Daarnaast zijn er tal van handelingen niet opgenomen in het protocol waarbij een verzorgende wel risico kan lopen, hoe wordt hier in de praktijk mee omgegaan?

Op al deze en nog meer vragen hoop ik door middel van deze enquête een antwoord te kunnen geven.

U kunt de ingevulde enquête inleveren bij uw zorgmanager. Het eindresultaat van mijn onderzoek zal ik terugkoppelen aan alle zorgmanagers.

Alvast bedankt voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Maaïke Aitink  
Student Sociologie  
Erasmus Universiteit Rotterdam

## Enquête verzorgende

Bij vragen met open rondjes voor de antwoorden is het mogelijk meerdere antwoorden in te vullen.

### Achtergrondinformatie

Om een duidelijk beeld te krijgen van de verschillen en de overeenkomsten die er bestaan tussen u en uw collega's, start ik deze enquête met een aantal algemene vragen over uw achtergrond.

1. Wat is uw functie?

.....  
..

2. Wat is uw leeftijd?

... jaar

3. Welke opleiding heeft u genoten?

.....  
..

4. Hoe lang bent u al in dienst bij Carint?

... jaar

5. Wilt u in het kort iets vertellen over uw vorige werkervaringen?

.....  
.....  
.....

### Werken met cytostaticapatiënten

Niet iedere verzorgende heeft ooit met cytostaticapatiënten gewerkt. Voor mijn onderzoek is het van belang om dit te weten, echter vraag ik u deze enquête ook in te vullen wanneer u in de praktijk nog nooit met cytostaticapatiënten heeft gewerkt.

6. Hebt u wel eens gewerkt met of bij patiënten die een cytostaticakuur kregen (let op, ook reumapatiënten kunnen cytostatica krijgen)?

- a. Ja;
- b. Nee (ga naar vraag 9).

7. Hoe wist u dat deze patiënt een cytostaticakuur verkreeg?

- Ik heb dit te horen gekregen van mijn leidinggevende;
- Ik heb dit zelf gelezen in zijn zorgdossier;
- Ik hoorde het van collega's;
- Ik hoorde het van de patiënt of zijn familie;
- Ik kwam er pas achter nadat ik bij de patiënt was geweest;
- Anders, nl.....

8. Hoe wist u hoe u om moest gaan met een cytostaticapatiënt?
- Dit heeft mijn leidinggevende mij verteld en mij gewezen op het protocol;
  - Dit heeft mijn leidinggevende mij verteld maar mij niet gewezen op het protocol;
  - Dit hebben mijn collega's mij verteld en mij gewezen op het protocol;
  - Dit hebben mijn collega's mij verteld maar mij niet gewezen op het protocol;
  - Ik wist van het bestaan van het protocol en heb het hierin opgezocht;
  - Ik heb er naar gevraagd bij mijn leidinggevende;
  - Ik heb er naar gevraagd bij mijn collega's;
  - Anders, nl .....

9. Wat weet u van de risico's in het werken met cytostaticapatiënten?

.....  
.....  
.....  
.....

10. Hebt u het idee dat deze risico's serieus worden genomen door uw leidinggevende?

- a. Ja, heel serieus;
- b. Ja, redelijk serieus;
- c. Nee, niet echt serieus;
- d. Nee, helemaal niet serieus;
- e. Onbekend.

### Het protocol

Er bestaat binnen Carint sinds 2005 een protocol "Omgaan met excreta na cytostatica". Dit protocol is opgesteld voor alle verzorgenden.

11. Was u bekend met het bestaan van dit protocol?

- a. Ja, ik heb hem al eens doorgelezen maar nooit gebruikt;
- b. Ja, maar ik heb hem nog nooit gelezen;
- c. Ja, ik heb hem al eens gebruikt (ga naar vraag 13);
- d. Nee, hier ben ik niet mee bekend (ga naar vraag 13);
- e. Anders, nl .....

12. Indien u het protocol kent maar nooit heeft gelezen of gebruikt, wat is hier de reden van?

- Ik heb nog nooit te maken gehad met cytostaticapatiënten;
- Ik weet wel hoe ik om moet gaan met cytostaticapatiënten zonder protocol;
- Ik ben er nooit op gewezen dat ik het protocol moest gebruiken;
- Anders, nl .....

## Wassen

Een van momenten in het werken met cytostaticapatiënten waarbij u risico kan lopen op aanraking met excreta, is het wassen van patiënten.

13. Welke beschermingsmiddelen zou u gebruiken bij het wassen van een cytostaticapatiënt onder de douche of met een waskom?
- Handschoenen;
  - Disposable overschoort;
  - Disposable onderlegger;
  - Mondkapje;
  - Helemaal niks;
  - Geen idee;
  - Anders, nl .....
14. Hebt u wel eens een cytostaticapatiënt gewassen?
- Ja, onder de douche;
  - Ja, met speciale wasdoekjes;
  - Ja, met een waskom;
  - Ja, anders nl .....
  - Nee, nog nooit.
15. Wat is uw mening over het gebruik van beschermingsmiddelen tijdens het wassen van patiënten?
- Ik vind het heel belangrijk;
  - Ik vind het overbodig;
  - Ik vind het klantvriendelijk;
  - Ik vergeet ze soms mee te nemen;
  - Ik vergeet ze soms te gebruiken;
  - Ze zijn niet altijd beschikbaar;
  - Anders, nl .....

## Wasgoed

Een ander proces waarbij u in aanraking kunt komen met excreta van cytostaticapatiënten is het wassen van het wasgoed van patiënten. Zowel bij het aanraken van het wasgoed als het gehele wasproces komt het een en ander kijken.

16. Welke handelingen zou u doorlopen bij het wassen van de was van een cytostaticapatiënt?
- Gewoon wassen als elke andere was;
  - Handschoenen dragen bij het in de wasmachine stoppen;
  - Handschoenen dragen bij het afhalen van beddengoed;
  - Een mondkapje dragen;
  - Op extra heet programma wassen;
  - Koud voorwassen, daarna normaal programma;
  - Apart wassen van andere was;
  - Anders, nl .....

17. Hebt u wel eens de was gedaan van een patiënt die een cytostaticakuur verkreeg?
- Ja;
  - Nee.
18. Wat is uw mening over het gebruik van beschermingsmiddelen tijdens het doen van de was van cytostaticapatiënten?
- Ik vind het heel belangrijk;
  - Ik vind het overbodig;
  - Ik vind het klantvriendelijk;
  - Ik vergeet ze soms mee te nemen;
  - Ik vergeet ze soms te gebruiken;
  - Ze zijn niet altijd beschikbaar;
  - Anders, nl .....
19. Welke voorzorgmaatregelen zou u nemen bij het ondersteunen van een bedlegerige patiënt bij toiletgebruik?
- Plastic hoes ter bescherming van de matras;
  - Handschoenen dragen;
  - Disposable overschort aan;
  - Mondkapje op;
  - Na het legen van een ondersteek het toilet 2 keer doorspoelen;
  - De ondersteek goed afwassen met heet water;
  - De ondersteek eerst afwassen met koud water, daarna met heet water;
  - Anders, nl .....

### Schoonmaak

Excreta van cytostaticapatiënten kan in elke ruimte voorkomen waar een cytostaticapatiënt is geweest. Van de vloer rond het bed tot het toilet. Dit kan ertoe leiden dat u op een andere manier omgaat met de schoonmaak van het huis van een cytostaticapatiënt dan dat van een andere patiënt.

20. Hebt u wel eens een huis schoongemaakt van een cytostaticapatiënt?
- Ja;
  - Nee (ga naar vraag 22).
21. Trof u andere voorbereidingsmaatregelen dan bij andere patiënten?
- Nee, ik deed niks anders;
  - Ja, ik trok handschoenen aan terwijl ik dit normaal niet doe;
  - Ja, ik trok andere handschoenen aan dan normaal;
  - Nee, ik trek altijd handschoenen aan bij het schoonmaken;
  - Ja, ik trok een disposable overschort aan;
  - Ja, ik gebruikte een mondkapje;
  - Ja, ik gebruikte andere doekjes, nl .....
  - Ja, maakte op een andere manier schoon dan normaal, nl .....
  - Anders, nl .....

**Diversen**

Ter afsluiting nog een aantal vragen over diverse andere onderdelen in het werken met cytostaticapatiënten.

22. Op welke wijze behandelt u uw eigen werkkleding na een bezoek aan een cytostaticapatiënt?

- a. Ik was het op normaal programma;
- b. Ik was het eerst koud voor;
- c. Ik draag het de volgende dag ongewassen weer;
- d. Ik gooi het weg;
- e. Anders, nl .....

23. Hebt u wel eens meegemaakt dat u er achteraf achter kwam dat een patiënt waar u was geweest, een cytostaticabehandeling kreeg?

- a. Nee;
- b. Ja, maar ik heb hier niks van gezegd;
- c. Ja, ik heb dit gemeld bij mijn leidinggevende;
- d. Ja, ik heb dit gemeld bij mijn collegae;
- e. Anders, .....

24. Hebt u nog adviezen aan de organisaties betreffende de omgang met cytostaticapatiënten?

.....  
.....  
.....

25. Hebt u nog adviezen, opmerkingen, tips aan mij ten behoeve van mijn onderzoek?

.....  
.....  
.....

**Hartelijk bedankt voor uw medewerking!!**

# XXII

## Uitslag enquête verzorgende

Bij enkele vragen hoefde maar een beperkte groep een antwoord te geven. Het percentage geeft het totaal percentage van alle respondenten aan dat een bepaald antwoord heeft gegeven. Tussen haakjes staat het percentage van de respondenten dat een antwoord heeft gegeven op de betreffende vraag. N=90

### 1. Wat is uw functie?

Functie	Percentage
Thuishulp / Verzorgende A	20
Verzorgende B	33
Verzorgende C/D	27
Wijkzickenverzorgende	18
Onbekend	2

### 2. Wat is uw leeftijd?

Leeftijdscategorie	Percentage
20 – 25	11
26 – 30	10
31 – 35	11
36 – 40	14
41 – 45	20
46 – 50	15
51 – 55	16
56 – 60	0
61 – 65	2
Onbekend	1

### 3. Welke opleiding heeft u genoten?

Opleiding	Percentage
MDGO-VZ (oude MBO-VZ)	25
MBO-VZ niveau 1	7
MBO-VZ niveau 2	14
MBO-VZ niveau 3	5
LHNO (huishoudschool)	9
HBO-V	15
Nog in opleiding	2
Andere MBO opleiding	13
Geen opleiding	1
Onbekend	9



**4. Hoe lang bent u al in dienst bij Carint?**

Aantal dienstjaren bij Carint	Percentage
< 2 jaar	16
2 – 5 jaar	38
6 – 10 jaar	18
11 – 15 jaar	7
16 – 20 jaar	12
21 – 25 jaar	7
Onbekend	2

**5. Wilt u in het kort iets vertellen over uw vorige werkervaringen?**

Vorige werkervaring	Percentage
Verzorgings- of verpleeghuis	16
Ziekenhuis	5
Andere thuiszorginstelling	17
Gehandicaptenzorg	0
Iets totaal anders	16
Geen	4
Onbekend	42

**6. Hebt u wel eens gewerkt met of bij patiënten die een cytostaticakuur kregen (let op, ook reumapatiënten kunnen cytostatica krijgen)?**

Gewerkt met cytostaticapatiënten	Percentage
Ja	50
Nee	50

**7. Hoe wist u dat deze patiënt een cytostaticakuur verkreeg? (meerdere antwoorden mogelijk)**

Informatie via welke wijze	Percentage (N = 50)
Ik heb dit te horen gekregen van mijn leidinggevende	27 (56)
Ik heb dit zelf gelezen in zijn zorgdossier	16 (30)
Ik hoorde het van collega's;	20 (41)
Ik hoorde het van de patiënt of zijn familie	14 (30)
Ik kwam er pas achter nadat ik bij de patiënt was geweest	2 (4)
Via de overdracht vanuit ziekenhuis	5 (11)

**8. Hoe wist u hoe u om moest gaan met een cytostaticapatiënt? (meerdere antwoorden mogelijk)**

<b>Informatie omgaan met cytostaticapatiënt via</b>	<b>Percentage (N = 45)</b>
Dit heeft mijn leidinggevende mij verteld en mij gewezen op het protocol	21 (42)
Dit heeft mijn leidinggevende mij verteld maar mij niet gewezen op het protocol	2 (5)
Dit hebben mijn collega's mij verteld en mij gewezen op het protocol	14 (28)
Dit hebben mijn collega's mij verteld maar mij niet gewezen op het protocol	3 (5)
Ik wist van het bestaan van het protocol en heb het hierin opgezocht	11 (22)
Ik heb er naar gevraagd bij mijn leidinggevende	1 (2)
Ik heb er naar gevraagd bij mijn collegae	5 (10)
Informereren bij behandelend arts	3 (7)
Door ervaring	1 (2)
Vanuit mijn studie	1 (2)

**9. Wat weet u van de risico's in het werken met cytostaticapatiënten? (meerdere antwoorden mogelijk)**

<b>Risico's</b>	<b>Percentage</b>
Niets	17
Niet alles	12
Het is bekend	4
Nog nooit bij stil gestaan	1
Dat je lichamelijke risico's loopt	5
Kleine kans op besmetting	17
Dat je besmet kan raken door de straling	2
Excreta is besmettelijk	9
Letten op extra hygiëne en bacillen	2
Handschoenen aan en schort	9
Voorzichtig zijn, protocol goed doorlezen	5
Kan schade toerichten aan de groei van cellen	4
Het kan kanker veroorzaken	6

**10. Hebt u het idee dat deze risico's serieus worden genomen door uw leidinggevende?**

<b>Hoe serieus genomen door leidinggevende</b>	<b>Percentage</b>
Ja, heel serieus	71
Ja, redelijk serieus	23
Nee, niet echt serieus	0
Nee, helemaal niet serieus	0
Onbekend	6

**11. Was u bekend met het bestaan van dit protocol?**

Bekendheid	Percentage
Ja, ik heb hem al eens doorgelezen maar nooit gebruikt	31
Ja, maar ik heb hem nog nooit gelezen	28
Ja, ik heb hem al eens gebruikt	21
Nee, hier ben ik niet mee bekend	16
Anders, nl	0

**12. Indien u het protocol kent maar nooit heeft gelezen of gebruikt, wat is hier de reden van?**

Reden	Percentage (N = 52)
Ik heb nog nooit te maken gehad met cytostaticapatiënten	36 (62)
Ik weet wel hoe ik om moet gaan met cytostaticapatiënten zonder protocol	0
Ik ben er nooit op gewezen dat ik het protocol moest gebruiken	9 (16)
Ik heb mondeling informatie gekregen van mijn leidinggevende	2 (3)
Ik heb mondeling informatie gekregen van mijn collegae	4 (6)
Ik was niet aanwezig tijdens de uitleg van het protocol	5 (9)
Geen reden	1 (3)

**13. Welke beschermingsmiddelen zou u gebruiken bij het wassen van een cytostaticapatiënt onder de douche of met een waskom? (meerdere antwoorden mogelijk)**

Beschermingsmiddelen	Percentage
Handschoenen	82
Disposable overschort	71
Disposable onderlegger	25
Mondkapje	9
Helemaal niks	5
Geen idee	0
Plastic schoentjes	4
Alles wat ontsmettend en hygiënisch werkt	2

**14. Hebt u wel eens een cytostaticapatiënt gewassen? (meerdere antwoorden mogelijk)**

Wassen	Percentage
Ja, onder de douche	21
Ja, met speciale wasdoekjes	0
Ja, met een waskom	11
Ja, anders nl	0
Nee, nog nooit	71

**15. Wat is uw mening over het gebruik van beschermingsmiddelen tijdens het wassen van patiënten?**

Mening	Percentage
Ik vind het heel belangrijk	87
Ik vind het overbodig	4
Ik vind het klantvriendelijk	5
Ik vergeet ze soms mee te nemen	0
Ik vergeet ze soms te gebruiken	0
Ze zijn niet altijd beschikbaar	2
Alleen wanneer nodig gebruiken	1

**16. Welke handelingen zou u doorlopen bij het wassen van de was van een cytostaticapatiënt? (meerdere antwoorden mogelijk)**

Vuile was	Percentage
Gewoon wassen als elke andere was	16
Handschoenen dragen bij het in de wasmachine stoppen	88
Handschoenen dragen bij het afhalen van beddengoed	84
Een mondkapje dragen	2
Op extra heet programma wassen	16
Koud voorwassen, daarna normaal programma	4
Apart wassen van andere was	61
Geen idee	3
Alleen wanneer het wasgoed besmet is	1

**17. Hebt u wel eens de was gedaan van een patiënt die een cytostaticakuur verkreeg?**

Wel eens de was gedaan	Percentage
Ja	23
Nee	77

**18. Wat is uw mening over het gebruik van beschermingsmiddelen tijdens het doen van de was van cytostaticapatiënten?**

Mening	Percentage
Ik vind het heel belangrijk	89
Ik vind het overbodig	0
Ik vind het klantvriendelijk	0
Ik vergeet ze soms mee te nemen	2
Ik vergeet ze soms te gebruiken	4
Ze zijn niet altijd beschikbaar	2
Alleen gebruiken wanneer het wasgoed besmet is	1
Onbekend	4

**19. Welke voorzorgmaatregelen zou u nemen bij het ondersteunen van een bedlegerige patiënt bij toiletgebruik? (meerdere antwoorden mogelijk)**

Beschermingsmaatregelen	Percentage
Plastic hoes ter bescherming van de matras	54
Handschoenen dragen	86
Disposable overschort aan	71
Mondkapje op	4
Na het legen van een ondersteek het toilet 2 keer doorspoelen	68
De ondersteek goed afwassen met heet water	41
De ondersteek eerst afwassen met koud water, daarna met heet water	21
Goed schoonmaken met sopje, toilet ook schoonmaken	2
Disposable onderlegger	5
Geen idee	3

**20. Hebt u wel eens een huis schoongemaakt van een cytostaticapatiënt?**

Schoonmaak	Percentage
Ja	27
Nee	73

**21. Trof u andere voorbereidingsmaatregelen dan bij andere patiënten? (meerdere antwoorden mogelijk)**

Beschermingsmaatregelen	Percentage
Nee, ik deed niks anders	5
Ja, ik trok handschoenen aan terwijl ik dit normaal niet doe	16
Ja, ik trok andere handschoenen aan dan normaal	0

Nee, ik trek altijd handschoenen aan bij het schoonmaken	6
Ja, ik trok een disposable overschoort aan	5
Ja, ik gebruikte een mondkapje	0
Ja, ik gebruikte andere doekjes	4
Ja, maakte op een andere manier schoon dan normaal, nl alles vochtig afnemen	1
Ja, maakte op een andere manier schoon dan normaal, nl alles 2 keer afnemen met een sopje en/of chloor	3

**22. Op welke wijze behandelt u uw eigen werkkleding na een bezoek aan een cytostaticapatiënt?**

Eigen kleding	Percentage
Ik was het op normaal programma	64
Ik was het eerst koud voor	2
Ik draag het de volgende dag ongewassen weer	3
Ik gooi het weg	0
Elke dag schoon uniform	4
Extra heet wassen	5
Geen idee	5
Onbekend	17

**23. Hebt u wel eens meegemaakt dat u er achteraf achter kwam dat een patiënt waar u was geweest, een cytostaticabehandeling kreeg?**

Wel eens meegemaakt	Percentage
Nee	80
Ja, maar ik heb hier niks van gezegd	0
Ja, ik heb dit gemeld bij mijn leidinggevende	2
Ja, ik heb dit gemeld bij mijn collegae	1
Anders	0
Onbekend	17

**24. Hebt u nog adviezen aan de organisaties betreffende de omgang met cytostaticapatiënten?**

- Wees voorzichtig maar blijf klantvriendelijk, overdrijf niet. (3 keer)
- Meer kleding beschikbaar stellen.
- Meer aandacht en informatie over reumapatiënten met cytostatica. (2 keer)
- Meer informatie over de gevaren en de werkwijze. (2 keer)
- Ruim van te voren aangeven dat een patiënt cytostatica verkrijgt zodat je je goed kan voorbereiden

# XXIII

## Aangepast Carint protocol:

### 'Omgaan met excreta na cytostatica'

(Carint, 2006) De schuine stukken zijn de aangepaste gedeelten.

#### Doel van deze procedure

Het omgaan met urine, ontlasting, speeksel, braaksel, bloed en wondvocht van de cliënt na toediening van de cytostatica vereist de nodige maatregelen. Hulpverleners die niet betrokken zijn bij het toedienen van cytostatica kunnen wel betrokken zijn bij de verzorging van de cliënt en zijn/haar omgeving.

*Cytostatica zijn kankerverwekkend wanneer er rechtstreeks contact mee is. Bijvoorbeeld bij het toedienen of schoonmaken van materiaal. Daarnaast zijn ook de excreta van patiënten besmettelijk. Deze besmettelijkheid duurt 2 tot 14 dagen na toediening, afhankelijk van het soort cytostatica. Voor mensen die beroepshalve in aanraking komen met cytostatica is het eenvoudig om in aanraking te komen van de kankerverwekkende stoffen van cytostatica. Alleen al bij het wassen van patiënten of het afhalen van beddengoed kan iemand besmet raken. De kans is relatief klein, veel kleiner dan bij directe aanraking van cytostatica, maar de kans bestaat.*

*Voor de veiligheid moet aangenomen worden dat excreta van cytostaticapatiënten tot minimaal 7 dagen na toediening besmet is.*

Excreta zijn in de zorg thuis de meest voorkomende besmettingsbronnen. Medewerkers die bij de zorg van een cliënt betrokken zijn dienen goed geïnformeerd te worden over de cytostaticabehandeling van de cliënt, zodat ze de noodzakelijke beschermende maatregelen kunnen treffen.

Naast de medewerker zijn het de cliënt zelf, de huisgenoten en andere hulpverleners die in aanraking kunnen komen met de excreta. Hoewel beschermende maatregelen voor de cliënt niet nodig zijn moeten de cliënt en de huisgenoten wel geïnformeerd worden over de risico's en geïnstrueerd worden over het omgaan met excreta. De zorgverlener heeft hierin een adviserende rol.

#### 1. Maatregelen na cytostaticabehandeling

##### 1.1 Algemene maatregelen betreffende excreta na cytostaticabehandeling

- Bij het opruimen van urine, ontlasting en braaksel worden latex/vinyl handschoenen gedragen en een ondoorlaatbare schort (een halterschort; alleen wanneer er een reële kans is op spatten van besmet excreta wordt een overschort met lange mouwen gedragen).
- Wanneer de hier beschreven veilige technieken worden gehanteerd, waarbij de vorming van aerosolen en spatten wordt voorkomen hoeven geen mondmasker of beschermbril gedragen worden.

- Voor het opvangen van urine, ontlasting of braaksel worden bij bedlegerige cliënten uitsluitend disposable materialen gebruikt en moeten matras en kussens beschermd zijn met niet-doorlaatbare hoezen. Deze materialen zijn te verkrijgen bij de thuiszorgwinkel. De zorgverlener heeft hierin een adviserende rol.
- Voer alle excreta af via het riool.

### 1.3 Urine en faeces na cytostaticabehandeling

De cliënt kan normaal naar het toilet wanneer er speciale toilethygiëne wordt betracht:

- 2x doorspoelen met deksel van het toilet dicht;
- Toilet en omgeving na het gebruik reinigen; minstens 1 x per dag met koud water en een PH neutraal schoonmaakmiddel.
- Wanneer er meerdere toiletten in huis zijn wordt aangeraden om één toilet voor de cliënt te reserveren om de andere bewoners niet te besmetten met cytostatica.
- Mannelijke cliënten worden geadviseerd zittend te plassen.
- Onder de po, urinaal of bekkentje wordt een disposable onderlegger gelegd. Po, urinaal of bekkentje worden direct na gebruik afgedekt naar het toilet gebracht.
- Bij het legen dient spetteren voorkomen te worden. Giet de inhoud voorzichtig langs de rand van het toilet en doe dit met het toiletdeksel zoveel mogelijk naar beneden. Wanneer er geen toiletdeksel aanwezig is wordt het toilet met een disposable matje afgedekt.
- Spoel de po, urinaal of bekkentje, nadat ze geleegd zijn direct om met koud water. Daarna reinigen met heet water en een huishoudelijk schoonmaakmiddel PH-neutraal. Daarna afdrogen met keukenrol, toilet- of tissue papier (weggooien in dubbele afvalzak).
- Sluit bij katheteriseren de urinezak altijd voorafgaand aan het katheteriseren aan de katheter.
- Vernieuw bij een katheter in situ de katheterzak (dag-/nachtzak) dagelijks.

De zorgverlener heeft hierin een adviesfunctie naar de cliënt.

### 1.4 Braaksel na cytostaticabehandeling

*Braaksel vormt een risico tot ongeveer twee uur na orale toediening van cytostatica. Na toediening door injectie wordt dit risico uitgebreid tot maximaal 14 dagen. Door gebruik van een anti-emetica kan de kans op braken worden verkleind.*

Maatregelen om het risico op blootstelling aan met cytostatica besmet braaksel te voorkomen zijn:

- Laat de cliënt indien mogelijk in het toilet braken;
- Geef cliënt disposable bakjes en voldoende tissues, als deze niet naar het toilet kan;
- Draag bij een cliënt met braakneiging een overschort met lange mouwen en handschoenen;
- Leg een disposable matje onder het hoofd van de liggende cliënt;
- Leeg het disposable bakje (afgedekt met een tweede bakje) in het toilet met het toiletdeksel zoveel mogelijk naar beneden. Voorkom spatten. Houd het toiletdeksel zoveel mogelijk naar beneden. Spoel 2 x door met gesloten toiletdeksel of dek af met een disposable matje (behandelen als besmet afval);
- *Behandel de disposable bakjes en tissues als besmet afval;*
- *Reinig niet disposable materiaal met veel koud water en reinig daarna met warm water en sop.*



## 1.5 Drain- en wondvocht, zweet en speeksel na cytostaticabehandeling

Drain-, wondvocht, zweet en speeksel kunnen tot meerdere dagen (tot 14 dagen, afhankelijk van de toegediende cytostatica) na toediening een risico vormen.

- Gebruik tijdens de wondverzorging en het verwijderen van de drain een overschort, disposable handschoenen.
- Werk met disposable matjes.
- Vang drainvocht op in een gesloten systeem.
- Het gebruikte verbandmateriaal en het disposable materiaal wordt als besmet afval beschouwd (in dubbele afvalzak).

## 1.6 Bloed na cytostaticabehandeling

In bloed kunnen tot meerdere dagen (tot 14 dagen) na toediening concentraties cytostatica voorkomen.

Gebruik het overschort en disposable handschoenen bij wondverzorging en eventuele afname van bloed.

## 2. Omgaan met wasgoed en afval na cytostaticabehandeling

### 2.1 Wasgoed na cytostaticabehandeling

- *Al het wasgoed van cliënten na cytostaticabehandeling moet tot 14 dagen na toediening als besmet worden behandeld.*
- Bij het aanraken van het wasgoed en overbrengen naar de wasmachine moeten latex handschoenen en een ondoorlaatbaar schort gedragen worden.
- Als het niet mogelijk is het wasgoed onmiddellijk in de wasmachine te stoppen wordt het in een goed afgesloten gemerkte plastic zak bewaard. De gebruikte plastic zak moet als besmet afval verwerkt worden en buiten bereik van kinderen worden gehouden.
- Het wasgoed van cliënten na cytostaticabehandeling wordt apart van ander wasgoed gewassen, eerst op een koud spoel- of voorwasprogramma en daarna op een geschikt wasprogramma voor het betreffende materiaal. Dompel eventueel een enkel kledingstuk onder in een emmer met koud water, voordat het in de wasmachine gaat.

### 2.2 Serviesgoed/bestek na cytostaticabehandeling

Serviesgoed, bestek en dergelijke kunnen gewoon hygiënisch gereinigd bij de afwas met de hand of in de afwasmachine.

### 2.3 Met excreta besmet afval

Met excreta besmet afval moet gezien worden als risico afval. Afval en disposable materialen kunnen verzameld worden in een dubbele vuilniszak en worden afgevoerd met het normale huisvuil.

### **3. Schoonmaken bij cliënten na een cytostaticabehandeling**

*Bij het schoonmaken bij cliënten na een cytostaticabehandeling moeten de volgende maatregelen in acht worden genomen:*

- *Bij het schoonmaken altijd latex/vinyl handschoenen dragen;*
- *Maak schoon van schoon naar vuil;*
- *Tijdens het schoonmaken van het sanitair mogen schoonmaakdoekjes en moppen niet uitgespoeld worden in het sopwater;*
- *Behandel microvezeldoekjes als besmet wasgoed;*
- *Pak bij elke ruimte nieuwe schoonmaakmaterialen.*

### **4. Persoonlijke Beschermingsmiddelen**

- *Verwissel elke twintig minuten de handschoenen, bij elke zichtbare besmetting en beschadiging en bij wisseling van werkzaamheden;*
- *Gebruik een disposable overschort bij kans op spatten van water of excreta.*