

Ziekenhuisafval, een succes-story of een chaos?

L. A. BERINGS

De formulering van de titel doet vermoeden, dat de auteur hierover een duidelijke mening heeft. En dat klopt ook. "Ziekenhuisafval heeft als beleidsonderwerp een turbulent verleden. Een kleine hoeveelheid afvalstoffen moet om uiteenlopende redenen zorgvuldig behandeld worden, terwijl het overgrote deel, vergelijkbaar met huishoudelijk afval, efficiënt, hygiënisch en tegen de laagst mogelijke kosten verwijderd moet worden".

Vele nuchtere denkers hebben in het recente verleden bovenstaande opvatting reeds kenbaar gemaakt in weerwil van meningen, die naar voren werden gebracht door beleidsmakers bij de verschillende overheden.

Hoe is het stormachtige verleden van de wettelijke richtlijnen over ziekenhuisafval nu precies verlopen?

Geschiedenis

In 1977 kwam de Afvalstoffenwet (Stb. 1877, 455) tot stand. In de notitie inzake de uitvoering van deze wet (1978) werd het voornemen vermeld om ziekenhuisafval aan te wijzen als categorie, waarvoor provinciale staten verplicht zijn een provinciaal plan vast te stellen. Dit voornemen werd omgezet in beleid in het eerste kwartaal van 1982. Tevens werd hierbij vastgelegd, dat alle provincies uiterlijk op 1 januari 1984 hun plannen gereed moesten hebben. Om de provincies behulpzaam te zijn bij het opstellen van hun plannen en tevens om alle provincies tenminste een zelfde uitgangspunt te bieden, bracht het (toen nog) Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne op 9 maart 1982 een "richtlijn voor provinciale plannen inzake de verwijdering van ziekenhuisafval" uit.

Deze richtlijn bevatte een aantal belangrijke opmerkingen:

- In beginsel dienen alle afvalstoffen uit in-

stellingen van de gezondheidszorg, voor zover deze afvalstoffen onder het regime van de afvalstoffenwet vallen, volgens het gestelde in de richtlijn verwijderd te worden en buiten de instelling verwerkt te worden.

- De afvalstoffen uit instellingen van de gezondheidszorg, waarvoor andere wettelijke kaders bestaan (zoals de Destructiewet, Wet olieverontreiniging zeewater, Bestrijdingsmiddelenwet, Kernenergiewet, Wet verontreiniging zeewater, Wet chemische afvalstoffen) dienen volgens de daarvoor bestaande regeling te worden verwijderd.

- De richtlijn liet de mogelijkheid open, dat het ziekenhuisafval, voor zover dit onder de afvalstoffenwet valt, binnen een instelling in een tweetal hoofdstromen wordt gescheiden. Deze scheiding wordt slechts toelaatbaar geacht indien een instelling een scheiding daadwerkelijk kan realiseren en in de praktijk ook kan handhaven. Indien een scheiding niet mogelijk zou zijn of slechts gedeeltelijk zou plaatsvinden, dienen alle afvalstoffen volgens het gestelde in de richtlijn behandeld, getransporteerd en verwerkt te worden.

- Voor de beide hoofdstromen van het ziekenhuisafval geldt, dat de verwerking op milieu-hygiënisch verantwoorde wijze dient te geschieden.

- De categorie ziekenhuisafval, die een speciale behandeling vereist, mag uitsluitend verbrand worden; met dien verstande dat menselijk anatomisch afval ook in een crematorium kan worden verbrand of kan worden begraven op een begraafplaats.

- Er moet zoveel mogelijk gebruik worden gemaakt van gestandaardiseerde transportcontainers en vervoersmiddelen voor het vervoer van de categorie ziekenhuisafval, die een speciale behandeling vereist.

- Gelet op de speciale geaardheid en samenstelling van het ziekenhuisafval, waarvoor een speciale behandeling vereist is, zijn, volgens

de richtlijn, de huidige communale verbrandingsinrichtingen in het algemeen onvoldoende toegerust. De bouw van speciale, regionale (of inter-regionale) ovens dient te worden bevorderd. Het ware, volgens de opstellers van de richtlijn, aan te bevelen voor de bedoelde speciale verbrandingsovens zowel in organisatorisch als in technisch opzicht aansluiting te zoeken bij bestaande afvalverbrandingsinrichtingen. In provincies waar dergelijke inrichtingen niet aanwezig zijn, dienen alsnog de nodige voorzieningen en maatregelen te worden getroffen.

- Afvoer van het ziekenhuisafval, waarvoor een speciale behandeling vereist is, naar nabij gelegen provincies behoort tot de mogelijkheden.

Scheiden in categorieën

Zoals hiervoor omschreven, liet de richtlijn dus de mogelijkheid open aan instellingen om de afvalstoffen te scheiden. Om kosten-technische redenen bleek het zelfs zeer raadzaam om te scheiden, aangezien anders alle afvalstoffen moesten worden behandeld als "specifiek" afval. Ten behoeve van deze scheiding maakte de richtlijn de volgende tweedeling:

A. Afvalstoffen, waarvoor in beginsel elke verwerkingsmethode toelaatbaar is.

Deze categorie omvat volgens de richtlijn afvalstoffen, die zijn ontstaan in centrale keukens, eetzalen, recreatie-verblijven, wachtverblijven, administratie-ruimten, etc., alsmede afvalstoffen van groter formaat, zoals afgedankte koelkasten, sterilisatoren, etc. (analoog aan "grof huisvuil").

B. Afvalstoffen, die een speciale behandeling vereisen.

Hieronder worden verstaan:

- menselijk anatomisch afval
- proefdieren-afval inclusief beddingafval
- afval van bijvoorbeeld micro-biologische laboratoria
- afval van bepaalde onderzoek-, behandel- en verpleegafdelingen.

Als aanvulling op de vaststelling van de B-categorie schreef de richtlijn: "uitgaande van de herkomst is het bijvoorbeeld voor operatiekamers, behandel-, verpleeg- en onderzoeksfdelingen evenwel mogelijk aan te geven wat onder ziekenhuisafval, dat een speciale behandeling vereist, moet worden verstaan. Het betreft hier dan alle afvalstoffen, die vrijkomen in het kader van de betreffende handelingen, alsmede van direct ondersteunende eenheden. Bij dit laatste kan gedacht worden aan

keuken-eenheden, alwaar de etensresten van patiënten terugkomen en aan verblijven voor verpleegkundigen".

Commotie

Met bovenstaande tweedeling hielp de richtlijn bijna iedere betrokkene op tilt. In de praktijk kwam deze indeling er namelijk op neer, dat ± 70 tot 80% van het afval als "B-afval" moest worden behandeld. En omdat "B-afval" gescheiden moest worden ingezameld (b.v. in vaatjes) en vervolgens moest worden verbrand, zou deze richtlijn niet alleen grote inter-organisatorische consequenties hebben, maar tevens sterk kostenverhogend gaan werken.

Mede onder invloed van de kritiek hierop vanuit het werkveld werd de tweedeling in A en B afvalstoffen later genuanceerd, zodat er momenteel de volgende indeling bestaat als ministeriële richtlijn:

A. Afvalstoffen, zoals het met huishoudelijk afval te vergelijken deel van de afvalstoffen, en bijv. sloofafval, waarvoor in beginsel elke verwerkingsmethode toelaatbaar is. Het aandeel van deze component zou ca. 30% van het totaal beslaan.

B1. Afvalstoffen, die verwerking in een speciale verbrandingsinrichting vereisen, te weten de nummers 1 t/m 20 van bijgevoegde lijst. Deze deelstroom zou ca. 10% van het totaal beslaan.

B2. Afvalstoffen, die volgens de eisen van de vergunningverlener verbrand of gecontroleerd gestort moeten worden. Met name alle overige afvalstoffen, die vrijkomen op verpleeg-, behandel- en onderzoekafdelingen.

Provinciale overheden

Deze indeling komt weliswaar voor een deel tegemoet aan de kritiek uit het werkveld, maar gaat daarin volgens vele betrokkenen uit de praktijk nog niet ver genoeg. Ter discussie staat hierbij het afval genoemd onder de nummers 8 t/m 20, afkomstig van verpleeg-, behandel- en onderzoekafdelingen. Dit moet volgens het ministeriële schrijven van maart 1985 in ieder geval gescheiden van het overige afval van die afdelingen worden ingezameld. Over deze kwestie hebben de provincies echter het laatste woord.

De beleidsmakers op provinciaal niveau zagen zich geconfronteerd met alle opvattingen uit het werkveld en wilden hiermee graag rekening houden. Dit had tot gevolg, dat de datum

1 januari 1984 door geen der provincies werd gehaald. Ook een jaar later had nog geen enkele provincie een bruikbaar plan ingediend. De verwachting is, dat medio 1986 de eerste provincies gereed zullen zijn, alhoewel hierover nog geen enkele zekerheid bestaat.

Verbranding

Een andere complicerende factor vormt namelijk een correcte verwerking van het B1-afval. Even afgezien van de reële omvang van deze categorie (de laatste notitie van het Ministerie van V.R.O.M. duidt op $\pm 10\%$ van het totaal!) is het grootste probleem, namelijk dat er op dit moment geen enkele verbrandingsinrichting in Nederland staat, die dit type afval volgens de voorschriften kan verbranden. Dit houdt in, dat er nieuwe ovens voor gebouwd moeten worden of dat bestaande ovens aangepast moeten worden. Welke ovens dit dan zouden moeten zijn of waar en door wie die nieuwe ovens gebouwd zouden moeten worden is in dit kader voor de provincies de grote vraag. Minister Winsemius schreef hierover in maart 1985:

"De B1-afvalstoffenstroom omvat (...) rond 10% van het totale ziekenhuisafval. Om redenen van continuïteit van de verwerking van de B1-afvalstoffen lijkt het mij geboden deze afvalstoffen niet te verbranden in één maar in tenminste twee ovens, elk van betrekkelijk kleine capaciteit. Aanzienlijke besparingen (...) zouden kunnen worden bereikt door deze ovens in de lokatie en het beheer van één of twee van de bestaande afvalverbrandingsinrichtingen in te passen. Ik meen dat de voornaamste belemmeringen voor de vaststelling van het provinciale plan betreffende ziekenhuisafval, waarvan de bestaande richtlijn mutatis mutandis van kracht blijft, nu zijn weggenomen, zodat u in staat geacht moet worden vóór medio 1986 de plannen vastgesteld te hebben".

Intussen zijn er, vooruitlopend op definitieve wetgeving, ook al een aantal verbrandingsinrichtingen en stortplaatsen gekomen met eigen eisen. Instellingen, die hun afval bij deze ovens of stortplaatsen aanleveren, hebben reeds een lijst ontvangen met afvalstoffen, die niet meer gezamenlijk met het huishoudelijk afval mogen worden aangeboden. Deze ongewenste ontwikkeling maakt het er voor de betrokken functionarissen in de gezondheidszorg in ieder geval niet duidelijker op.

Het woord is aan de provincies.

Correspondentieadres

L. A. Berings Z.D.G. Afvalbeheer, Prins Hendriklaan 11, Zeist.

Lijst van afvalstoffen, die in ieder geval tot de B1-deelstroom ziekenhuisafval behoren en dus gescheiden zouden moeten worden ingezameld (Min. VROM, maart 1985).

1. Menselijk anatomische resten en organen, die vrijkomen bij operatieve en obstetrische ingrepen, bij obductie en bij wetenschappelijk onderzoek/onderwijs.
2. Proefdieren (en proefdierenafval) voor zover, die niet vallen onder de Destructiewet.
3. Beddingafval (stro, excrementen e.d.) afkomstig van bovengenoemde proefdieren.
4. Al het afval van specifieke afdelingen, waar besmettelijke ziekten worden behandeld (strikte isolatie, standaard isolatie en barrièreverpleging), voor zover dit afval niet gesteriliseerd is.
5. Afval van micro-biologische laboratoria, dat bacterieel, viraal of met schimmels besmet is, voor zover dit afval niet gesteriliseerd is.
6. Scherpe voorwerpen, zoals injectienaalden/spuiten, afgeknipte capillairen, scalpels, kapotte instrumenten, bloedbuizen, glaswerk, scherven, disposable bloedpipetten.
7. "Grote" hoeveelheden bloed, plasma en andere pasteuze en vloeibare afvalstoffen.
8. Sputumpotten.
9. Drainage/afzuigslangen.
10. Sondes.
11. Redonflessen/systemen.
12. Verband, gaas, watjes, tissues e.d. met bloed, pus, e.d.
13. Materiaal met faeces "besmet".
14. Catheters.
15. Operatiehandschoenen en andere disposables.
16. Stomazakken.
17. Oude bloedzakken.
18. Onderleggers met bloed.
19. Kunstnieren.
20. In het algemeen al het materiaal, dat met bloed, pus, e.d. in aanraking is geweest.