

PSIRU för PSI/EPSU

Möte i Bryssel den 29 mars 1999 om avfallshantering

Checklistor för arbetsmiljö: Manuell hantering, avfallssortering, och kliniskt avfall

Av Alan Dalton, BSc, AMIEMgt, FIOSH, RSP¹

Checklistor för arbetsmiljö:	1
1. Manuell hantering och lyftning av avfall	2
A Inledning.....	2
B Facklig checklista beträffande manuell hantering	2
2. Återvinning och sortering av avfall	3
A Inledning.....	3
B Facklig checklista beträffande återvinning av avfall.....	3
3. Hantering av kliniskt avfall	3
A Inledning.....	3
B Facklig checklista beträffande hantering av kliniskt avfall	4
4. Bevakning genom att samla information i europeiska företagsråd	5

¹ Alan Dalton, konsult, forskare, samt författare om miljö- och yrkesfaror
3 Montpelier Grove London NW5 2XD tel 0171-485-2981; fax 0171-482-5547; epost
eve@ajpdhazeco.demon.co.uk

1. Manuell hantering och lyftning av avfall

A Inledning

Det erkänns nu att många olyckor i samband med manuell hantering kan avskaffas eller minskas genom noggrann riskbedömning, som utformas för att minska de bördor som ska lyftas, eller momentet vrida/vända som krävs vid lyft.

Riskbedömning måste också omfatta det som kännetecknar den anställde som ska lyfta, såsom ålder, kön, hälsotillstånd, eventuella handikapp osv.

Många studier har visat att utbildning i "säker manuell hantering" kan vara till hjälp (t.ex. om hur mekaniska lyftanordningar används), men bara detta förhindrar inte olyckor vid manuell hantering. För att uttrycka det enkelt: "Böj på knäna och håll ryggen rak" räcker faktiskt inte!

Enda möjligheten att kontrollera eventuella ryggskador är en läkarundersökning före anställningen, med frågor om tidigare ryggvärksepisoder. Sådana frågor diskriminerar och besvaras sällan med sanningen (eftersom de kan leda till att personen inte anställs!). Uppgifterna bör göras så säkra som möjligt för det normala urvalet anställda, och inte för en sagohjälte som aldrig har haft ont i ryggen eller varit dålig, och är gymfanatiker (vilket heller inte skyddar).

Ryggvärk och andra arm-, ben- och muskelskador, som orsakas av manuell hantering, kan vara resultatet av en serie mindre, till synes "ofarliga" händelser. Därför är det viktigt att noggrant notera alla skador och olyckshändelser, både när det gäller att förhindra fler olyckor och vad beträffar kompensation.

Om en anställd slutligen skulle lida av en skada eller ryggvärk finns det ett urval medicinska behandlingar, från vila (inte längre lika populärt som det var förr) och lätta uppgifter till alternativa behandlingar. Kirurgiska ingrepp är också en möjlighet - men i många fall ifrågasätts fortfarande de långsiktiga fördelarna av sådan behandling.

Manuell hantering är verkligen ett område där det är bättre att förekomma än att förekommas.

EU och många andra länder (t.ex. USA) har lagstiftat för att förhindra riskerna av manuell hantering, främst genom ergonomisk bedömning av arbetsplatsen.

B Facklig checklista beträffande manuell hantering

- Be ledningen genomföra en "riskbedömning" av manuella hanteringsuppgifter. Den bör omfatta:
 - att manuell hantering i största möjliga mån undviks (t.ex. genom att använda lyftanordningar och hissar för soptunnor som lyfts av mekaniska anordningar).
 - att vikten på det som ska lyftas i största möjliga mån minskas (t.ex. genom att minska storleken på soptunnor som ska lyftas manuellt).
 - att sörja för att två personer lyfter tyngre eller besvärliga föremål (om vikten inte kan minskas och/eller en lyftanordning inte kan användas). Se till att de här två personerna har utbildats i tvåpersonlyft och är av ungefär samma längd, vikt och ålder, osv.
 - att sörja för att alla arbetstagare utbildas i hur lyftanordningar fungerar och farliga laster ska lyftas.
 - att sörja för att alla tillbud och olyckshändelser rapporteras fullständigt och utreds i syfte att förhindra olyckor och inte för att ge någon skulden.
 - att sörja för att anställda som skadats under manuell hantering får lämplig behandling och kompensation och att situationen/erna som orsakade deras skador till fullo utreds av ledningen och rättas till i de fall då det är möjligt.
 - att sörja för att alla skador p.g.a. manuell hantering meddelas behöriga tillsynsmyndigheter.
 - att sörja för att fackliga skyddsombud (eller motsvarande) deltar i varje steg av ovanstående åtgärder och också har rätt att protestera - både muntligt och skriftligt - mot ledningen, eller deras rådgivare (t.ex. skyddsexpert, företagsläkare eller -sköterska, skyddsingenjör,

arbetsterapeut) om ledningens allmänna metoder för att minska tillbud vid manuell hantering eller enskilda händelser.

2. Återvinning och sortering av avfall

A Inledning

Om de rätta ekonomiska marknaderna fungerar, vilket de gör just nu, innebär återvinning ett kortsiktigt, men betydande svar på hur man kan minska avfallsmängden. Naturligtvis är återvinning viktig, då den skapar arbetstillfällen och höjer medvetandet om miljöfrågor hos alla delar av befolkningen, från barn till pensionärer.

Dock har ett växande antal medicinska och vetenskapliga studier visat att den ibland ökar riskerna för de anställda: högre cancerfrekvens hos arbetstagare vid återvinningsverk för trycksaker och ökad olycksfalls- och infektionsrisk hos anställda som hanterar avfall, är två vanliga exempel.

Utan riktigt samråd med de arbetstagare, som utför själva arbetet eller har ansvar för återvinning kan de fackliga organisationerna ha alldeles rätt i att motarbeta ledningens förslag om återvinning på grund av ökade risker. Detta är till förfång för både miljön och arbetstillfällen.

B Facklig checklista beträffande återvinning av avfall

- Har de fackliga organisationerna eller företrädarna för de anställda varit med och arbetat om återvinningsförslagen från det ursprungliga initiativet?
- Vad ska återvinnas, varifrån kommer det, vilka mängder och vart?
- Har ledningen utfört en riskbedömning av den föreslagna återvinningsprocessen?
- Deltog de anställda i förfarandet? Involverades myndigheterna (arbetarskydd och miljöskydd)? Har resultatet av dessa överläggningar meddelats företrädarna för de anställda?
- Vad är de reella återvinningsriskerna och har ingår de i ledningens riskbedömning, till exempel:
 - ökad risk för infektioner (t.ex. ruttet hushållsavfall, blöjor, injektionssprutor);
 - ökad manuell hantering;
 - fler olyckshändelser (t.ex. skärsår p.g.a. flaskor, burkar och injektionssprutor);
 - ökad utsatthet för lukt och osocial material (t.ex. hund/kattavföring, preventivmedel, aids, blod och bandage, smutsiga blöjor);
 - utsatthet för kemikalier såsom färg, lösningsmedel, bekämpningsmedel, rengöringsmedel, virkesbehandlingsvätskor, asbest, osv.
- Meddelas alla olyckshändelser till behöriga myndigheter?

3. Hantering av kliniskt avfall

A Inledning

Sjukhus står under allt hårdare tryck att minska mängden avfall; de är storproducenter av avfall, och ändå är man inte särskilt medveten om deras roll. En andel på ca 3 procent, det s.k. kliniska avfallet, är ej och får heller inte behandlas som vanligt avfall. Det krävs dock att sjukhus och andra kliniska institutioner genomför en effektiv miljökonsekvensbedömning för att fastställa detta faktum. Detta förfarande ligger ännu in sin linda.

Vidare innebär ökade miljöpåtryckningar på förorenande förbränningsanläggningar på sjukhus att många fler nu skickar bort sitt kliniska avfall för att bli av med det. I sin tur innebär det att anställda inom avfallshanteringsbranschen i allt högre grad utsätts för kliniskt avfall.

Dessutom leder mer vård och omsorg i hemmet till att vanligt hushållsavfall kommer att innehålla mer kliniskt avfall än tidigare.

I västvärlden har det uppenbarligen inte uppkommit några större epidemier av människosjukdomar genom hantering av kliniskt avfall. Det är mycket möjligt att det finns omfattande och många exempel på infektioner på låg nivå, särskilt hos avfallshanterare, då deras hälsotillstånd bevakas dåligt och sådana infektioner smälter in i samhällets vanliga sjukdomar och symptom.

Slutligen är det alltid bättre att förekomma än att förekommas, och det här är ett område där det finns få objektiva, vetenskapliga normer. Därför är läkarundersökningar av anställda viktiga som kontrollåtgärd.

Alla läkarundersökningar kan dock användas i syfte att "rensa ut" svagare arbetstagare, och t.o.m. fackligt sinnade anställda och deras företrädare bör vara medvetna om den diskriminering som kan utövas efter sådan undersökningar.

Slutligen är det viktigt att påpeka för dem som jobbar med avfall, i syfte att undvika diskriminering, att HIV/AIDS inte är särskilt farligt i form av kliniskt avfall och att behandlingar som tagits fram för att tillse att andra infektiionskällor (t.ex. hepatit B) räcker mer än väl för att garantera att de inte är i farozonen.

B Facklig checklista beträffande hantering av kliniskt avfall

- Är det möjligt att ta reda på källorna till de kliniska avfallet? Vilka sorters infektioner fanns det?
- Har det kliniska avfallet behandlats på något sätt för att förhindra/minska risken för infektioner (t.ex. genom sterilisering, kemisk behandling). Om svaret är ja, på vilket sätt? Bevakas behandlingen för att kontrollera dess effektivitet (t.ex. genom mikrobiologiska prover), om svaret är ja, vad är resultatet?
- Är avfallspåsarna intakta? Om ej, varför inte?
- Alla arbetstagare som hanterar sådant avfall ska vara iförda heltäckande ansiktsskydd (eller en effektiv, godkänd ansiktsmask vid damm/luft); heltäckande overall; vattentäta stövlar; starka, ogenomträngliga handskar;
- Om overallerna inte är engångsplagg ska de rengöras efter varje skift och aldrig förvaras nära de egna kläderna;
- Duschar ska finnas tillgänglig och ska användas på betald arbetstid;
- Anställda ska uppmuntras att rapporter skriftlig eventuella skador (t.ex. av nålar) och sjukdomsperioder (t.ex. influensa, förkylningar): Det är mycket ansträngande att använda skyddskläder och utföra manuellt arbete (särskilt där det är varmt) och de anställdas hälsotillstånd måste regelbundet kontrolleras (i synnerhet blodtryck och hjärtat och andningskapaciteten);
- alla skärskador och sår måste täckas av ogenomträngligt förband hos avfallsarbetare;
- utsläpp av kliniskt avfall ska omedelbart rengöras;
- påsar som regelbundet är trasiga eller har skärvor eller glas eller andra skarpa föremål som tränger ut bör noteras och följas upp, för att kräva att användarna förbättrar sina deponeringsmetoder;
- De anställda bör i varje fall genomgå regelbunden läkarkontroll. Följande bevakning gäller inte särskilt biologiska risker:
 - eventuella allergier, känslighet, tidigare sjukdomar, handikapp ska noteras;
 - eventuella regelbundna infektioner (t.ex. förkylning, influensa) ska noteras;
 - längd, vikt, blodtryck, puls (före och efter motion);
 - allmän läkarundersökning, med särskild hänvisning till muskler och skelett;
 - mäta lungkapaciteten och den anställdes förmåga att använda alla former av respiratorer;
 - regelbundet kontrollera hörseln;
 - kontrollera synen;
 - genomföra grundläggande blodundersökning (särskilt leverfunktioner);
 - regelbundna urinprov;
 - stolprov om blod i avföring rapporteras;
 - kardiogram, i förekommande fall;
 - lungröntgen i förekommande fall.

(Anpassat ur Zenz, 1994).

4. Bevakning genom att samla information i europeiska företagsråd

Arbetsmiljö- och yttre miljöinformation som vore nyttig att ha i europeiska företagsråd (EWC) inom Europas avfallshanteringsnäring (men särskild hänvisning till manuell hantering, återvinning och kliniskt avfall):

1. Koncernens namn, bolagets säte, och större aktieinnehav som avfallshanteringsföretaget eller -koncernen har (här kan man lägga till ev annan behörig information).
2. Namn, som alla avfallshanteringsföretag använder i olika länder.
3. Namn, ort eller alla avfallshanteringsplatser i varje land samt antal (a) heltids- och (b) deltidsanställda på varje arbetsplats och större verksamheter (t.ex. hämtning av hushållsavfall och/eller deponering; hämtning av kliniskt avfall och/eller deponering; hämtning av industriavfall och/eller deponering; hämtning och/eller deponering av giftigt avfall) på varje plats.
4. Under senaste verksamhetsår, för alla arbetsplatser i varje land:
 - (a) Antal och anledning till dödsfall, som hänger samman med arbetet;
 - (b) Antal och kategorier för större skador (t.ex. amputering, förlust av öga, ben- eller armbrott);
 - (c) Antal olyckshändelser som lett till förlust av 3 eller fler arbetsdagar, och vilken kategori olyckshändelserna faller under;
 - (d) Genomsnittet frånvarodagar från arbetet per anställd p.g.a. arbetsrelaterad sjukdom. Eventuella analyser av orsaker och trender för sådana sjukdomar;
 - (e) Antal och orsak för alla större arbetsrelaterade sjukdomar (t.ex. astma, ryggvärk, nedsatt hörsel, lungsjukdomar, hjärtsjukdomar, cancer, neurologiska skador, infektioner).
5. Under senaste verksamhetsår, för alla arbetsplatser i varje land:
 - (a) Antal och anledning till böter/fängelsestraff för brott mot arbetsmiljö- eller yttre miljölagstiftning genom yrkes- eller miljöinspektion;
 - (b) Eventuella ytterligare aktioner som vidtagits av yrkes- eller miljöinspektion (t.ex. meddelanden, brev, rapporter).
6. Under senaste verksamhetsår, för alla arbetsplatser i varje land:
 - (a) Exempel av större riskbedömningar som genomförts av ledningen och/eller självständiga konsulter om allmänna förfaranden och/eller specifika arbetsuppgifter;
 - (b) Exempel av eventuella självständiga arbetsmiljö- eller yttre miljökonsekvensbedömningar;
 - (c) Exempel av rapporter från fackliga skyddsombud, eller motsvarande;
 - (d) Exempel av rapporter från gemensamma företags- och fackliga skydds- och miljöutskott.
7. Information om fackliga skyddsombud på varje arbetsplats:
 - (a) Antalet skyddsombud;
 - (b) Betald arbetstid för skyddsarbete;
 - (c) Utbildning för skyddsombud - hur lång och vilka ämnen som omfattas och vem som genomför den (dvs inom företaget eller externt).

Källor:

Waste Disposal Operations, J W Platner, i Encyclopaedia of Occupational Health and Safety, 4e upplagan, International Labour Office, 1998.

Hazardous Waste Workers, F L Mitchell, i Occupational Medicine, 3e upplagan, Carl Zenz, Mosby (1994).

Safety, Health and Environmental Hazards at the Workplace, A J P Dalton, Cassell (1998).