



PREVENTIE VAN PRIK- EN SNIJONGEVALLEN IN DE GEZONDHEIDSZORG De weg voorwaarts voor België

Meer aandacht nodig voor prik- en snijongevallen bij onze gezondheidswerkers

Werknemers in de zorgsector steken, vaak met een reëel risico voor hun eigen welzijn, elke dag opnieuw de handen uit de mouwen om zich te ontfemen over diegenen die aan hun zorgen worden toevertrouwd. In de huidige strijd tegen de COVID-19 uitbraak geven zij meer dan ooit het beste van zichzelf en spelen zij een cruciale rol bij het indijken en uiteindelijk overwinnen van deze pandemie.

De bedrijven actief in de medische technologieën ondersteunen hen hierbij door een brede waaier aan oplossingen te bieden die kwaliteitszorg mogelijk maken én hen toelaten te werken in een zo veilig mogelijke werkomgeving, binnen en buiten het ziekenhuis.

Door de aard van hun werk vormen zorgverleners echter een belangrijke risicogroep voor prik- en snijongevallen. Hierbij kan het bloed van een patiënt in het lichaam van een zorgverlener terecht komen via een scherp voorwerp, zoals een naald of een scalpel. De zorgverlener kan hierdoor besmet raken met meer dan 30 gevaarlijke, door bloed overgebrachte ziekteverwekkers zoals hepatitis B, hepatitis C en HIV/AIDS.

In dit internationaal jaar van de verpleegkundigen¹ willen beMedTech en de leden van de werkgroep safety het voortouw nemen door aandacht te schenken aan deze problematiek en door actief bij te dragen aan de preventie van prik- en snijongevallen. Het startschot voor dit initiatief werd gegeven met behulp van een survey - op vraag van beMedTech - uitgevoerd door KU Leuven onder verpleegkundigen en medisch laboratorium-technologen (MLT). U kan het volledige rapport van de survey raadplegen op onze website².

De resultaten van de survey laten ons toe **de huidige situatie op het terrein in België in kaart te brengen en concrete aanbevelingen te formuleren voor een actief veiligheidsbeleid** om het risico op prik- en snijongevallen maximaal in te perken.

Situatieschets: jaarlijks ruim 1 miljoen incidenten in de EU

PREVALENTIE

Prik- en snijongevallen zijn niet zomaar een kleinschalig probleem. Schattingen geven aan dat er op niveau van de EU jaarlijks ruim 1 miljoen dergelijke incidenten voorkomen³. Daarmee is een prik- of snijongeval één van de grootste bedreigingen voor werknemers in de gezondheidszorg. Op niveau van de EU-lidstaten valt deze problematiek evenmin te verwaarlozen. Recent Duits onderzoek geeft bijvoorbeeld aan dat 1 op 6 verpleegkundigen, artsen en medische studenten hier al meermaals mee geconfronteerd werden⁴.

De laatste gepubliceerde cijfers uit 2010 tonen aan dat er in België jaarlijks 9,4 accidentele bloedcontacten per 100 bezette bedden zijn⁵. Uit de resultaten van de survey wordt duidelijk dat Belgische verpleegkundigen en MLT de dans niet ontspringen. Meer dan de helft van de respondenten (55%) had al een prikongeval (bijna 64% van de verpleegkundigen, bij MLT ongeveer 28%)⁶. Dit brengt een groot risico met zich mee, rekening houdend met het feit dat 1 op 10 van de bronpatiënten aan een infectie lijdt⁷.

¹ Voor meer info: www.2020yearofthenurse.org

² Hendrickx J. [Rapport resultaten enquête naar prikongevallen bij verpleegkundigen en medisch laboratorium-technologen](#)

³ Persbericht [Prikongevallenpreventie in Europa: een steekproef](#) IDEWE, 15-10-2018

⁴ Dulon M et al. [Causes of needlestick injuries in three healthcare settings: analysis of accident notifications registered six months after the implementation of EU Directive 2010/32/EU in Germany](#). *J Hosp Infect* 2017;95(3):306-311.

⁵ Laatste beschikbare nationale cijfers (2010) uit nationale databank EPINet (Exposure Prevention Information Network)

⁶ Hendrickx J. [Rapport resultaten enquête naar prikongevallen bij verpleegkundigen en medisch laboratorium-technologen](#), pg 6

⁷ Presentatie Dr. Vanacker H. [Prik-, snij- en spatongevallen: incidentie en preventie](#). IDEWE, 19-08-2016

Meer dan de helft van de Belgische verpleegkundigen en medisch laboratorium-technologen had al een prikongeval.

De survey toont verder aan dat ervaring een belangrijke factor is. Hoe meer anciënniteit de zorgverlener heeft, hoe kleiner de kans dat deze in het afgelopen jaar een prik- of snijongeval had.

Volledig in lijn met de verwachtingen doen de meeste prik- en snijongevallen met verpleegkundigen zich voor in de patiëntenkamer (35%), bij de MLT is dit het labo (iets meer dan 64%). Bijna 35% van de meest recente prikincidenten deed zich voor tijdens het gebruik van de naald⁸.

ZWARE BUDGETTAIRE EN MENSELIJKE IMPACT

Prik- en snijongevallen hebben een belangrijke financiële impact: directe kosten, kosten van (preventief) onderzoek en behandeling, mogelijke behandelingskosten in geval van besmetting en zelfs uitval van zorgpersoneel. Onderzoek schat dat maar liefst 37% van de besmettingen met het Hepatitis B-virus bij gezondheidswerkers rechtstreeks toe te schrijven is aan hun beroepsmatige blootstelling aan prik- en snijongevallen⁹. De directe kostprijs van een prik- of snijongeval wordt geschat tussen de 500 en 1600 euro¹⁰.

Een prik- of snijongeval kan ook zware gevolgen hebben voor de betrokken gezondheidswerker, zelfs als er geen besmetting optreedt. De vaak langdurige impact op hun geestelijk welzijn mag niet onderschat worden¹¹. De werknemer en zijn gezin leven vaak vele maanden in onzekerheid over de eventuele gevolgen van het letsel voor zijn/haar gezondheid. Zo heeft men bij HIV/AIDS pas na 6 maanden echt uitsluitel of er al of niet overdracht van infectie plaatsvond. Ook de behandeling met profylactische middelen kan het nodige ongemak veroorzaken¹². Het spreekt vanzelf dat de gevolgen voor de betrokkene en zijn gezin nog ernstiger zijn als er wel een besmetting optrad.

De kosten kunnen zwaar wegen op het globale gezondheidsbudget. Voor België zijn er geen recente gegevens beschikbaar, maar bijvoorbeeld in Italië wordt het totale kostenplaatje van prikongevallen geschat op ruim 75 miljoen dollar¹³.




Prik- en snijongevallen wegen zowel op budgettair als op persoonlijk vlak zwaar door.

JURIDISCH KADER



Europa is reeds lange tijd bekommerd om het werknemerswelzijn. Er zijn dan ook verschillende richtlijnen rond deze problematiek, al dan niet specifiek voor de gezondheidszorg. De voorbije jaren is de problematiek van prik- en snijongevallen echter een prioriteit geworden. Dit resulteerde in de publicatie van Richtlijn 2010/32/EU¹⁴.

In een notendop bepaalt deze richtlijn dat werkgevers in de gezondheidszorg de taak hebben:

-  voor een zo veilig mogelijke werkomgeving te zorgen;
-  letsels veroorzaakt door medische scherpe voorwerpen - inclusief naaldprikken- te voorkomen;
-  werknemers die een bijzonder risico lopen te beschermen.

Zoals steeds dienden de lidstaten deze richtlijn om te zetten in nationale wetgeving.



Het Koninklijk Besluit van 17 april 2013 verzekerde de omzetting van de Europese richtlijn naar Belgische wetgeving¹⁵. Het uitgangspunt van dit KB wordt gevormd door het "dynamisch risicobeheersysteem".

Elke zorginstelling is verantwoordelijk voor een structurele, planmatige aanpak van veiligheid en preventie binnen zijn organisatie. In het kader van risicoanalyses dient de zorginstelling het geheel van situaties in kaart te brengen waarin de zorgverleners tijdens de uitoefening van het werk verwond en/of geïnfecteerd kunnen worden door een scherp medisch instrument en worden blootgesteld aan bloed of ander potentieel infectiemateriaal. De zorginstelling dient desgevallend specifieke preventie maatregelen te voorzien. Het KB bevat o.a. bepalingen m.b.t. het ter beschikking stellen van medische hulpmiddelen voorzien van een geïntegreerd veiligheidsmechanisme (safety devices), het voorzien van veilige containers, de organisatie van opleiding en sensibilisering en dergelijke meer. Dit heeft ervoor gezorgd dat vele zorginstellingen belangrijke inspanningen leverden ter preventie van prik- en snijongevallen, maar er is nog werk aan de winkel.

8 Hendrickx J. [Rapport resultaten enquête naar prikongevallen bij verpleegkundigen en medisch laboratorium-technologen](#). pg 8

9 d'Ettore G. [Job stress and needlestick injuries: which targets for organizational interventions?](#) Occupational Medicine 2016;66(8):678-680.

10 Dulon M et al. [Causes of needlestick injuries in three healthcare settings: analysis of accident notifications registered six months after the implementation of EU Directive 2010/32/EU in Germany](#). J Hosp Infect 2017;95(3):306-311.

11 Glenngård AH & Persson U. [Costs associated with sharps injuries in the Swedish health care setting and potential cost savings from needle-stick prevention devices with needle and syringe](#). Scand J Infect Dis 2009;41(4):296-302.

12 Green B, Griffiths EC. [Psychiatric consequences of needlestick injury](#). Occupational medicine. 2013;63(3):183-188.

13 Mannocci A et al. [How much do needlestick injuries cost? A systematic review of the economic evaluations of needlestick and sharps injuries among healthcare personnel](#). Infect Control Hosp Epidemiol 2016;37(6):635-646.

14 Europese richtlijn 2012/32/EU tot uitvoering van de door HOSPEEM en EPSU gesloten kaderovereenkomst inzake de preventie van scherpe letsels in de ziekenhuis- en gezondheidszorgbranche

15 Koninklijk besluit van 17 april 2013 betreffende de bescherming van de werknemers tegen de risico's bij blootstelling aan biologische agentia op het werk, met het oog op de preventie van scherpe letsels in de ziekenhuis- en gezondheidszorgsector

De weg voorwaarts voor België

beMedTech roept op tot een actief veiligheidsbeleid gebaseerd op vijf kernpunten:

1 BETERE RAPPORTERING EN MONITORING

Het alomgekende "meten is weten" gaat ook hier op. Zo is er nood aan een gestandaardiseerde procedure voor interne rapportering van prik- en snijongevallen door zorginstellingen, waarbij elk incident wordt gemeld. Een groot deel van de prik- en snijongevallen wordt immers niet gemeld en dus niet geregistreerd. De survey bevestigt dit probleem. Meer dan één op vijf respondenten meldde het laatste incident niet, meestal omdat er (een vermoeden van) geen besmettingsgevaar was¹⁶.

Ruim één op vijf verpleegkundigen en medisch laboratorium-technologen geven aan dat ze hun laatste prik- of snijongeval niet gemeld hebben.

Naast een gestroomlijnde interne melding van de incidenten dringt zich de nood op aan een nationaal gecentraliseerd register. Tot 2010 verwerkte het WIV-ISP (nu Sciensano) via het EPINet (Exposure Prevention Information Network) centraal gecollecteerde gegevens over prik-, snij-, bijt- en spatwonden van de ziekenhuizen. Sindsdien zijn er geen nationale gegevens meer beschikbaar. Sciensano heeft te kennen gegeven bereid te zijn de EPINet software over te dragen aan de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, kortweg FOD WASO, en hen te begeleiden bij de implementatie. Wij dringen erop aan dat dit effectief zou gebeuren.

De doeltreffendheid van beleidsbeslissingen kan immers maar geëvalueerd worden als men over goede monitoring en dus geconsolideerde data beschikt. Het is bovendien wenselijk dat data gestandaardiseerd worden om vergelijkingen over de lidstaten heen mogelijk te maken.

2 VERDERE INTRODUCTIE VEILIGHEIDSMATERIAAL EN VEILIGE PROCEDURES

Internationaal onderzoek toont aan dat het gebruik van safety devices, in combinatie met onderwijs en training, het risico op prikverwondingen met maar liefst 93% kan verminderen¹⁷. Gelijkwaardige resultaten werden ook in ons land gerealiseerd in verschillende ziekenhuizen.

De survey lijkt te bevestigen dat instrumenten voorzien van een veiligheidssysteem het risico beperken. Bij een prik- of snijongeval was dit in minstens 85% van de gevallen met een instrument dat geen veiligheidssysteem bevatte¹⁸.

Het gebruik van safety devices kan, in combinatie met onderwijs en training, het risico met 93% verminderen.

Uit geconsolideerde verkoopgegevens van beMedTech blijkt dat de transitie naar veiligheidsmateriaal maar moeizaam verloopt. Zo is bv slechts 1 op 10 van de verkochte hypodermische naalden voorzien van een veiligheidssysteem, voor vacuüm bloedafnamenaalden is dit ongeveer 2 op 10¹⁹.

Naast het introduceren van medische hulpmiddelen met veiligheidssysteem is de veiligheid van zorgverleners op de werkplaats gebaat bij:

- 💡 het uitwerken van doeltreffendere procedures voor veilig gebruik en verwijderen van scherpe medische instrumenten (inclusief het voorzien van veilige containers zo dicht mogelijk bij de plaats van gebruik);
- 💡 het uitwerken van veilige werkprocedures en specifieke protocollen zoals bij (potentiële) besmetting;
- 💡 het dragen van beschermingsmaterialen zoals handschoenen en spatbrillen.

3 MEER BUDGETTAIRE RUIMTE VOOR ZORGINSTELLINGEN

Uiteraard heeft de moeizame introductie van veiligheidsmaterialen te maken met hun hogere aankoopprijs. Hun uitrol vraagt een zware financiële inspanning van de zorginstelling. Nochtans geeft een macro-economische studie aan dat het vervangen van conventionele medische hulpmiddelen door safety devices niet alleen een voordeel voor de zorgverleners –in termen van kwaliteit van leven– oplevert, maar bovendien resulteert in een minderuitgave voor het globale gezondheidsbudget²⁰.

beMedTech roept de overheid op de nodige budgettaire ruimte vrij te maken voor zorginstellingen. Zo kan er gekeken worden naar mogelijke vormen van financiering van veiligheidsmateriaal, bv door een gepaste vergoeding via de ligdagprijs of verlaging van de premie ongevallenverzekeringen voor zorginstellingen. Zorginstellingen zouden ook, op basis van duidelijke kwaliteitsindicatoren zoals de prevalentie van incidenten, financieel beloond kunnen worden voor goede resultaten.

¹⁶ Hendrickx J. *Rapport resultaten enquête naar prikongevallen bij verpleegkundigen en medisch laboratorium-technologen*, pg 11

¹⁷ De Carli G et al. *The importance of implementing safe sharps practices in the laboratory setting in Europe*. *Biochem Med* 2014;24(1):45–56.

¹⁸ Hendrickx J. *Rapport resultaten enquête naar prikongevallen bij verpleegkundigen en medisch laboratorium-technologen*, pg 9

¹⁹ Gebaseerd op statistieken die beMedTech ter beschikking stelt van haar leden van 2017

²⁰ Larmuseau D. *Safety-producten in België: een macro-economische gezondheidsstudie*, 2007

4 INVESTERING IN OPLEIDING EN BEWUSTMAKING VAN ZORGVERLENERS

Zoals eerder gesteld kwam uit de survey duidelijk naar voren dat het gebrek aan ervaring het risico op prik- en snijongevallen aanzienlijk verhoogt. In de survey werd ook gevraagd of men voldoende training kreeg over het gebruik van (veilig) prik- en injectiemateriaal. Minder dan de helft (ongeveer 47%) van de verpleegkundigen en MLT gaf aan dat dit het geval was²¹. Nochtans wijst onderzoek uit dat het risico op prik- en snijongevallen bij goed getrainde zorgverleners in het omgaan met prik- en injectiemateriaal significant lager is dan bij diegenen die hier niet speciaal voor getraind waren²².

Ook bewustmakingscampagnes lijken hun vruchten af te werpen. Onderzoek toont aan dat zij ervoor kunnen zorgen het bewustzijn van veiligheid en gezondheid op het werk te vergroten²³. Ze kunnen de onderrapportering tegengaan en ze helpen een open cultuur bevorderen waar angst en taboes worden doorbroken. Immers, maar liefst 25% van de deelnemers aan de survey gaf aan dat ze hun laatste prik- of snijongeval niet meldden uit angst²⁴.

5 BINDEND WETGEVEND KADER EN STRENGER TOEZICHT

De bewoordingen van het huidige wetgevend kader laten veel ruimte voor interpretatie en het hangt grotendeels af van de zorginstelling in welke mate deze hieraan tegemoetkomt. beMedTech pleit dan ook bij de overheid voor het opzetten van een bindend wettelijk kader binnen de bestaande KBs dat onder meer het gebruik van veiligheidsmateriaal verplichtend maakt (naar analogie met Nederland en Duitsland waar veiligheidsmateriaal verplicht moet worden gebruikt zowel in de acute zorg als in de chronische langetermijnzorg). Dit kan in de praktijk bv door veiligheidsmateriaal op te nemen in overheidsopdrachten.

Uit de survey blijkt ook dat er nood is aan beter toezicht: meer dan 87% van de bevroegde verpleegkundigen en MLT oordelen dat meer en strenger toezicht op het ter beschikking stellen van veiligheidsmateriaal op de werkvloer tot een veiliger werkomgeving zou leiden²⁵. De nieuwe wetgeving dient dus ook striktere regels te formuleren voor wat betreft het daadwerkelijk toezicht op de naleving van de verplichtingen (zoals dit in Nederland door de Inspectie SZW van het Ministerie van Sociale en Werkgelegenheid gebeurt, de tegenhanger van onze FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg).

Een actief veiligheidsbeleid

beMedTech roept op tot een actief veiligheidsbeleid ter preventie van prik- en snijongevallen dat gebaseerd is op vijf kernpunten:

- 1 betere rapportering en monitoring;
- 2 verdere introductie van veiligheidsmateriaal en veilige procedures;
- 3 budgettaire ruimte voor zorginstellingen om de transitie mogelijk te maken;
- 4 investering in opleiding en bewustmaking van zorgverleners;
- 5 bindend wetgevend kader en striktere naleving.

Deze positiepaper en de bewustmakingscampagne rond prik- en snijongevallen is tot stand gekomen in samenwerking met volgende beMedTech leden die deel uitmaken van de werkgroep safety.



Met steun van



beMedTech
Belgian federation of the industry
of medical technologies

📍 Romeinsesteenweg 468
1853 Strombeek-Bever
☎ 02 257 05 90

🌐 www.beMedTech.be
✉ info@beMedTech.be
🐦 twitter.com/bemedtechtweet

²¹ Hendrickx J. *Rapport resultaten enquête naar prikongevallen bij verpleegkundigen en medisch laboratorium technologen*. pg 13

²² S. Brusaferrero et al. *Educational programmes and sharps injuries in health care workers*. Occupational Medicine, Volume 59, Issue 7, October 2009, Pages 512-514

²³ T.R. Cunningham et al. *A safety information campaign to reduce sharps injuries: Results from the Stop Sticks campaign*. Journal of Communications In Healthcare 3(3-4):164-184 · December 2010

²⁴ Hendrickx J. *Rapport resultaten enquête naar prikongevallen bij verpleegkundigen en medisch laboratorium technologen*. pg 11

²⁵ Hendrickx J. *Rapport resultaten enquête naar prikongevallen bij verpleegkundigen en medisch laboratorium technologen*. pg 13