



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

**Meer aandacht nodig voor prik- en snijongevallen bij onze
gezondheidswerkers**

Er bestaat geen twijfel meer over de grote blootstelling van gezondheidswerkers aan ongevallen met naalden en injectiespuiten. Zij vormen immers een belangrijke risicogroep, aangezien zij hun dagelijkse inspanningen verdubbelen om hun patiënten te verzorgen, of dat nu in een pandemische periode is of niet.

Sinds enkele jaren besteden beMedTech en de leden van de Werkgroep "Safety" bijzondere aandacht aan deze kwestie. In 2020, het Internationaal Jaar van de Verpleegkundige¹, hebben zij actief bijgedragen aan de strijd om verwondingen door naalden en snijwonden te voorkomen. Uit de enquête die de KU Leuven op verzoek van verpleegkundigen en medisch laboranten (MLT's) heeft gehouden, blijkt dat meer dan de helft (55%) van deze gezondheidswerkers al eens een prikaccident heeft opgelopen.²

Bovendien bleek uit een enquête dat het aantal verwondingen door scherpe instrumenten tussen maart 2020 en maart 2021 met 22% is gestegen (gelijk aan 264 000 verwondingen): 98% van de respondenten zei dat deze stijging te wijten was aan de toegenomen druk en stress van COVID-19.³

Ten slotte concludeert de laatste studie van de beMedTech-leden dat de belangrijkste oorzaak van deze ongevallen het onvoldoende gebruik van veilige uitrusting is: tot 7,8 x minder veilige uitrusting in België dan in de buurlanden voor bepaalde uitrustingen.⁴

Bijgevolg bevestigen de leden van beMedTech het belang van de uitvoering van een actief veiligheidsbeleid en formuleren zij in dit document concrete aanbevelingen om dit te bereiken. Deze medisch-technologische bedrijven ondersteunen professionals en instellingen in de gezondheidszorg met een breed scala aan oplossingen die hen in staat stellen kwaliteitszorg te verlenen en te werken in de veiligst mogelijke omgeving, zowel in ziekenhuis- als poliklinische settings. Het standpunt van beMedTech is als volgt: De veiligheid van gezondheidswerkers moet een prioriteit zijn om de veiligheid van de patiënt te waarborgen.

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 voorkomen⁵. Daarmee is een prik- of snijongeval één van de grootste bedreigingen voor werknemers in de gezondheidszorg.

In België zijn er jaarlijks 9,4 accidentele bloedcontacten per 100 bezette bedden⁶. 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 prikongeval².

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 40% van de meest recente prikincidenten deed zich voor tijdens het opruimen of het verwijderen van de naalden².

Meer dan de helft (55%) van de Belgische verpleegkundigen en medisch laboratorium-technologen had al een prikongeval.

1 Pour plus d'informations: www.2020yearofthenurse.org

2 HendrickX J. Rapport resultaten enquête naar prikongevallen bij verpleegkundigen en medisch laboratorium technologen

3 Sharp injuries and Covid, 2020-2021, research by Ipsos Mori 2021 Research EBN.pdf Communiqué de presse 2020: The knock-on effect of sharps injuries – Hospital Times

4 Vergelijking van het % beveiligde apparatuur dat in 2020 in België en Nederland zal worden gebruikt. Bron: beMedTech leden, 2021

5 Persbericht Prikongevallenpreventie in Europa: een steekproef, IDEWE, 15-10-2018




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

Dit brengt een groot risico met zich mee, rekening houdend met het feit dat 1 op 10 van de bronpatiënten aan een infectie lijdt⁷. Hierbij kan het bloed van een patiënt in het lichaam van een zorgverlener terecht komen via een scherp voorwerp, zoals een injectienaald 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.

CAUSES

1. Te weinig gebruik van veilige hulpmiddelen in België

Dankzij de internationale aanwezigheid van haar leden kon beMedTech het percentage zogenaamd "safe" medische hulpmiddelen dat in België en Nederland wordt gebruikt, vergelijken door de vergelijking toe te spitsen op de meest gebruikte apparatuur die het grootste risico op letsel inhoudt. Tabel 1 bevat de geconsolideerde resultaten van deze analyse. Het is duidelijk dat het gebruik van veilige producten in België veel minder gebruikelijk is dan in Nederland. Belgische aanbieders zijn dus veel minder beschermd tegen ongevallen dan hun Nederlandse collega's.

-  Bij injecties zijn in België slechts 15% van de injectienaalden en -spuiten met naalden (inclusief stompe naalden) veilig, tegenover 45,5% in Nederland.
-  Bij het nemen van bloedmonsters is in België slechts 11% van de naalden veilig, tegenover 86% in Nederland, dat is 7,8 keer minder.
-  55% van de intraveneuze katheters die in België worden gebruikt, zijn veilig, tegenover 87% in Nederland.

Matériel	België % Safety 2020	Nederland % Safety 2021
NAALDEN		
Hypodermische naalden & spuiten met naalden (incl. blunt needles)	14,76%	45,53%
Bloedafnamenaalden	10,99%	85,99%
Vleugelsnaalden	74,05%	76,72%
KATHETERS		
Intraveneuze katheters	55,03%	87,24%

Tabel 1: Vergelijking van het percentage beveiligde apparatuur dat in 2020 in België en Nederland zal worden gebruikt. Bron: beMedTech leden, 2021




2. Moeilijke en niet-geharmoniseerde uitvoering van het huidige rechtskader in de praktijk

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/EU⁸.

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 wetgeving⁹. 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 preventiemaatregelen 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.

In de praktijk is de handhaving van deze wetten dan ook de verantwoordelijkheid van werkgevers zoals ziekenhuizen, laboratoria, enz. Veel instellingen in de gezondheidszorg hebben dan ook hun inspanningen opgevoerd om ongevallen met naalden en snijwonden te voorkomen, zoals de invoering van interne ongevallenprocedures, jaarlijkse herinneringen aan de risico's en soms opleiding. Helaas zijn deze inspanningen soms niet regelmatig en niet toereikend, omdat zij investeringen in tijd en geld vergen. Bovendien zijn zij niet in alle zorginstellingen gelijk. De veiligheid van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg is dus niet gelijk verdeeld. Voorts beschikt de arbeidsinspectie die belast is met het toezicht op de uitvoering van de wet van 2013 niet over de nodige personele middelen om alle inrichtingen te inspecteren.

Zware menselijke en budgettaire impact

Een prik- of snijongeval heeft in de eerste plaats zware gevolgen voor de betrokken gezondheidsmedewerker, zelfs als er geen besmetting optreedt. De vaak langdurige impact op hun geestelijk welzijn mag niet onderschat worden¹⁰. 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 over al of niet overdracht van infectie. Ook de behandeling met profylactische middelen kan het nodige ongemak veroorzaken¹¹. Het spreekt vanzelf dat de gevolgen voor de betrokkene en zijn gezin nog ernstiger zijn als er wel een besmetting optrad.

⁷ Presentatie Dr. Vanacker H. Prik-, snij- en spatongevallen: incidentie en preventie. IDEWE, 19-08-2016

⁸ 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

⁹ 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

¹⁰ 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.

¹¹ Green B, Griffiths EC. Psychiatric consequences of needlestick injury. *Occupational medicine*. 2013;63(3):183-188.

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

Prik- en snijongevallen hebben ook 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 snijongevallen¹². De kostprijs van een prik- of snijongeval wordt geschat tussen de 500 à 1600 euro¹³. Deze kosten kunnen dus 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 dollar¹⁴.

De weg voorwaarts voor België

beMedTech steunt de inspanningen die tot nu toe zijn gedaan, maar er is nog veel te doen. 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. Er wordt geschat dat er tussen 40 à 75% onderrapportering is¹⁵. De survey bevestigt dit probleem. Meer dan één op vijf respondenten meldde het laatste incident niet, meestal omdat er (een vermoeden van) geen besmettingsgevaar was.

Ruim één op vijf verpleegkundigen en medisch laboratoriumtechnologen 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 zo spoedig mogelijk een besluit wordt genomen om de gegevens te registreren. De doeltreffendheid van beleidsbeslissingen kunnen 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. 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 verminderen¹⁶. Gelijkaardige 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 bevatte².

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 10¹⁷.

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 gezondheidsbudget¹⁸.

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.

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

13 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.

14 Mannonci 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.

15 Presentatie Dr. Vanacker H. Prik-, snij- en spatongevallen: incidentie en preventie, 19-08-2016

16 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.

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

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

4. 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 (46,8%) van de verpleegkundigen en MLT gaf aan dat het geval was². 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 waren¹⁹.

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 vergroten²⁰. 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 angst².

5. BINDEND WETTELIJK 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 leiden. 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).

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.

Een actief veiligheidsbeleid

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

- 1 Hervatting van 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

¹⁹ S. Brusaferrero et al. Educational programmes and sharps injuries in health care workers. *Occupational Medicine*, Volume 59, Issue 7, October 2009, Pages 512-514
²⁰ 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