

Safety devices voorkomen prikongevallen

Symposium preventie van prikongevallen met bloedcontact in de Belgische ziekenhuizen

Prikongevallen vormen een ernstig probleem voor alle gezondheidswerkers. Het risico op een besmetting door overdracht van ziektekiemen is heel reëel. Indien men in de Belgische ziekenhuizen alle conventionele medische hulpmiddelen zou vervangen door safety devices, kan men niet enkel de overgrote meerderheid van de prikongevallen en besmettingen voorkomen, maar dan levert dit ook een economisch voordeel of batig saldo op voor de overheid.

Dit blijkt uit de resultaten van een heel recente macro-economische studie uitgevoerd door gezondheidseconoom David Larmuseau. Deze markante onderzoeksresultaten werden ondertussen bevestigd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV). De financieel directeur van het psychiatrisch centrum te Sleidinge was een opgemerkte spreker tijdens het symposium 'preventie van prikongevallen met bloedcontact in Belgische ziekenhuizen' dat plaatsvond op 29 maart 2007 in de congreszaal van het federaal parlement. Gastvrouw was dr. Maggie De Block, parlementariër voor de VLD in het federaal parlement. Reeds in 2005 heeft zij een voorstel van resolutie ingediend dat pleit voor het vrijmaken van de nodige budgettaire ruimte en voor het uitstippen van een bindend wetgevend kader. Dr. De Block staat op de bres voor de uitwerking van een actief veiligheidsplan om de circa 12.000 accidentele bloedcontacten die jaarlijks in ons land gebeuren, te kunnen voorkomen (cf. kadertje).

Nood aan uitwerking van een actief veiligheidsplan

- Correcte registratie van prikongevallen
- Informatie naar de verantwoordelijken toe
- Opleiding van gezondheidswerkers
- Uitwerken van veilige protocollen in geval van besmetting
- Introductie van beschikbaar veiligheidsmateriaal (safety devices)
- Uitwerken van bindend wettelijk kader
- Terbeschikkingstelling van de nodige budgetten.

Huidig wetgevend kader is onvoldoende

Europarlementariër Stephen Hughes gaf in Brussel aan dat in de bestaande Europese wetgeving (richtlijn 2000/54/EG) bepalingen werden opgenomen ter bescherming van werknemers tegen de risico's van blootstelling aan biologische agentia op het werk.

Maar uit onafhankelijke studies blijkt dat deze richtlijn niet specifiek genoeg is. Volgens Hughes volstaat de huidige wetgeving niet en is ze niet in staat de circa 1 miljoen (specifieke) letsels in de Europese Unie drastisch te beperken.

Vandaar dat in het Europees parlement op 13 juli 2006 een bijkomende resolutie werd aangenomen met aanbevelingen ter bescherming van gezondheidswerkers tegen bloedoverdraagbare aandoeningen als gevolg van prikongevallen (hepatitis B en C, hiv, enz). "Hierbij mag de kostprijs niet de belangrijkste overweging zijn. Het voeren van een veiligheidsbeleid is niet zozeer een budgettaire keuze, maar veel eerder een keuze voor preventie," aldus dhr. Hughes. De Europarlementariër verwelkomde dan ook het Belgisch wetsvoorstel van dr. Maggie De Block en vond dit een goed voorbeeld voor alle andere Europese landen. "Dankzij een nog te stemmen Europees amendement op de richtlijn uit 2000 zullen alle Europese landen 3 à 4 jaar de tijd hebben om hun nationale wetgeving aan te passen."

Ook dr. Alfred Volckaerts, verbonden aan de federale overheidsdienst werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg, bevestigt dat er, ondanks de welzijnswet van 4 aug 1996, de gezondheidswet (KB 28 mei 2003) en het KB van 13 juni 2005 (met betrekking tot de persoonlijke beschermingsmiddelen), geen echt spe-

cifieke regelgeving bestaat voor prikongevallen. Er is wel een preventief beleid voorzien op basis van vaccinatie, maar dit is beperkt tot hepatitis B, weliswaar het grootste risico. De kans dat een geïnfecteerde patiënt een personeelslid besmet via een prikongeval bedraagt 1 op 3 voor hepatitis B, 1 op 30 voor hepatitis C en 1 op 300 voor hiv. Volgens dr. Volckaerts moet de nadruk vooral gelegd worden op sensibilisering en vorming naast de te nemen materiële maatregelen. "De werknemers moeten vooral discipline bijgebracht worden zodat onveilige handelingen kunnen worden vermeden. Hierbij is herhaling een heel noodzakelijk element."

Nationale surveillance

Volgens het WIV is 70% van de prikongevallen potentieel te voorkomen door een actief veiligheidsbeleid (o.a. via opleiding en bewustwordingscampagnes, aanpassing van de werkprocedures en gebruik van veiligheidsmateriaal). Het WIV is in 2003 gestart met de surveillance van accidentele bloedcontacten (ABC) in de Belgische ziekenhuizen. Het WIV stelt hiervoor een gestandaardiseerde en geautomatiseerde methode ter beschikking van de ziekenhuizen (EPINet-surveillance).

Op basis van de registratiegegevens in de periode 2003-2005 en na extrapolatie blijkt dat er jaarlijks circa 5.700 ABC's zouden plaatsvinden in ons land. Dit is 10,1 ABC per 100 ziekenhuisbedden per jaar. De cijfers verschillen wel tussen de ziekenhuizen onderling (1,4 tot 22,8) en ook tussen de universitaire ziekenhuizen en de perifere ziekenhuizen. Het hoger aantal prikaccidenten in een universitaire setting heeft hoogstwaarschijnlijk te maken met een meer uitgebreide en intensieve zorgvoorziening.

Uit een aparte WIV-studie in 2006 blijkt dat er een onderrapportering bestaat en dat circa 50% van de prikongevallen niet worden gerapporteerd. Volgens mevrouw Leens verbonden aan het WIV, zou het aantal in werkelijkheid 11.800 ABC's bedragen. Verpleegkundigen vormen veruit de grootste groep slachtoffers (69%); maar ook artsen (8%) en niet-verzorgend personeel (9%) behoren tot de risicogroepen. In één op de

drie gevallen was er geen naaldcontainer in handbereik, een opmerkelijke vaststelling.

Maar liefst 40% van de prikaccidenten gebeurt tijdens het opruimen of het verwijderen van de naalden. Holle naalden zijn de grootste oorzaak van ABC (78%) met als belangrijkste de hypodermische naalden (27%), de intravasculaire katheters (11%) en de naalden voor vacuumbloedname (11%). De bronpatiënt is in 77% van de gevallen geïdentificeerd, maar van de helft daarvan is de besmettingsstatus niet gekend. In 8,8% van de gerapporteerde ABC bleek de bronpatiënt effectief besmet te zijn.

Mevrouw Leens hoopt dat de ziekenhuizen zullen gestimuleerd worden tot continue deelname aan de risicoanalyse of registratie en verwacht dan ook een structurele financiering van de WIV-surveillance. Zij vraagt de creatie van een duidelijk legaal kader voor de minimale risicoanalyse (bijv. EPINET-deelname). Ze pleit ook voor financiële beloning voor de ziekenhuizen die wensen te investeren in opleiding en veiligheidsmateriaal.

Deze zou door de overheid ruim gecompenseerd worden door een vermindering van kosten voor bloedonderzoek, voor curatieve behandelingen in geval van besmetting (hepatitis B, C en hiv) maar ook door een reductie van de afgeleide of indirecte kosten ten gevolge van arbeidsongeschiktheid of productiviteitsverlies of ten gevolge van de psychologische druk.



Kosten-batenanalyse safety devices

Uit de kosten-batenanalyse van gezondheidseconoom David Larmuseau blijkt dat de vervanging van conventionele producten door veiligheidsproducten een batig financieel saldo betekent voor de overheid. Dhr. Larmuseau pleitte dan ook tijdens het symposium voor een bindend wettelijk kader om veiligheidshulpmiddelen verplichtend te maken. Uit zijn lijvig rapport blijkt dat, rekening houdend met zowel de directe als de indirecte kosten, de kosten van een prikongeval in totaal 16.861.000 euro of 1.483 euro per prikongeval bedragen. De kosten daarentegen voor de systematische vervanging van conventionele door safety devices zou daarentegen 11.322.000 euro bedragen. Hierbij werd ook rekening gehouden met het kwaliteitsverlies dat optreedt bij de zorgverstrekkers door de onzekerheid die ontstaat na een prikongeval; dit is de zogenaamde QALY-besparing van 7,071 miljoen euro. De verliestarieven werden berekend bij mensen die gedurende een bepaalde periode met spanningen, stress en/of een depressie kampen. Volgens een Nederlandse studie gepu-

bliceerd in Health Economics (2006) zou één QALY 45.000 euro bedragen (te vermenigvuldigen met 0,25 voor een periode van 3 maand kwaliteitsverlies).

De investering in safety devices vraagt een zware financiële inspanning van de ziekenhuizen. De financiële gevolgen van een prikgevallen worden echter gedragen door andere organismen binnen de gemeenschappen. Maar als we het globaal plaatje bekijken, komen we uit op een batig saldo voor de overheid. "Vandaar dat onze overheden er goed zouden aan doen de ziekenhuizen te belonen voor de geleverde inspanningen vermits op het einde van de rit de overheid minder zal moeten betalen voor de gevolgen van beduidend minder prikongevalen," besluit dhr. Larmuseau.

Apr. J. Waelkens

Voor meer info of details over deze macro-economische studie kunt u contact opnemen met UNAMEC (h.hellinckx@unamec.be).



Dr. M. Gérard
Infectioloog/hygiënist
Clinique Saint-Pierre



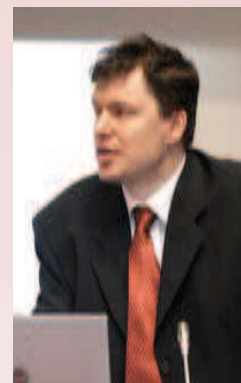
Dr. M. De Block
Huisarts en kamerlid



Dhr. S. Hugues
Europees parlamentslid



Dr. A. Volckaerts
FOD Tewerkstelling
en Arbeid



Dhr. D. Larmuseau
Gezondheidseconoom