

Het opstarten van een nationale surveillance voor accidenteel bloedcontact in de Belgische ziekenhuizen

E. Leens¹, C. Suetens¹, A. De Schryver², G. Helsen², J. Joossens³

¹ Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Brussel

² IDEWE, Leuven

³ Preventiedienst, UZ Leuven

Naaldprikken, verwondingen door instrumenten en bloedspatten komen frequent voor in ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen. Gemiddeld worden er jaarlijks 30 ongevallen met bloedcontact per 100 bezette bedden gerapporteerd [3,4]. Maar heel wat prikaccidenten worden niet gemeld. Accidentele bloedcontacten betekenen een risico op blootstelling aan belangrijke pathogenen zoals hepatitis B (HBV)-, hepatitis C (HCV)- en het humaan immunodeficiëntie (HIV)-virus die kunnen leiden tot ernstige complicaties.

Zelfs wanneer er achteraf geen infectie zou blijken, mag de psychologische belasting van de werknemer door een periode van onzekerheid niet onderschat worden.

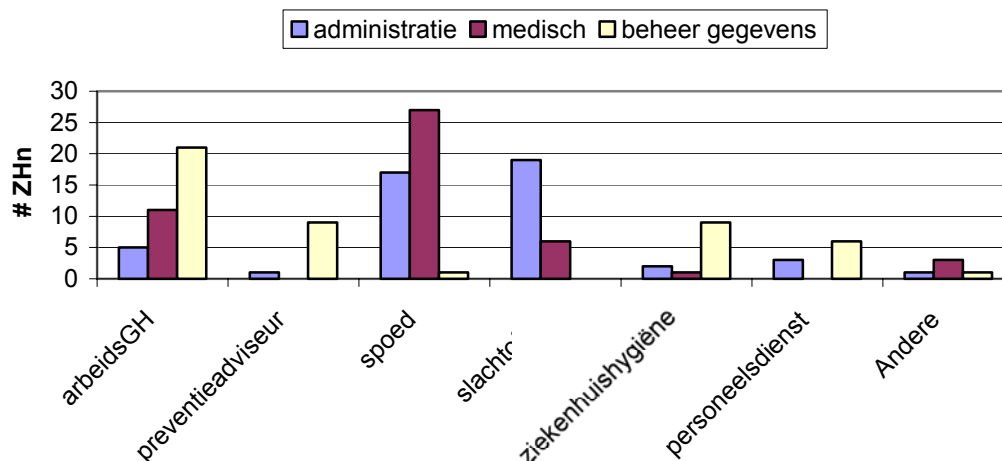
Ook financieel eisen deze ongevallen hun tol (serologische tests bij slachtoffer en bronpatiënt, post expositie profylaxis, werkverlet, enz.).

De werkgever is trouwens juridisch en ethisch verplicht risico's te beoordelen en te voorkomen dat de zorgverstrekkers worden blootgesteld aan biologische risico's. In het KB "Biologische agentia" van 04/08/1996 wordt ondermeer aangedrongen op een regelmatige risico-analyse, het opzetten van preventieve maatregelen en het toepassen van de algemene voorzorgsmaatregelen [5,6].

De surveillance van accidenteel bloedcontact is de eerste stap naar preventie. Dit registratiesysteem is een instrument om o.a. het aantal en de omstandigheden van prik, snij-en spatongevallen te identificeren, om de efficiëntie van preventieve maatregelen en preventiemateriaal te evalueren en om de zorgverstrekkers te sensibiliseren voor het risico van een accidenteel bloedcontact. Uit de enquête [2] ter voorbereiding van het opstarten van de surveillance blijkt dat er in verschillende (69% van de responders) Belgische ziekenhuizen reeds een registratiesysteem voor prikaccidenten bestaat. Door de heterogeniteit in de bestaande registratiesystemen en door het toegenomen belang van kwaliteit in de zorgverlening, dringt de noodzaak zich op om een uniform en gestandaardiseerd nationaal registratiesysteem te organiseren. Op die manier worden nationale en internationale vergelijkingen mogelijk.

Uit de resultaten van dezelfde enquête blijkt dat de interesse bij de ziekenhuizen groot is. Vijfentachtig procent (64/75) van de responders toonde interesse in deelname aan de nationale surveillance. De geïnteresseerden vertegenwoordigen 51% van de Belgische fusieziekenhuizen (64/126). De resultaten tonen eveneens aan dat een surveillance van prikaccidenten een multidisciplinaire samenwerking vergt. Uit onderstaande grafiek blijkt dat de aanpak ervan in de ziekenhuizen verschillend georganiseerd wordt (grafiek 1). Het administratieve luik van het surveillanceformulier wordt hoofdzakelijk ingevuld door het slachtoffer zelf en de spoeddienst, terwijl het medische luik vooral voor de rekening van de arbeidsgeneesheer en de spoeddienst is. De surveillancegegevens worden in veel ziekenhuizen beheerd door de arbeidsgeneesheer.

Grafiek 1: Personeel betrokken bij de surveillance van ongevallen met accidenteel bloedcontact in de Belgische ziekenhuizen bij het invullen van de verschillende luiken van het registratieformulier en het beheer ervan.



In november 2002 begon het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid in samenwerking met een wetenschappelijke stuurgroep met het brainstormen rond een nationaal registratieformulier. Het EPINET™-based [1] registratieformulier dat aangepast werd aan de Belgische situatie en getest door IDEWE (externe dienst voor preventie en bescherming op het werk) in de Universitaire ziekenhuizen te Leuven en Gent, diende hierbij als basisdocument. Het huidige protocol ontstond dankzij de samenwerking van arbeidsgeneesheren, preventieadviseurs, ziekenhuishygiënisten, microbiologen, epidemiologen en spoedartsen. Eind februari 2003 bereikte de stuurgroep een consensus over het definitieve registratieformulier dat ook goedgekeurd is door EPINET US. Hierbij werd naar een evenwicht gezocht tussen het epidemiologische en onderzoeksbelang, en de werklast die het invullen van een meldingsformulier met zich meebrengt voor het slachtoffer en andere betrokken diensten. Er werd geopteerd voor een verkorte variant van het EPINET™ registratieformulier dat tevens in grote mate vergelijkbaar blijft met de oorspronkelijke EPINET™ versie. De te verzamelen gegevens worden weergegeven in tabel 1. Er werd ook een "light" versie ontwikkeld. Deze versie laat toe enkel de meest essentiële gegevens te verzamelen. De ziekenhuizen zijn vrij in de keuze van de versie van het registratieformulier.

Tabel 1: Te verzamelen gegevens voor de "full" en "light" versie van het nationaal registratieformulier voor accidenteel bloedcontact

Soort gegevens		"FULL"	"LIGHT"
ALGEMEEN	Administratieve gegevens		
	afdeling van tewerkstelling	X	X
	datum en tijdstip van het incident	X	X
	datum en tijdstip van aangifte	X	X
	beroepscategorie	X	X
	Omstandigheden van het ongeval		
	plaats van het ongeval	X	X
	toestand van de bronpatiënt (gekend, besmet)	X	X
	plaats van verwonding of bespatting	X	
	tijdens routinehandeling of urgentietoestand	X	
	aantal uren gewerkt voor het ongeval	X	
	korte beschrijving van de omstandigheden	X	X
	Genomen voorzorgsmaatregelen op moment van het ongeval		
	hoeveel en welke bescherming gedragen werd	X	X
	nabijheid van naaldcontainer	X	X
	maatregel dat ongeval had kunnen voorkomen	X	X
	Verzorging		
	tijd verlopen tussen ongeval en eerste zorg	X	
	ernst van de verwonding	X	X
	type van incident	X	X
PRIK	Specifieke vragen :		
	oorspronkelijke gebruiker van het voorwerp	X	X
	graad van bevuiling van het voorwerp	X	X
	oorspronkelijk gebruik van oorzakelijk voorwerp	X	X
	oorzakelijk voorwerp	X	X
	gebruik van beveiligd materiaal (safety design)	X	
Uitgevoerde handeling bij ongeval	X	X	
SPAT	Specifieke vragen :		
	aard van betrokken lichaamsvocht	X	
	graad van bloedcontaminatie van lichaamsvocht	X	X
	blootgestelde lichaamsdelen	X	X
	mate van contact met het lichaamsvocht	X	
	duur van contact met het lichaamsvocht	X	X
oorzaak van blootstelling	X	X	

MEDISCH	Standaardopvolging		
	HBV serostatus van de werknemer	X	X
	Serologie direct na het ongeval	X	X
	Serologie na 6 maanden	X	X
	Follow-up na gekende positieve bron	X	X

Het WIV biedt (gratis) een Access^{MS} toepassing aan voor de invoer en de eigen (locale) analyse van de gegevens onder de vorm van gestandaardiseerde rapporten. Jaarlijks worden de geanonimiseerde gegevens doorgestuurd naar het WIV dat de gegevens centraliseert en ook instaat voor de feedback. Deze feedback bevat de individuele resultaten van het deelnemend ziekenhuis en benchmarkgrafieken voor de belangrijkste indicatoren (aantal accidentele bloedcontacten (AB) /100 VTE per beroepscategorie, aantal AB/ 100 bezette bedden, enz). Deze grafieken laten toe de situatie van een individueel ziekenhuis te vergelijken met deze in de andere deelnemende Belgische ziekenhuizen. De surveillance zal van start gaan op 1 juni 2003. De deelname is vrijwillig en kosteloos. Op 9 mei 2003 zal er een informatiedag georganiseerd worden in het WIV voor alle geïnteresseerden.

Voor meer informatie kan u steeds terecht bij:

Eva Leens
Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
Dienst Epidemiologie
J. Wytsmanstraat 14
1050 Brussel
tel: 02/642 57 35
fax: 02/642 54 10
email : eva.leens@iph.fgov.be
URL : <http://www.nsih.be/>

Referenties :

1 EPINETTM is een programma voor de invoer en analyse van ongevallen met accidenteel bloedcontact, ontwikkeld door de Universiteit van Virginia dat in 1992 van start ging en door meer dan 1500 ziekenhuizen in de VS en tal van ziekenhuizen in verschillende Europese landen gebruikt wordt.
<http://hsc.virginia.edu/medcntr/centers/epinet/>

2 Leens E. et al. Resultaten van de preliminaire enquête voor het opstarten van de nationale surveillance van accidenteel bloedcontact in de Belgische ziekenhuizen. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Brussel
<http://www.nsih.be/>

3. Mylle G., Van Hoof R., Helsen G., Moens G. Het effect van preventieve acties ter voorkoming van prikongevallen in een groot Vlaams ziekenhuis (1990-1997), Tijdschr. Voor Geneeskunde 2002; **58**: 1083-1089.

4. Parker G, Jagger J. 1999 Percutaneous injury rates. Advances in exposure prevention. 2002; **1**: 7-9.

5. Steeno J. De nieuwe wetgeving biologische agentia: wat is veranderd voor de bedrijfsarts? Problemen van arbeidsgeneeskunde 1998;**33**:131-140.

6. Lahaye D; Steeno J, Verbeek C. De beoordeling van biologische risico's door de arbeidsgeneesheer. Arbeidsgezondheidszorg en Ergonomie. 1997;**34**:118-120.