

# Accidenteel bloedcontact

## Rapportage knelpunteninventarisatie

**Datum:** Maandag 19 september 2022

**Tijd:** 15.30 – 17.30 uur

**Locatie:** Online via Teams

**Aanwezig:** Anouk Urbanus (secretaris iatrogene commissie), Mieke de Jong (Nederlandse Arbeidsinspectie), Hedy Salomons (Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd), Annemarie Bol (Vaccinatiezorg/Prikpunt, Erwin Gorissen (NVAB) Edwin Hagelen (NVvA), Nynke Nutma (vaccinatieteam LCI/RIVM), Jean-Luc Murk (namens NVMM lid SRI-werkgroep), Bert Wierenga (namens NvVA lid SRI-werkgroep), Ester vd Laan (namens NVAVG lid SRI-werkgroep), Jaap Maas (voorzitter werkgroep namens NVAB) en Klaartje Weijdema (procesbegeleiding namens LCI/RIVM en verslag).

### Welkom en introductie

Jaap heet de aanwezigen welkom. Deze expertmeeting is onderdeel van de knelpunteninventarisatie van de SRI-richtlijn Accidenteel bloedcontact. Enkele leden van de SRI-werkgroep die de richtlijn gaan ontwikkelen zijn vandaag ook aanwezig. De werkgroep zal de punten die in deze meeting besproken worden meenemen in het ontwikkelingstraject van de richtlijn. Aan de hand van een presentatie worden de agendapunten besproken. De presentatie is separaat van het verslag gestuurd aan de deelnemers.

### Korte toelichting SRI en raamwerk richtlijnontwikkeling

Klaartje geeft over de methode van de SRI-richtlijnontwikkeling en het raamwerk (plan van aanpak) van dit richtlijntraject. Vaccinatiezorg/Prikpunt heeft vanuit haar klantenbestand data aangeleverd van geregistreerde prik-, spat-, snij-, bijt-accidenten in 2021. In de presentatie zijn enkele grafieken weergegeven die een beeld geven van het aantal geregistreerde accidenten per zorgsector, per beroep en de niet-gevaccineerden/onbekende vaccinatiestatus, meest voorkomende oorzaken van accidenten en meest voorkomende voorwerpen waarmee accidenten plaatsvinden. Ook is er een overzicht van een onderzoek van een GGD naar prikaccidenten toegevoegd, wat eveneens een beeld geeft over het aantal accidenten per beroepsgroep en de oorzaken/omstandigheden.

Aanwezigen herkennen enerzijds het beeld dat uit deze grafieken naar voren komt, anderzijds zijn zij wel verbaasd over de relatief hoge aantallen accidenten in het algemeen en de aantallen niet-gevaccineerden/status onbekend in bepaalde sectoren/beroepen betrokken bij de accidenten. Ook in sectoren waar aangenomen wordt dat vaccinatie op orde is, zoals ziekenhuizen. Ook laten de grafieken zien dat de omgeving vaak een rol speelt bij accidenten; oorzaak is vaak gedrag van de bron en voorwerpen waarmee accidenten plaatsvinden zijn vaak nagels/tanden en lichaamsvloeistoffen. Dit roept de vraag op of ondersteunende beroepen/bedrijven in de zorg ook voldoende in beeld zijn, zoals beveiligers en schoonmaakbedrijven en op de werkvloer aandacht te besteden aan de

risicowerkzaamheden die zij uitvoeren. En lijkt er ook nog veel winst te behalen in preventiemaatregelen, zoals werken met veilige systemen, correct gebruik naaldencontainer en deskundigheidsbevordering.

Vanuit het raamwerk zijn er drie onderwerpen die de richtlijn zal behandelen:

1. Vaccinatie
2. Risicovolle (zorg)handelingen
3. Medische hulpmiddelen

Het *afhandelen* van prik-, spat-, snij-, bijtaccidenten zal de richtlijn niet behandelen. Hiervoor zal verwezen worden naar het stappenplan van de LCI-richtlijn [Prikaccidenten](#).

## Discussie knelpunten over vaccinatiebeleid hepatitis B

Er wordt gediscussieerd of uitgangsvraag over vaccinatie passend is bij de titel van de richtlijn: dit is immers geen maatregel die accidenteel bloedcontact voorkomt. *Preventie van bloedoverdraagbare aandoeningen* zou hiervoor beter passend zijn. Na afloop van de expertmeeting wordt nog de suggestie aangedragen door Jean Luc: *Preventie van bloedoverdraagbare aandoeningen als gevolg van accidenteel bloedcontact*.

Jaap geeft een toelichting op de wetgeving die betrokken is bij vaccinatie van medewerkers.

## Arbowetgeving

Er is onderscheid tussen risicovormers en risicolopers. Voor risicovormers is de iatrogene commissie de bevoegde instantie om controles en beleid uit te zetten. Voor risicolopers is er geen aparte instantie meer. De huidige arbowetgeving heeft alleen betrekking op de werknemers als risicoloper. Erwin (NVAB) voegt toe dat er een beleidsregel was voor vaccinatie tegen hepatitis B die hierover uitspraak deed, maar deze is ingetrokken. Mieke vult aan dat de werkgever de verantwoordelijkheid heeft om te zorgen dat de risico's voor werknemers worden beheerst. Via welke (combinatie van) maatregelen dat in zijn organisatie moet gebeuren bepaalt hij samen met relevante arbodeskundigen (of een branche-organisatie maakt een arbocatalogus waarin deze maatregelen staan aangegeven). De overheid schrijft dergelijk specifieke maatregelen niet voor.

Tot 2007 gebeurde dat in enkele gevallen wel (in een beleidsregel) maar die zijn afgeschaft, omdat werkgeverspartijen zelf (in samenspraak met werknemerspartijen) invulling wilden gaan geven aan de doelvoorschriften uit de arbowetgeving. Hier ligt dus een taak voor de werkgevers in de gezondheidszorg. De Nederlandse Arbeidsinspectie houdt toezicht op de naleving van deze wetgeving.

De huidige arbowetgeving zegt wel dat de werkgever op basis van een risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E) een inschatting maakt aan welke risico's een medewerker blootgesteld wordt op basis van handelingen en de patiëntenpopulatie/omgeving waar de medewerker werkzaam is. Vanuit de RI&E volgt een combinatie van maatregelen waar vaccinatie van de medewerker er één van kan zijn. Ook het advies van de Gezondheidsraad over vaccinatiedoelgroepen onderschrijft het belang van de risico-inventarisatie. Maar het uitvoeren van deze risico-inventarisatie binnen organisaties blijkt onvoldoende te worden opgepakt, blijkt uit cijfers van de inspectie SZW. Edwin (NVvA) voegt hieraan toe dat de

onderdelen hepatitis B-vaccinatie en infectiepreventiemaatregelen vaak onvoldoende of geen standaard onderdeel zijn van de risico-inventarisatie. Als dit in de SRI-richtlijn genoemd gaat worden, is het belang ervan voor werkgevers zichtbaarder en duidelijker. Mieke reageert na de expertmeeting dat zij dit niet direct herkent als iets dat specifiek speelt binnen de gezondheidszorg, in ieder geval niet in ziekenhuizen en grote extramurale organisaties. Wel bij de nieuwkomers, met name thuiszorgorganisaties.

## AVG

De Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) stelt dat persoonlijke gegevens niet zomaar geregistreerd mogen worden. De huidige AVG knelt nu met de uitspraak van KNMG: "Vaccinatie is geen plicht, maar weigering kan gevolg hebben." Welke gevolgen dit zijn, staat niet beschreven. Ook mag een werkgever niet vragen naar de vaccinatiestatus van een medewerker. Voor de risicovormers zonder vaccinatie of risicovormende non-responders heeft de iatrogene commissie een duidelijk beleid.

Maar het onderscheid tussen risicovormers en risicolopers is niet zo zwart-wit. Een risicoloper kan ook risicovormende handelingen uitvoeren. Alle aanwezigen erkennen het belang van registratie van de vaccinatie en de titerbepaling. In relatie tot AVG kun je dit op verschillende manieren ondervangen; Annemarie (Vaccinatiezorg/Prikpunt) geeft aan dat als de afhandeling van vaccinatie/prikaccidenten uitbesteed is, dit wel geregistreerd mag worden door de externe partij. Mieke (Arbeidsinspectie) geeft aan dat ook een bedrijfsarts/arbodienst speciale bevoegdheden heeft voor registratie die niet direct inzichtelijk zijn via het personeelsdossier. De aanwezigen zijn het erover eens dat titerbepaling en registratie daarvan erg belangrijk is, omdat dit het definitieve bewijs is van de mate van bescherming. Een volledige vaccinatieserie bestaat uit drie keer vaccineren. Zowel voor risicovormers als voor risicolopers is het van belang om altijd een titercontrole te doen na vaccinatie. De gevaccineerde zelf kan hierin een belangrijke rol spelen, bijvoorbeeld door registratie van de titer in een vaccinatieboekje.

## Doelgroepen

Aanwezigen zien bij de huidige indeling naar zorgfunctie/beroep de volgende bezwaren/hiaten:

- a. Niet uitsluitend afbakenen op functie, maar de handelingen die een medewerker verricht en in welke omgeving nemen als uitgangspunt.
- b. Tijdelijk personeel (vakantiekrachten/oproep/stagiaires/ZZP et cetera) kan (deels) buiten beeld zijn.
- c. Ook externe partijen die ondersteunende diensten verlenen, zoals een schoonmaakbedrijf, blijven vaak buiten beeld. Mieke (Arbeidsinspectie) vertelt dat deze bedrijven wel de plicht hebben zichzelf op de hoogte te stellen van de risico's in de omgeving waarin zij werken. Ook de werkgever die de externe partij inhuurt heeft hierin een rol. Zij moeten hierin samenwerken volgens de arbowetgeving.
- d. Nynke (RIVM) geeft aan dat er nog geen beleid voor de groep jonge zorgmedewerkers die sinds 2004 een vaccinatie hepatitis B hebben gehad vanuit het rijksvaccinatieprogramma (RVP) of vanwege ouder(s) uit hoogrisicolanden (vanaf 2011 in RVP voor alle kinderen) of mensen die eerder (als kind) wegens verre reizen gevaccineerd zijn; komt er een booster-advies voor deze groep of enkel titerbepaling? Dat is nog niet duidelijk.

- e. Erwin (NVAB) brengt in dat deskundigheidsbevordering en scholing over het belang van vaccinatie belangrijk is om mensen te motiveren

## Discussie knelpunten over risicovolle zorghandelingen en medische hulpmiddelen

### Risicovolle zorghandelingen

Nynke (RIVM) en Annemarie (Prikpunt) brengen in dat het huidige beleid zich te veel focust op bepaalde specifieke handelingen of ingrepen in plaats van de context waarin mensen werken, bijvoorbeeld in een omgeving waarin veel agressie voorkomt. Als deze context breder getrokken wordt, dan komen er meer groepen in beeld voor vaccinatie en andere risicobeperkende maatregelen.

Jean-Luc (NVMM) vraagt zich af op contact met (alle) lichaamsvloeistoffen geïncorporeerd moet worden of dat we ons alleen moeten richten op (mogelijk) contact met bloed. Als je andere/alle lichaamsvloeistoffen uitgebreid gaat analyseren, zoals bij contact met ontlasting, zul je ook een risicoanalyse moeten maken op overdracht van veel andere pathogene micro-organismen. Dat moeten we niet willen. Annemarie (Prikpunt) is het hier wel mee eens, maar de accidenten die nu beoordeeld worden als laagrisico moeten dan niet buiten de boot vallen, zoals een bijtaccident waarbij speekselcontact is geweest, maar ook een laagrisico op bloedcontact wegens (mogelijk) wondje in de mond.

### Medische hulpmiddelen

Onderstaande preventieve maatregelen bij het gebruik van medische hulpmiddelen in relatie tot accidenten worden door aanwezigen aangedragen als relevant voor de richtlijn:

- a. Plek van de naaldencontainer in de omgeving (niet vallen, tijdig legen/vervangen, deksel kan na sluiten niet meer open et cetera).
- b. Afspraken voor het afvoeren en verwerken van afval.
- c. Dragen van dikke handschoenen bij bepaalde handelingen/omstandigheden.
- d. Werken met veilige systemen, zoals veilige naalden. In de thuissituatie met insulienaalden van cliënten zijn dit vaak nog geen veilige naalden. Vanuit arbowetgeving is werken met veilige naalden/systemen een verplichting.
- e. Deskundigheidsbevordering/scholing over veilig werken in relatie tot prikaccidenten.
- f. Positieve bijdrage van automatisering van processen (bijvoorbeeld automatisch buizenpost op chemisch lab).

Mieke (Arbeidsinspectie) doet de suggestie de maatregelen in de richtlijn op te schrijven volgens het principe van de arbeidshygiënische strategie.

## Overzicht van aangedragen punten relevant voor de richtlijn Vaccinatie

- De regelgeving rondom risicovormers is duidelijk en geïmplementeerd vanuit iatrogene commissie. Vanuit arbowetgeving is er regelgeving voor risicolopers, maar implementatie is nu niet optimaal.
- De risico-Inventarisatie en evaluatie (RI&E) is het vertrekpunt voor hepatitis B-vaccinatie en risicoloperschap (en infectiepreventie algemeen) voor het bepalen of een zorgmedewerker in aanmerking komt voor vaccinatie.
- Deze risico-inschatting maken op basis van de (zorg)handelingen die een medewerker uitvoert.
- In de risico-inschatting ook de context/omgeving waar de medewerker werkzaam is meenemen.
- Een volledige vaccinatie is drie keer vaccineren, hier hoort ook een titerbepaling bij. Soms zijn twee vaccinaties voldoende, Engerix B kan ook in een 2-dosis schema gegeven worden aan jongeren tot zestien jaar (zie [Farmacotherapeutisch Kompas](#)).
- Het is belangrijk dat de gevaccineerde kennis heeft van zijn vaccinatiestatus en titer (beschermd of niet beschermd). Een goede registratie (AVG-proof) van de vaccinatiestatus en titer/immuunstatus is dus belangrijk.
- Voor risicolopers is het in beginsel niet noodzakelijk dat de werkgever op de hoogte is van de vaccinatiestatus, mede omdat de werkgever ook buiten vaccinatie moet zorgen voor (andere) preventieve maatregelen die zorgen dat accidenten worden voorkómen.

### Doelgroepen vaccinatie

- Voor het bepalen van de doelgroepen voor vaccinatie uitgaan van de risicohandelingen die zij uitvoeren en de werkomgeving.
- Tijdelijk personeel en extern personeel zijn vaak onvoldoende in beeld voor vaccinatie.
- Voor medewerkers die vanuit het RVP of om andere redenen in de kindertijd gevaccineerd zijn, is er nog geen vervolgbeleid uitgewerkt. Voor nu is het beleid: als nooit een titer gedaan is, titer controle, indien deze te laag, dan een boostervaccinatie en titercontrole herhalen na booster.
- Zie ook LCI-richtlijn [Prikaccidenten stap 2: Beoordeling hepatitis B-immuunstatus blootgestelde](#).

### Risicovolle handelingen en hulpmiddelen

- Primaire focus moet er zijn op bloedaccidenten, zowel hoog- als laagrisico accidenten. Enkel contact met andere lichaamsvloeistoffen buiten beschouwing laten, tenzij er bloed aanwezig is in deze lichaamsvloeistoffen.
- Werken met veilige systemen, en hulpmiddelen die voldoen aan wet- en regelgeving en procesafspraken bij risicovolle handelingen dragen bij aan preventie van accidenten.

## Richtlijn Accidenteel bloedcontact

- Deskundigheidsbevordering en scholing zijn belangrijk voor motivatie van vaccinatie en het veilig werken met medische hulpmiddelen.