

Indicatoren nieuwe CBO richtlijn bloedtransfusie: een eerste evaluatie

Mart P. Janssen¹

Pauline Zijlker²

Jo Wiersum-Osselton^{2,3}

¹Transfusion Technology Assessment Group

Julius Center for Health Sciences and Primary Care, UMC Utrecht

²Stichting Transfusie Reacties In Patiënten

³Stichting Sanquin Bloedvoorziening



University Medical Center
Utrecht



Achtergrond en doelstelling



University Medical Center
Utrecht

Achtergrond

- De gereviseerde richtlijn CBO Richtlijn Bloedtransfusie 2011 bevat een nieuwe set indicatoren om (bepaalde aspecten van) de kwaliteit van de bloedtransfusiepraktijk te kunnen toetsen
- Indicatoren zijn ontwikkeld op basis van het AIRE instrument (Appraisal of Indicators through Research and Evaluation) door kleine subgroep van de CBO werkgroep



Doel

- een handvat te bieden aan ziekenhuizen die een kwaliteitssysteem willen opzetten voor de keten van activiteiten rondom bloedtransfusie
- *interne* kwaliteitsindicatoren, maar door het gebruik van dezelfde indicatoren kan onderling tussen instellingen vergeleken worden
- bijdragen aan transparantie en kwaliteit inclusief indicatiestelling van de keten



Indicatoren



University Medical Center
Utrecht



- Gericht op meten van organisatie en kwaliteit van bloedtransfusies in ziekenhuizen
- Mogelijkheid tot benchmarking
- 4 structuur en 3 proces-indicatoren
- Check op implementatie vereisten volgens richtlijn
- In welke mate geautomatiseerde extractie van kentallen mogelijk?



Beschrijving van de indicatoren



University Medical Center
Utrecht

1. Bloedtransfusie commissie (bestaan ervan en aantal bijeenkomsten)
2. Hemovigilantie medewerker: aanstelling en aantal uren voor hemovigilantie taken
3. Welke indicatoren kunnen uit informatie systemen verkregen worden (verwijst naar indicatoren 5, 6, en 7)
4. Aanwezigheid van een elektronische pre-transfusie identificatie controle
5. Indicatiestelling van erythrocyttransfusies: percentage erythrocyttransfusies met een pre-transfusie Hb \leq 6.0 mmol/L binnen 72 uur voor de transfusie
6. Indicatiestelling en meten effect van trombocyttransfusies in hematologische of oncologische patiënten: percentage trombocyttransfusies waarvan de trombocytenwaarde $<$ 12 uur vóór én $<$ 24 uur na transfusie bepaald is
7. Traceerbaarheid: percentage niet naar het bloedtransfusie-laboratorium geretourneerde eenheden waarvan het laboratorium een bevestiging van toediening heeft ontvangen

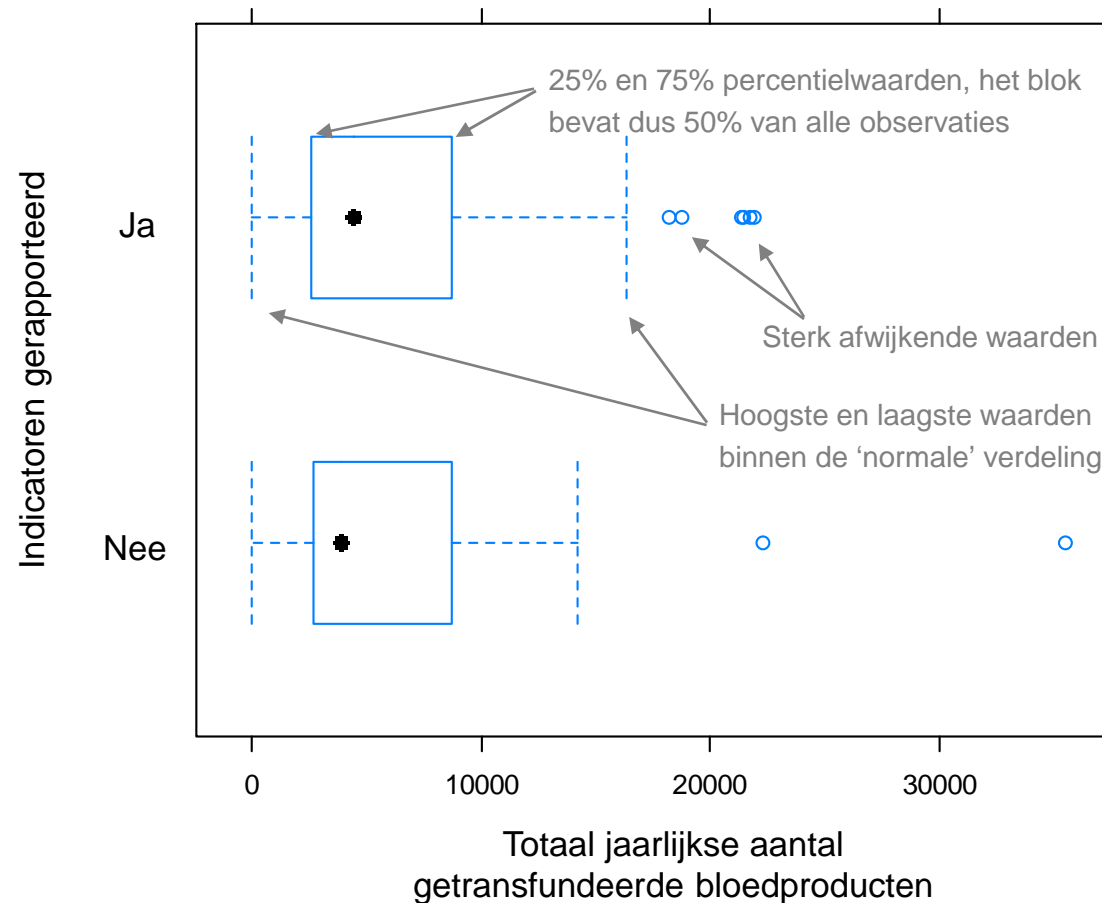


Verdeling van totaal aantal toegediende bloedproducten van wel- en niet-responderende ziekenhuizen



University Medical Center
Utrecht

Geen verschil tussen wel (n=78) en niet (n=22) responderende ziekenhuizen



- 1a -

Is er een bloedtransfusiecommissie (BTC)



University Medical Center
Utrecht

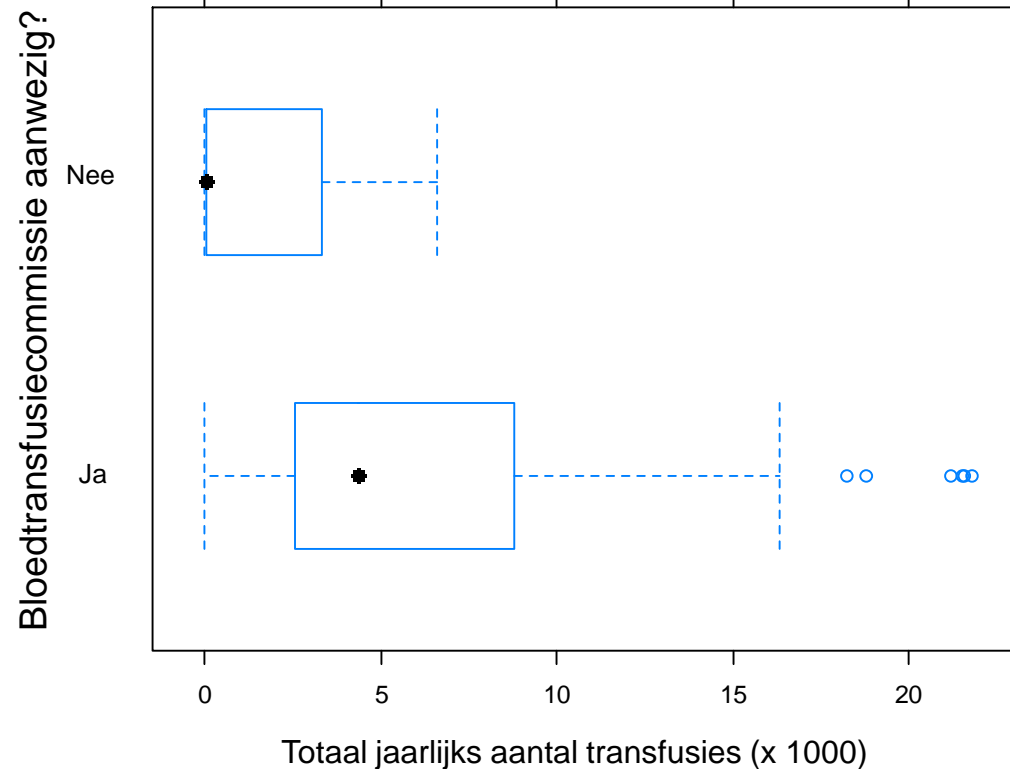


Resultaat:

- 75 ziekenhuizen antwoorden “Ja” (96%)
- 3 ziekenhuizen antwoorden “Nee” (4%)
 - twee heel erg kleine, maar ook een van de grotere ziekenhuizen



**BTC is verplicht
volgens
de richtlijn !!**

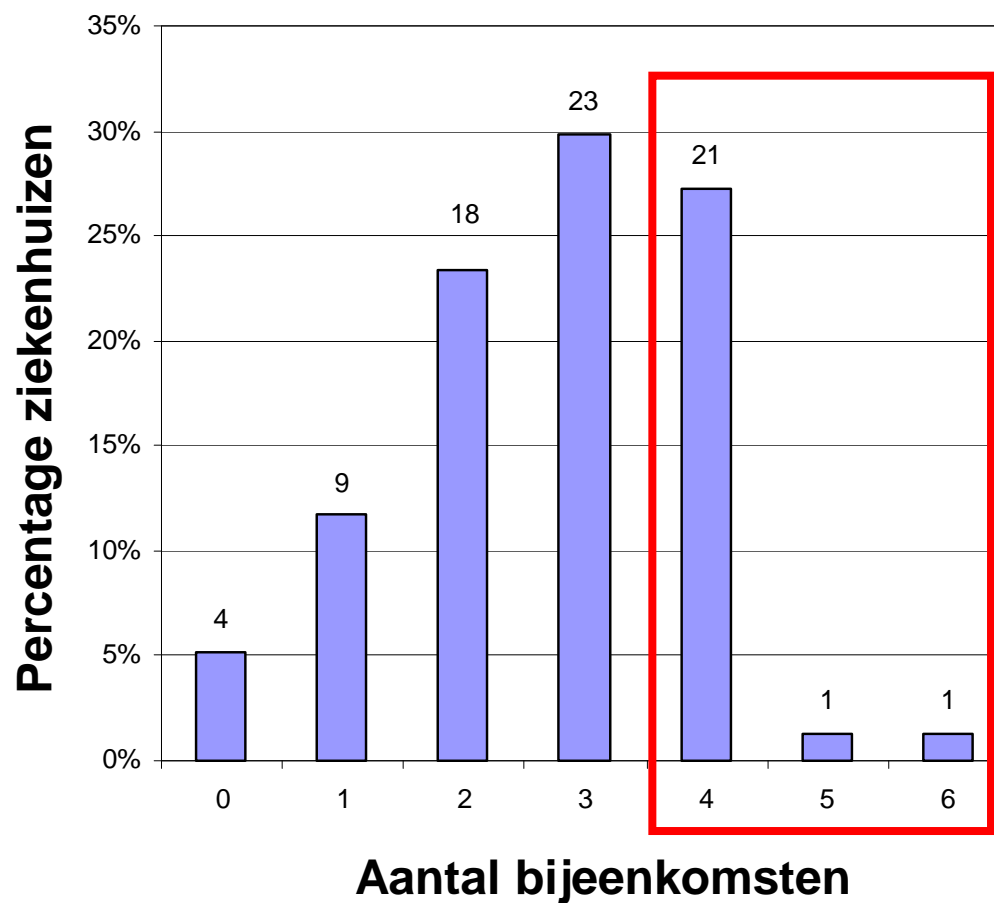


- 1b -

Aantal bijeenkomsten bloedtransfusiecommissie



University Medical Center
Utrecht



Richtlijn adviseert
4 vergaderingen
of meer per jaar

Maar 30% voldoet
aan de richtlijn
(23/77, 1 missende
waarde)

77 ziekenhuizen



- 2a -

Is er in uw ziekenhuis een hemovigilantiemedewerker (HVM) werkzaam?

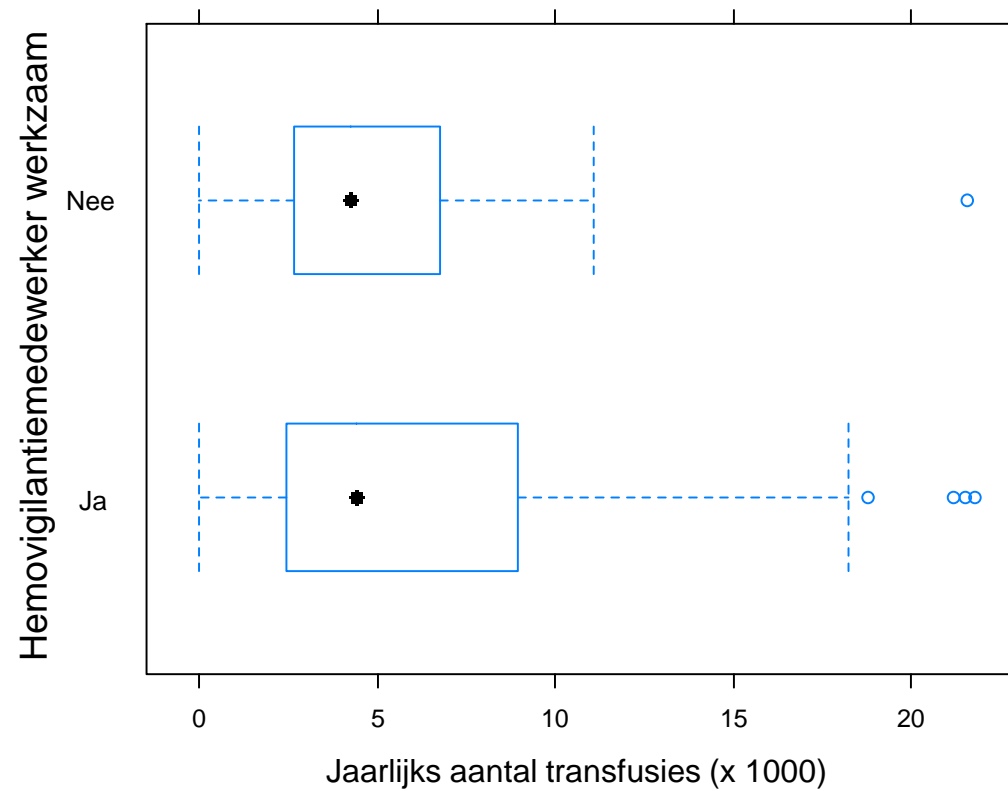


University Medical Center
Utrecht



Resultaat:

- 65 x Ja (83%)
- 13 x Nee (17%)



NOOT:

Er is geen statistisch significant verschil tussen beide groepen

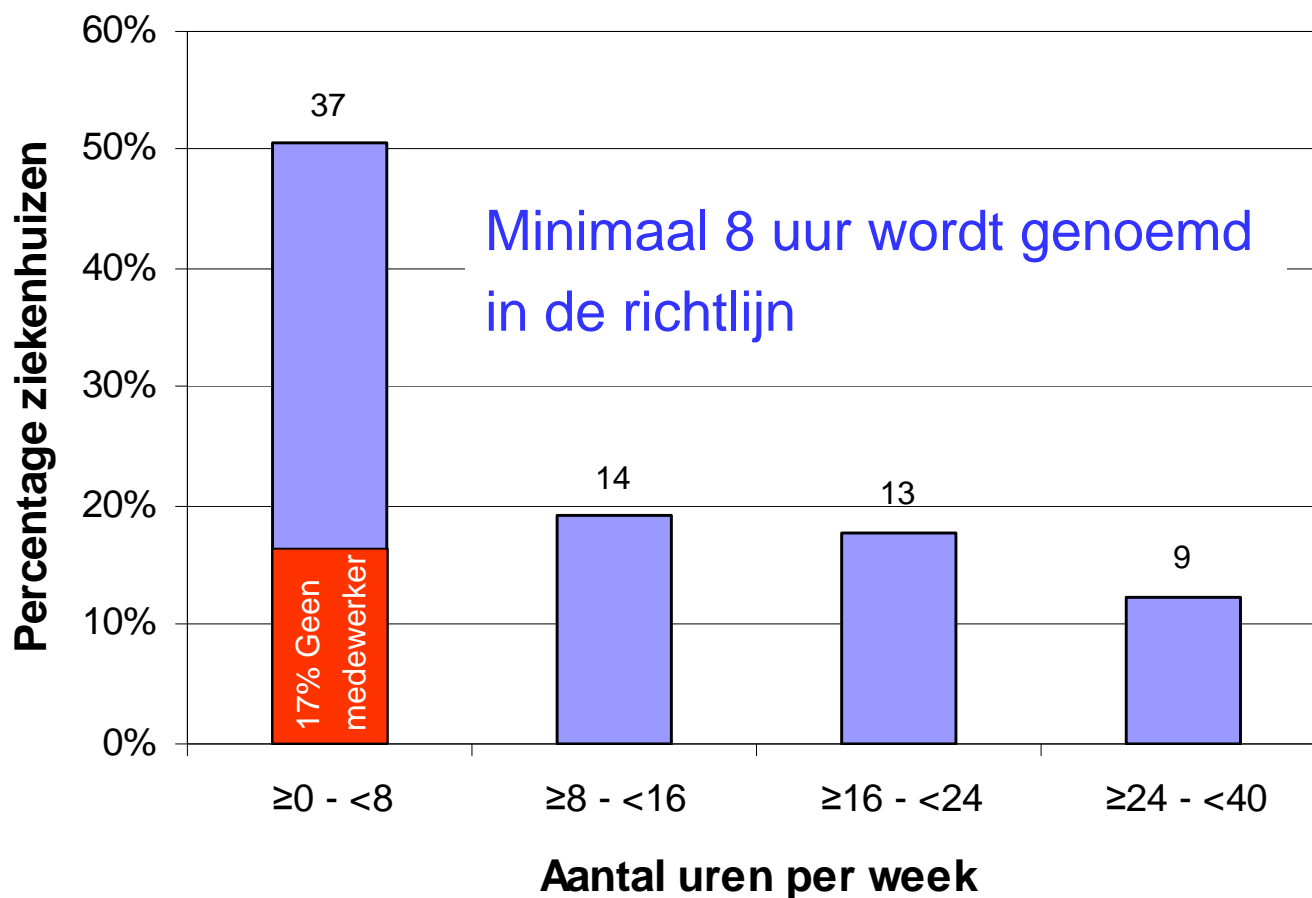


- 2b -

Uren per week besteed aan hemovigilantietafen



University Medical Center
Drecht



73 ziekenhuizen



Voldoen aan beide eisen in de richtlijn



University Medical Center
Utrecht



**Slechts 14% van de
responderende
ziekenhuizen
voldoet aan beide eisen**

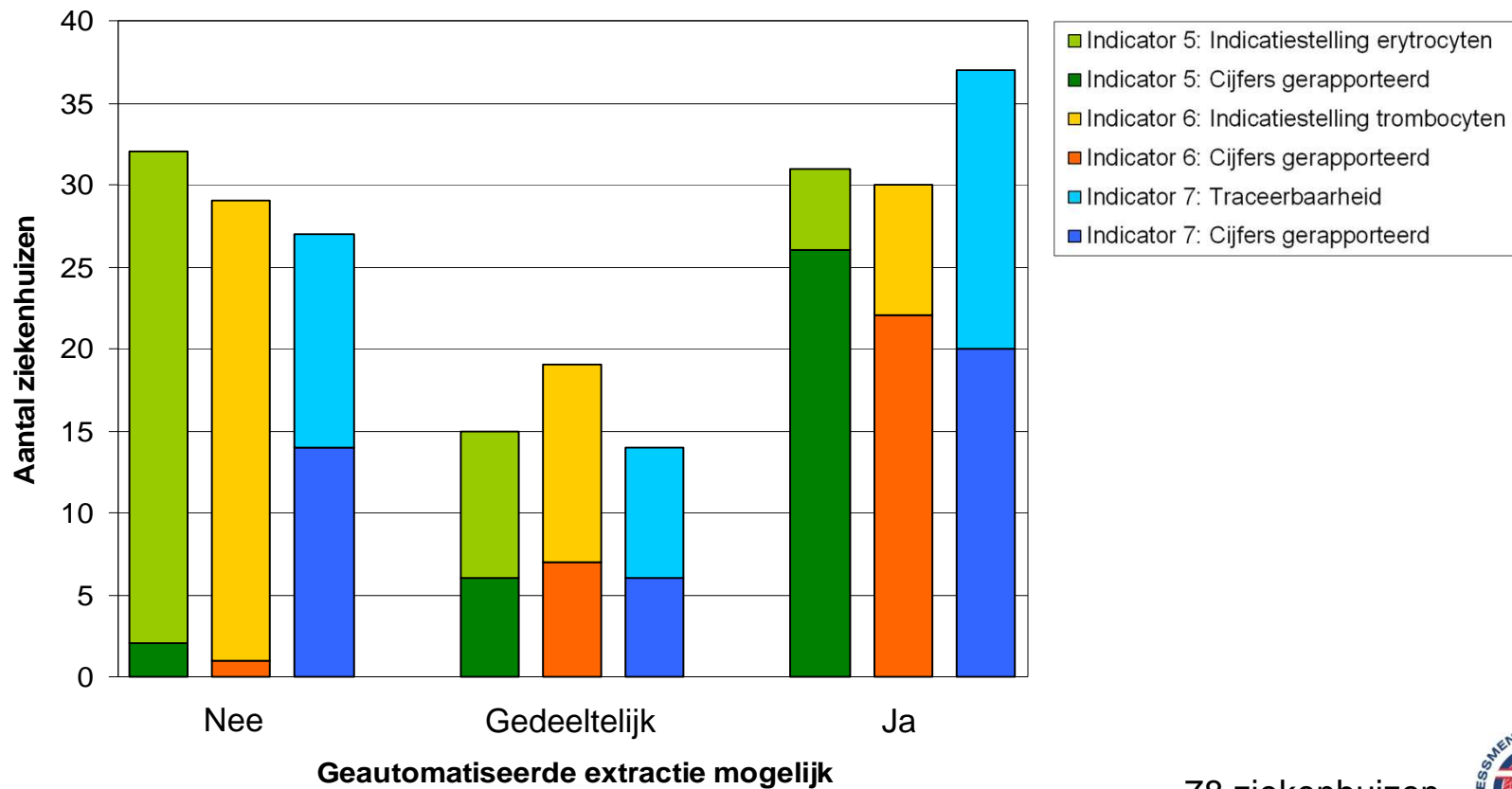
		Tijdsbesteding hemovigilantiemedewerker		
		Acht uur of meer per week	Minder dan 8 uur per week	Totaal
Aantal BTC vergaderingen per jaar	Vier of meer	14%	17%	31%
	Minder dan vier	36%	33%	69%
	Totaal	50%	50%	100%

72 Ziekenhuizen





Mogelijkheid om procesindicatoren met informatie-systeem te genereren zijn ten opzichte van daadwerkelijke rapportage van cijfers



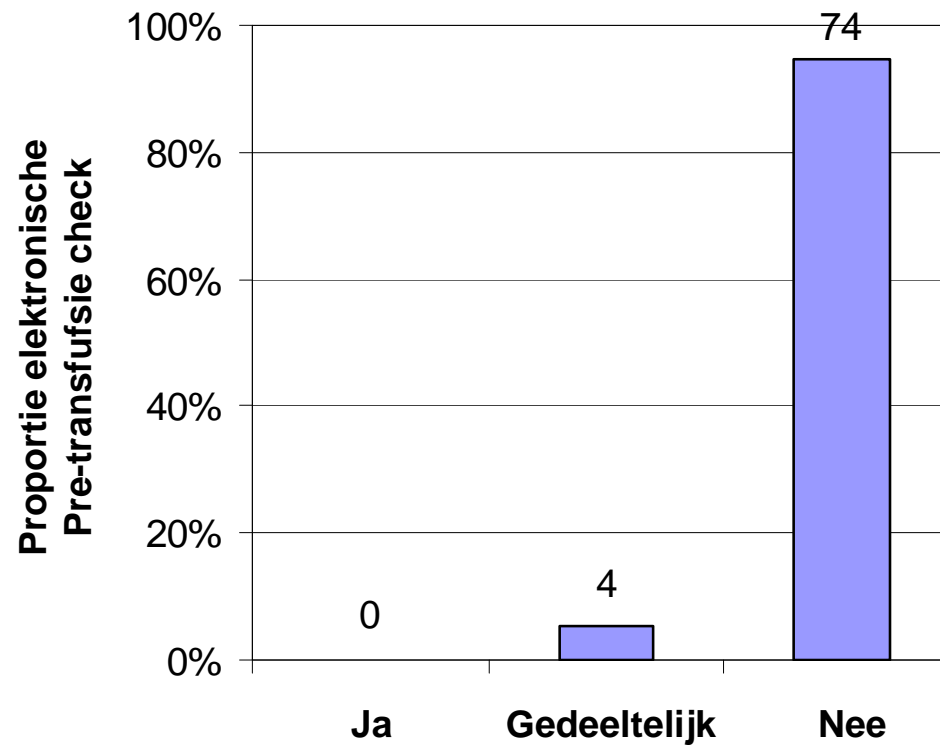
78 ziekenhuizen





Resultaat:

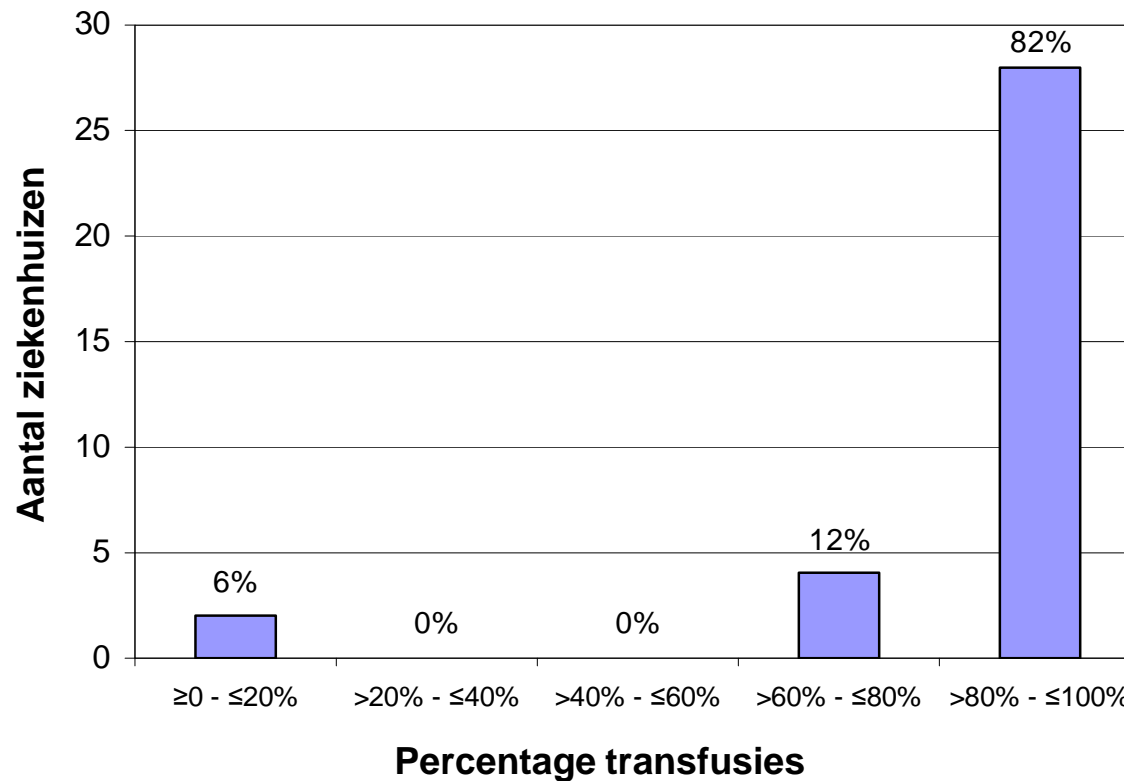
- 0 Ja (0%)
- 4 Gedeeltelijk (5%)
- 74 Nee (95%)



Indicatiestelling van erythrocytentransfusies



Het percentage erythrocytentransfusies waarbij het pre-transfusie Hb binnen 72 uur voor transfusie ≤ 6.0 mmol/L bedroeg (N=34)



34 ziekenhuizen

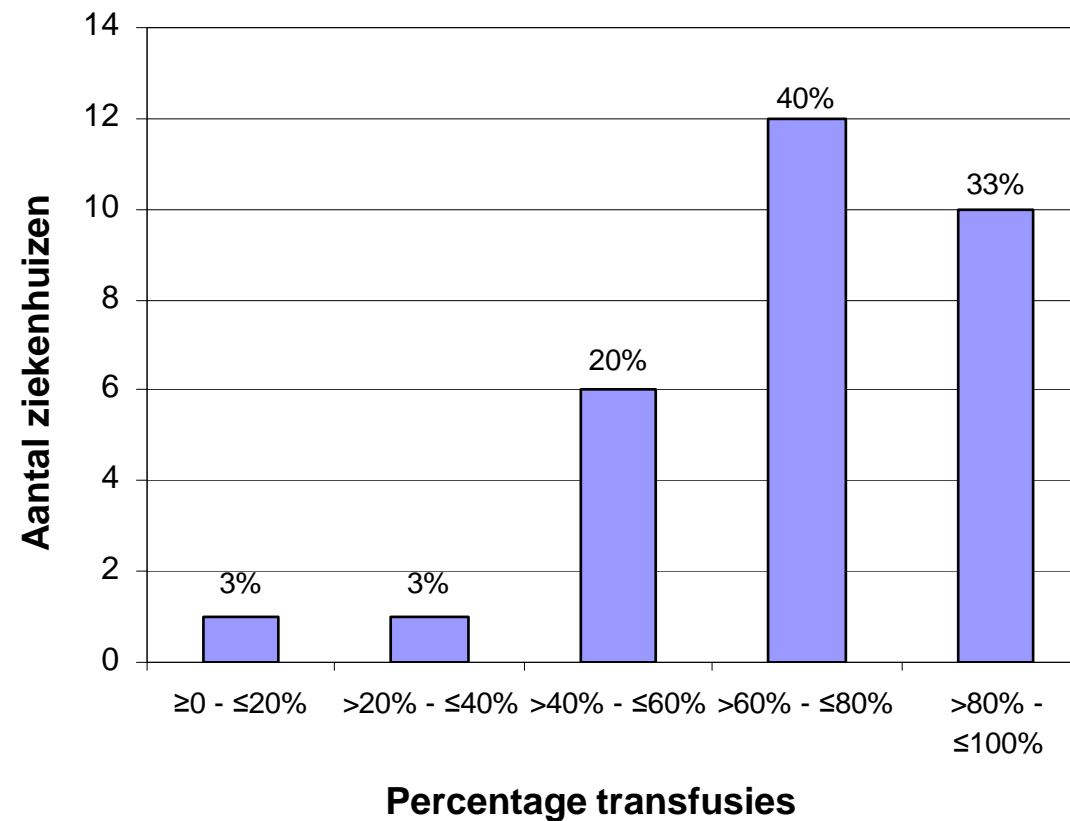


- 6 - Indicatiestelling en meten effect van trombocytentransfusies



University Medical Center
Utrecht

Percentage trombocytentransfusies waarbij < 12 uur vóór transfusie en < 24 uur na transfusie de trombocytewaarde is gemeten bij hemato-oncologische patiënten (N=30)

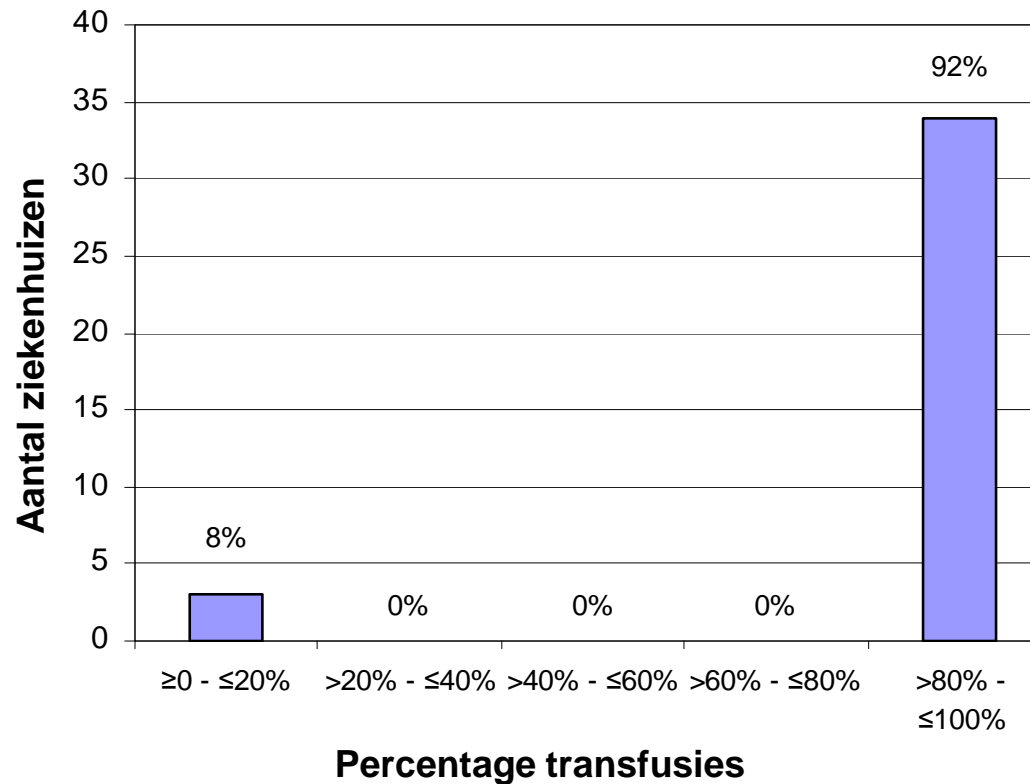


30 ziekenhuizen





Percentage niet naar het bloedtransfusie-laboratorium geretourneerde eenheden waarvan het laboratorium een bevestiging van toediening heeft ontvangen (N=40)



40 ziekenhuizen



Conclusies



University Medical Center
Utrecht

- 1) Indicator 1 (bloedtransfusiecommissie) en 2 (hemovigilantiemedewerker) zijn goede indicatoren:
→ gemakkelijk te beantwoorden en betekenisvol.
- 2) Slechts 14% van de ZH voldoet aan de gestelde eisen in de CBO richtlijn Bloedtransfusie 2011 van minimaal 4 vergaderingen per jaar van de BTC in combinatie met een aanstelling van een hemovigilantiemedewerker voor minimaal 8 uur per week.
- 3) Generatie van procesindicatoren uit informatiesystemen is nog maar op beperkte schaal mogelijk. De mogelijkheid tot automatisch genereren van proces-indicatoren is geen garantie voor de rapportage ervan.
- 4) Elektronische pre-transfusie identificatie is nog maar op zeer beperkte schaal ingevoerd.
- 5) De respons op proces-indicatoren (5,6,7) is beduidend lager dan de respons op structuur-indicatoren (1,2,3,4)
- 6) Bij 82% van de rapporterende ziekenhuizen is bij meer dan 80% van de transfusies het Hb \leq 6 mmol. De indicator is zo ruim gesteld dat alle ziekenhuizen 100% zouden moeten benaderen.



Conclusies



University Medical Center
Utrecht



- 7) Er is een zeer grote spreiding in de gerapporteerde percentages transfusies waarbij het trombocytengetal voor en na transfusie wordt bepaald (indicator 6). De spreiding in percentages is mogelijk te wijten aan het feit dat aan twee voorwaarden moet worden voldaan.
- 8) Bevestiging van toediening van de transfusie (traceerbaarheid) is hoog: 83% van de ZH rapporteren 95% of meer. Bevestiging van toediening is een wettelijke eis (EU Directive) en zou dus 100% moeten zijn. Het is niet duidelijk op basis van welke informatie het ZH registreert dat de transfusie is toegediend.
- 9) Zes tot acht procent van de ziekenhuizen scoort laag of zeer laag op indicatoren 5-6-7. Dit is in een aantal gevallen mogelijk te verklaren door per abuis invoeren van onjuiste cijfers.
- 10) Na een aantal rapportagerondes zal de waarde van de indicatoren toenemen: trends worden zichtbaar en de interpreteerbaarheid van de indicatoren zal verbeteren



Aanbevelingen



University Medical Center
Utrecht



- 1) Over 2012 indicatoren opnieuw verzamelen.
- 2) Simplificeer indicatoren waar mogelijk en vraag naar één aspect tegelijk (indicator 6).
- 3) Check bij instellingen, die een laag percentage hebben bij de proces-indicatoren of er geen vergissing is gemaakt.
- 4) Traceerbaarheidsvraag (indicator 7) uitbreiden met de vraag op welke manier de eindbestemming wordt vastgelegd. Dit verhoogt de interpreteerbaarheid.
- 5) Stimuleer ZH die hebben aangegeven dat geautomatiseerd genereren van indicatoren mogelijk is om deze ook daadwerkelijk te rapporteren.

