

## Hoofdstuk 6. Transfusiecommissies

### Norm

In ieder ziekenhuis dient een transfusiecommissie aanwezig te zijn. De commissie vormt een overlegplatform tussen vertegenwoordigers van bloedgebruikende disciplines. De commissie stelt het transfusiebeleid in het ziekenhuis op en draagt dit uit naar alle betrokkenen. De commissie ziet erop toe dat van het beleid afgeleide afspraken worden uitgevoerd.

### Verantwoordelijkheden

Het is de verantwoordelijkheid van de directie van het ziekenhuis te zorgen voor een goed functionerende transfusiecommissie. De leden van de bloedtransfusiecommissie hebben een eigen professionele verantwoordelijkheid in het formuleren van het beleid. De commissie is verder verantwoordelijk voor de toetsing of de afspraken conform het beleid wordt uitgevoerd.

### Vragen aan het ziekenhuis

1. Is er een functionerende bloedtransfusiecommissie?
2. Is er een opleidingsplan voor alle betrokkenen?
3. Worden er interne audits gehouden in de transfusieketen?
4. Is er een systematische administratie van transfusiereacties?

### Score

1. **Nee:** het betreffende besturingselement krijgt nauwelijks of geen aandacht of er zijn uitsluitend plannen om met het betreffende besturingselement aan de slag te gaan
2. **Deels:** het betreffende besturingselement is op projectbasis of slechts op bescheiden schaal in de zorginstelling geïmplementeerd en/of de kwaliteitscyclus is nog niet doorlopen
3. **Goeddeels:** het betreffende besturingselement is op de meest kritische plaatsen in de zorginstelling geïmplementeerd en de kwaliteitscyclus is tenminste een maal doorlopen
4. **Ja:** het betreffende besturingselement is breed in de zorginstelling geïmplementeerd en de kwaliteitscyclus is tenminste tweemaal doorlopen

6.0	Vragen aan het ziekenhuis	Ja/ Nee	Opmerkingen
1	Is er een functionerende bloedtransfusiecommissie?	Ja/ Nee	
2	Is er een opleidingsplan voor alle betrokkenen?	Ja/ Nee	
3	Worden er interne audits gehouden in de transfusieketen?	Ja/ Nee	
4	Is er een systematische administratie van transfusiereacties?	Ja/ Nee	

§	Vragen	Ziekenhuis documenten	V(ereist)/ A(an- beveling)	Score	Bevindingen auditor
<b>6.1</b>	<b>Verantwoordelijkheden</b>				
6.1.1	Is vastgelegd dat de directie van het ziekenhuis verantwoordelijk is voor een goed functionerende transfusiecommissie?		V		
6.1.2	Is vastgelegd dat de leden van de transfusiecommissie een eigen professionele verantwoordelijkheid hebben in het formuleren van het beleid?		V		
6.1.3	Is vastgelegd dat de transfusiecommissie verantwoordelijk is voor de toetsing of de afspraken conform het beleid worden uitgevoerd?		V		
<b>6.2</b>	<b>Samenstelling</b>				
6.2.1	Zijn de volgende disciplines vertegenwoordigd in de bloedtransfusiecommissie: -Bloedgebruikende disciplines. -Transfusielaboratorium. -Verpleegkundigen. -Bloedbank. -Hemovigilantiefunctionaris (voor zover van toepassing).		V V V V V		
<b>6.3</b>	<b>Vergaderfrequentie</b>				
6.3.1	Is er een vergaderfrequentie vastgesteld?		V		
<b>6.4</b>	<b>Aandachtspunten</b>				
	Worden de volgende aandachtspunten besproken in de transfusiecommissie:				
6.4.1	Indicaties voor toediening van de verschillende bloedproducten.		A		- Hoofdstuk 9.2
6.4.2	Chirurgische bloedbestellijst		A		

6.4.3	Voorraadbeheer bloedtransfusielaboratorium.		A		- Hoofdstuk 8
6.4.4	Compatibiliteitsonderzoek, 'type and screen'.		V		- Hoofdstuk 11
6.4.5	Procedures voor bestelling, levering en overdracht bloedproducten <u>binnen</u> het ziekenhuis.		A		- Hoofdstuk 12
6.4.6	Procedures voor bestelling, levering en overdracht bloedproducten <u>buiten</u> het ziekenhuis bijvoorbeeld - thuis, - verpleeghuis (voor zover het ziekenhuis erbij betrokken is).		A		- Hoofdstuk 15
6.4.7	Procedures rondom toediening van bloedproducten.		A		- Hoofdstuk 13
6.4.8	Transfusiereacties registratie en onderzoek.		A		- Hoofdstuk 13
6.4.9	Vastlegging in het dossier van de patiënt.		A		
6.4.10	Handelwijze niet-toegediende bloedproducten.		A		- Hoofdstuk 12
6.4.11	Bewaring van bloedproducten op de afdeling.		A		- Hoofdstuk 12
6.4.12	Beleid ter beperking van homologe bloedtransfusies.		A		
6.4.13	Interne auditing, - waaronder in ieder geval toetsing van de indicatiestelling.		A V		
6.4.14	Toetsing op patiëntniveau.		A		
6.4.15	Toetsing op patiëntengroepniveau.		A		
6.4.16	Opstellen van aanbevelingen ter verbetering van het beleid.		A		
6.4.17	Onderwijs.		A		- Hoofdstuk 18
6.4.18	Inhoud en vormgeving van de voorlichting over transfusiebeleid in de kliniek.		A		
6.4.19	Voorlichting aan patiënten.		A		- Hoofdstuk 9
6.4.20	Automatisering.		A		- Hoofdstuk 17
6.4.21	Wijze van identificatie: patiënt, bloedmonster, donorbloed.		A		- Hoofdstuk 10

6.4.22	Eventuele sanctiemogelijkheden bij het niet volgen van het beleid.		A		
<b>6.5</b>	<b>Indicatoren</b>	<b>Toegepast J/N</b>	<b>Opmerkingen</b>		
6.5.1	De verhouding tussen het aantal indicatoren dat door de transfusiecommissie wordt toegepast in het ziekenhuis en het aantal indicatoren dat in deze richtlijn/vragenlijst wordt genoemd.	Ja / Nee			
6.5.2	De verhouding tussen de aanwezige leden van bloedtransfusiecommissie bij vergaderingen en het totaal aantal genodigden bij deze vergaderingen in dezelfde periode.	Ja / Nee			
6.5.3	Aantal vergaderingen van de bloedtransfusiecommissie.	Ja / Nee			