

Les impacts médico-économiques de la prise en charge de l'anémie avant une intervention chirurgicale

Prof. Sarah Lessire
20.10.2022
Médinomia - Namur

Affiliations professionnelles

Anesthésiste – Référente en Patient Blood Management (PBM)
Coordinatrice médicale d'une Clinique de l'Anémie - 3 sites hospitaliers
Service de Biologie Clinique – CHU UCL Namur



Conflit d'Intérêt: Stago® 2017 – présentation orale

RECOMMANDATIONS NATIONALES ET INTERNATIONALES POUR IMPLEMENTER LE PBM

Gestion personnalisée et qualitative
du capital sanguin

**Patient Blood
Management**



OMS 2010-2021 et Sociétés savantes > 2010



EU 2017



BEQUINT 2017

Enquete 2018 - 2020

Benchmarking entre hôpitaux belges



CLINIQUE DE L'ANEMIE

PILIER 1

Dépister l'anémie et le déficit en fer

Optimiser l'anémie et/ou le déficit en fer avant une hospitalisation

Gestion optimisée des médicaments ou pathologies agissant sur l'hémostase

PILIER 2

Minimiser les prises de sang

Minimiser les pertes sanguines

Hospitalisation

Intervention invasive

Récupérateur sanguin

Acide tranexamique

Techniques épargne sanguine

PILIER 3

Augmenter la tolérance à l'anémie

Transfusion restrictive

Diminution consommation en O₂

Prévenir/traiter les infections



Dépister et traiter l'anémie et la carence en fer



Maximiser l'hémostase et ↘ des pertes de sang



Optimiser la tolérance d'anémie

Image de BloodSafe e-learning Australia

Periopératoire, environ 30% des transfusions

Médecine interne, hématologie, gastro-entérologie, gériatrie, ...
70% restant

Implémentation PBM: changement organisationnel complexe

Guide d'implémentation de la Commission Européenne :

Modèle de Kotter ('change management') → 4 éléments clés:

Mise en place d'une infrastructure hospitalière dédiée au PBM

Développer la collecte et l'analyse continues des données (y compris le benchmarking)

Organiser des programmes de formation PBM

Application proactive du PBM chez les patients médicaux et chirurgicaux

Building national programmes of Patient
Blood Management (PBM) in the EU

A Guide for Health Authorities



Supporting Patient
Blood Management (PBM)
in the EU

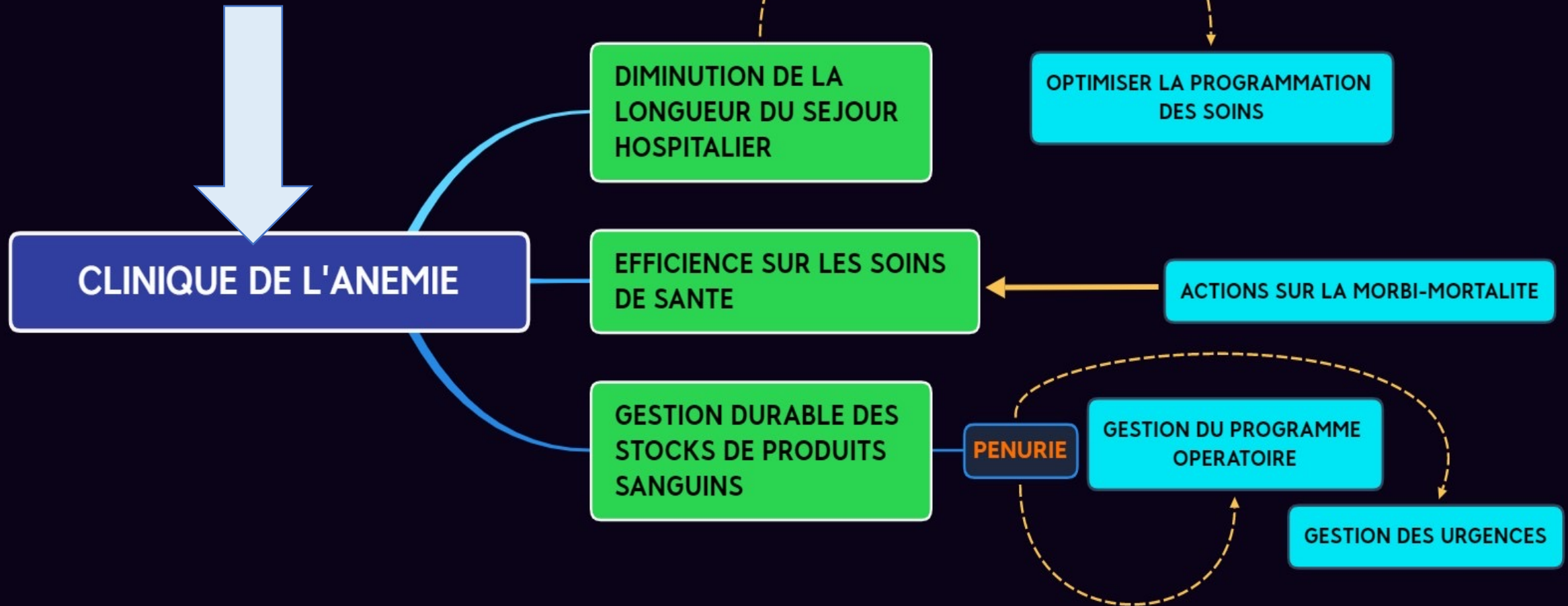
A Practical Implementation Guide
for Hospitals



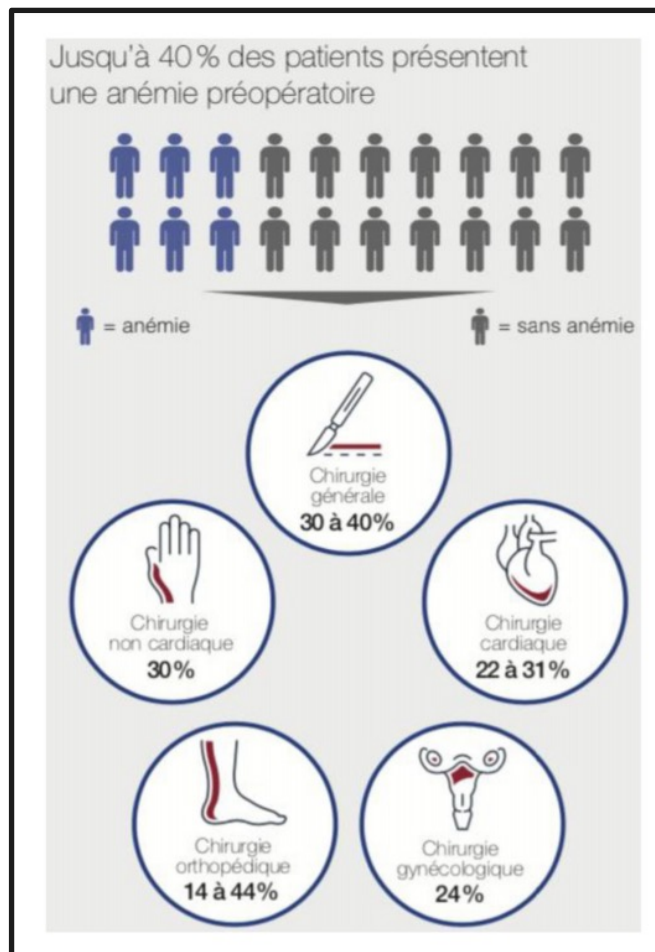
FREINS

- ✓ Manque de connaissance sur le PBM
 - ✓ Manque d'infrastructure avec du personnel dédié
 - ✓ Temps pour sensibiliser – créer des collaborations et projets de suivi de PBM avec le personnel soignant
-
- Dépistage systématique et suivi
 - Délai à la procédure invasive
 - Nécessité de reporter une intervention
 - Manque de place pour les patients ambulatoires (HJ)
-
- Critères de remboursement des médicaments
 - Patient hospitalisé: d'emblée dans le forfait – cout!

RECOMMANDATION DE L'UNION EUROPEENNE
GUIDE 2017



Prévalence de l'anémie et impact de la morbi-mortalité



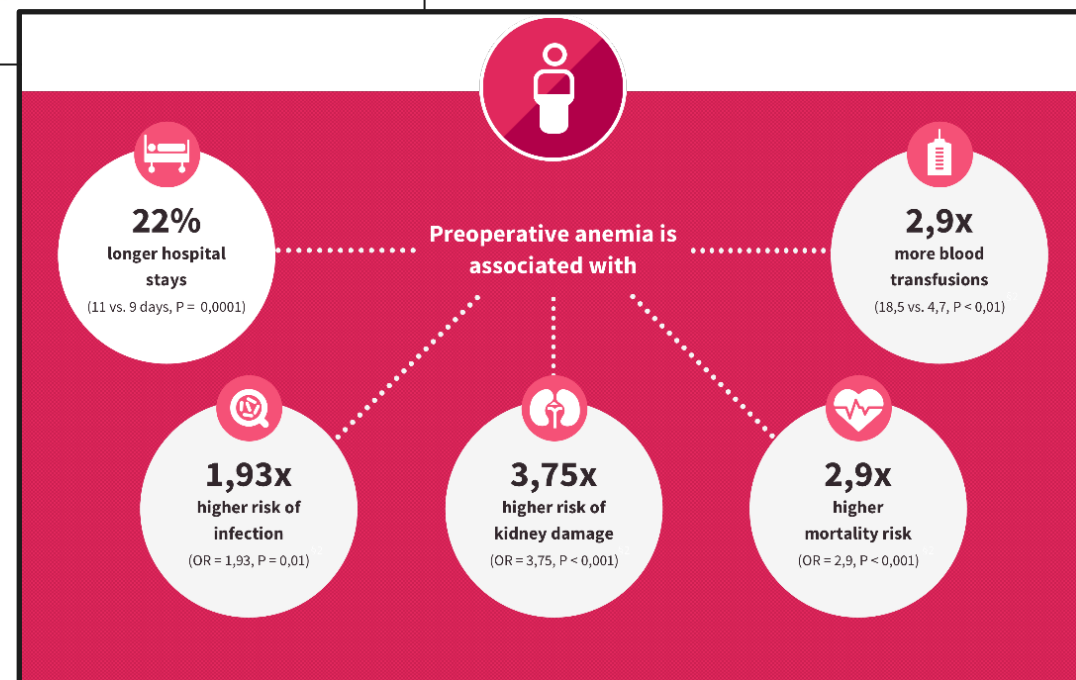
« Patient Blood Management » : gestion personnalisée du capital sanguin du patient en périopératoire

Xavier Capdevila, Philippe Biboulet, Sigismond Lasocki, le Conseil Scientifique du livre blanc PBM

Disponible sur internet le : 27 octobre 2020

CHU de Montpellier, hôpital Lapeyronnie, département d'anesthésie-réanimation et soins critiques, 34000 Montpellier, France

Correspondance :
Auteur correspondant:
x.capdevila@chu-montpellier.fr





World Health
Organization

Octobre 2021

POLICY BRIEF

THE URGENT NEED TO IMPLEMENT PATIENT BLOOD MANAGEMENT

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/346655/9789240035744-eng.pdf>

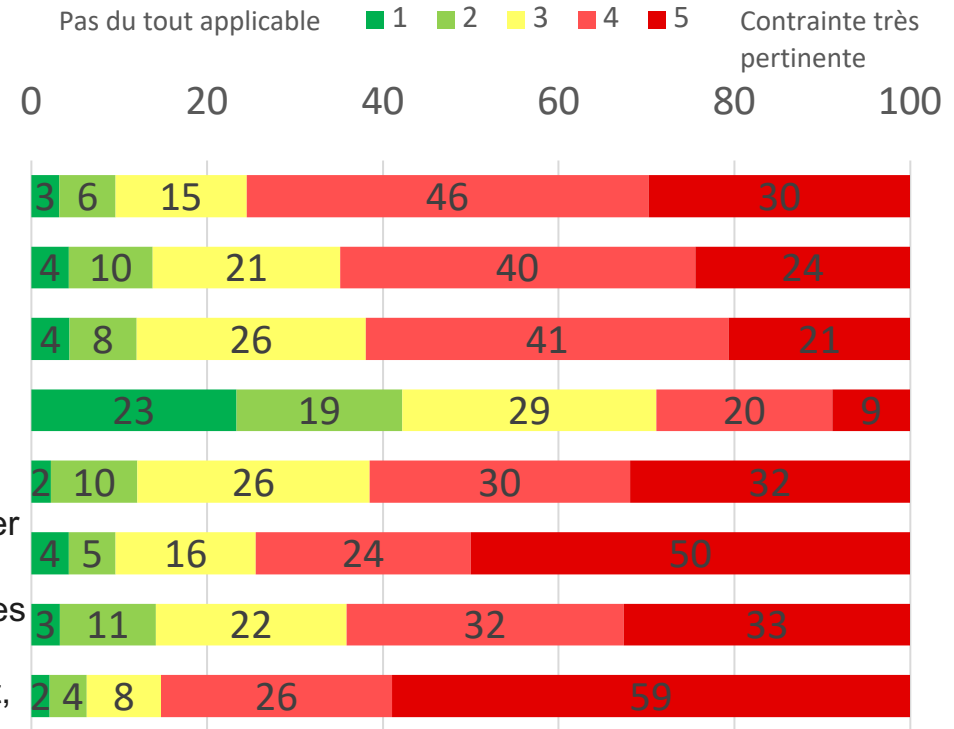
Fig. 4. Stakeholders in multidisciplinary and multiprofessional PBM



Contexte belge – enquête nationale sur l'implémentation du PBM (n=96)

Freins locaux auxquels les hôpitaux font face dans la mise en œuvre du PBM

1. Manque de formation des cliniciens sur le PBM
2. Investissement insuffisant de la part des cliniciens
3. Processus fastidieux de mise en œuvre du changement
4. La direction ne considère pas le PBM comme étant prioritaire
5. Des améliorations apportées aux systèmes informatiques sont nécessaires
6. Défaut de remboursement du traitement à base de fer IV pour la prise en charge de l'anémie ...
7. Liens plus étroits avec les soins primaires nécessaires à la prise en charge de l'anémie préopératoire
8. Besoin de davantage de ressources p.ex. de l'argent, du temps et du personnel



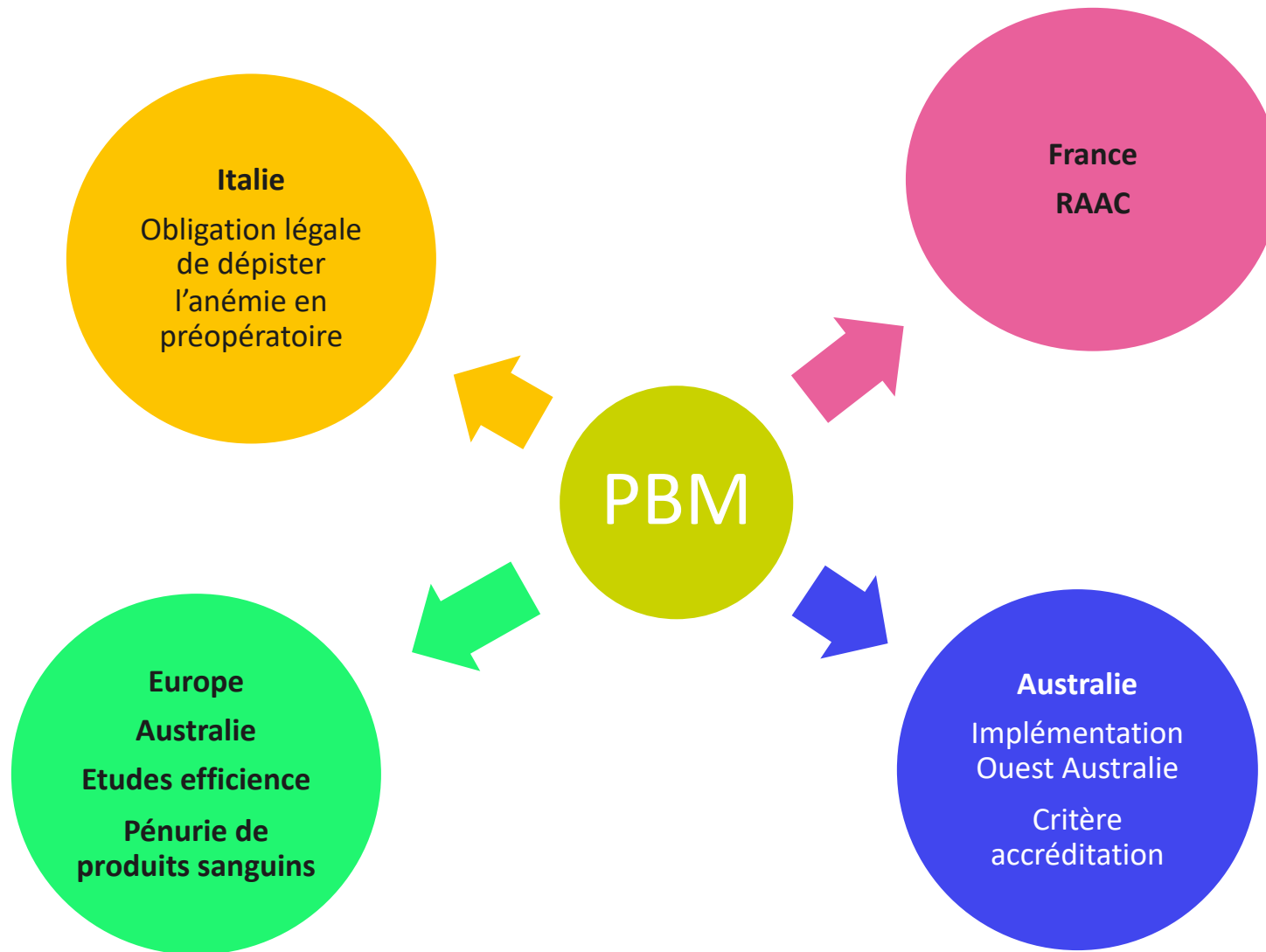
Contexte belge – enquête nationale sur l'implémentation du PBM 2020 (n=96)

- 54.2 % ont une procédure **dépistage** préopératoire de l'anémie;
- 12.5% ont une procédure de **traitement** préopératoire de l'anémie;
- Seulement 2 hôpitaux font le dépistage dans un délai >4 semaines avant une intervention chirurgicale électorale (= recommandation internationale) - (12 hôpitaux: 3 à 4 semaines avant l'intervention)
- Seulement 1 hôpital possède une collecte de données du DPI en 2019 sur l'incidence et le traitement de l'anémie préopératoire.
- Benchmarking, score par chapitre sur 10:



Conclusion: La mise en œuvre du trajet de soins périopératoires pour le dépistage et le traitement de l'anémie n'est pas encore suffisamment établi

Bénéfices cliniques – efficience?



Benefit of Patient Blood Management

Australia: Template for a state-wide PBM implementation

PBM reduces mortality, morbidity, adverse outcome, improves the prognosis while saving costs

PBM in all emergency and elective medical and surgical patients in four tertiary hospitals in Western Australia



n=605,046

Clinical results/patient outcomes:

- In-hospital mortality ↓ 28%
- Length of hospital stay ↓ 15%
- Infection ↓ 21%
- AMI/stroke ↓ 31%
- Readmission ↑ 6%



Key measures indicators:

- Proportion admitted anaemic decreased from 20.8% to 14.4% ($P=0.001$)
- 41% reduction in blood product usage ($P<0.001$)
- RBC transfusion haemoglobin (Hb) threshold decreased from 7.9 to 7.3 g/dL ($P<0.001$)
- Single-unit RBC transfusion increased from 33% to 64% ($P<0.001$)

Financial results over 6 years:

- \$18,500,000 blood acquisition cost savings
- \$80,000,000 to 100,000,000 activity-based cost savings
- Additional savings from significantly reduced complications

Estimating the Epidemiological and Economic Impact of Implementing Preoperative Anaemia Measures in the German Healthcare System: The Health Economic Footprint of Patient Blood Management

Thomas Drabinski · Kai Zacharowski · Patrick Meybohm ·
Alexandra M. Rüger · Antonio Ramirez de Arellano

Table 10 Results of the univariate sensitivity analysis for the minimum, base case, and maximum scenario regarding the estimated costs of implementing PAMs in Germany, the direct hospital costs avoided, cost of hospital days avoided, total cost savings, and what percentage of the total hospital direct costs of the German healthcare system could have potentially been saved on the implementation of PAMs in Germany in 2015

Costs (2015, €)	Costs of implementing PAMs in Germany	Avoided direct hospital costs (% reduction for target population)	Costs of avoidable hospital days (additional cost savings)	Total net cost savings	^a % net savings (all patients)	^b % net savings (target population)
Minimum scenario 0.032	6,398,148	190,132,788 (– 0.77%)	188,611,688	372,346,328	0.571	1.502
Base case scenario 0.135	10,403,537	536,260,658 (– 2.16%)	503,082,907	1,028,940,028	1.577	4.151
Maximum scenario 0.350	18,764,299	1,329,173,567 (– 5.36%)	1,237,003,891	2,547,413,159	3.904	10.277

Source: RDC of the Federal Statistical Offices of the Länder, DRG-Statistic 2015; own calculations [44]

DRG Diagnosis-Related Groups, PAMs preoperative anaemia measures


^a Net savings as a percentage of the total hospital direct costs of the German healthcare system (all patients): €65,247,251,005

^b Net savings as a percentage of the total hospital direct costs of the German healthcare system (target population [elective surgery]): €24,786,822,690

Adv Ther (2020) 37:3515–3536
<https://doi.org/10.1007/s12325-020-01372-4>

Original Article

Screening and treating pre-operative anaemia and suboptimal iron stores in elective colorectal surgery: a cost effectiveness analysis

K. M. Trentino,¹  H. S. Mace,² K. Symons,³ F. M. Sanfilippo,⁴ M. F. Leahy,⁵ S. L. Farmer,⁶ A. Hofmann,⁷ R. D. Watts,⁸ M. H. Wallace⁹ and K. Murray¹⁰

1 Adjunct Research Fellow, 5 Consultant, 6 Senior Adjunct Research Fellow, 7 Adjunct Associate Professor, 9 Associate Professor and Surgeon, Medical School, 4 Associate Professor, 8 Research Associate, 10 Senior Lecturer, School of Population and Global Health, University of Western Australia, Perth, Western Australia, Australia

2 Consultant and Clinical Senior Lecturer, 3 Clinical Nurse, Department of Anaesthesia and Pain Medicine, Fiona Stanley Hospital, Murdoch, Western Australia, Australia

Table 1 Cost of intervention by activity.


Cost component	Cost source	Unit	Cost per unit (AU\$)	Cost per patient (AU\$)
Stage 1. Screening				
Iron studies	Pathology Provider (PathWest)	Per test	29.30	29.30
Renal function	Pathology Provider (PathWest)	Per test	15.93	15.93
CRP	Pathology Provider (PathWest)	Per test	8.73	8.73
Specimen reporting	Pathology Provider (PathWest)	Per test	10.00	30.00
Registered Nurse	WA Health Nursing Industrial Agreement	Hourly salary (with on cost)	63.65	42.43
Medical Consultant	WA Health Medical Practitioners Industrial Agreement	Hourly salary (with on cost)	212.27	27.60
Senior Anaesthesia Resident	WA Health Medical Practitioners Industrial Agreement	Hourly salary (with on cost)	111.75	3.69
Data Manager	WA Health Services Industrial Agreement	Hourly salary (with on cost)	72.66	18.41
Stage 2. Treatment				
Iron product	Ferric Carboxymaltose	Per 500 mg	142.80	285.60
Iron product	Ferro Gradumet and vitamin C	30 tablets	—	0
Nursing time costs	WA Health Nursing Industrial Agreement	Hourly salary (with on cost)	63.65	79.56
Infusion consumables	Three-port infusion tubing, cannula, dressing, alcohol swab, fluid bag and flush	Per infusion consumable	9.01	18.02

WA, Western Australia; CRP, C-reactive protein.

Trentino K, Mace H, Symons K, et al. Screening and treating pre-operative anaemia and suboptimal iron stores in elective colorectal surgery: a cost effectiveness analysis. *Anaesthesia*. 2020 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/anae.15240>

Cost effectiveness of screening and treating pre-operative anaemia and suboptimal iron stores

This 5-year study compared colorectal surgery patients admitted before and after implementation of a pre-operative patient blood management screening programme

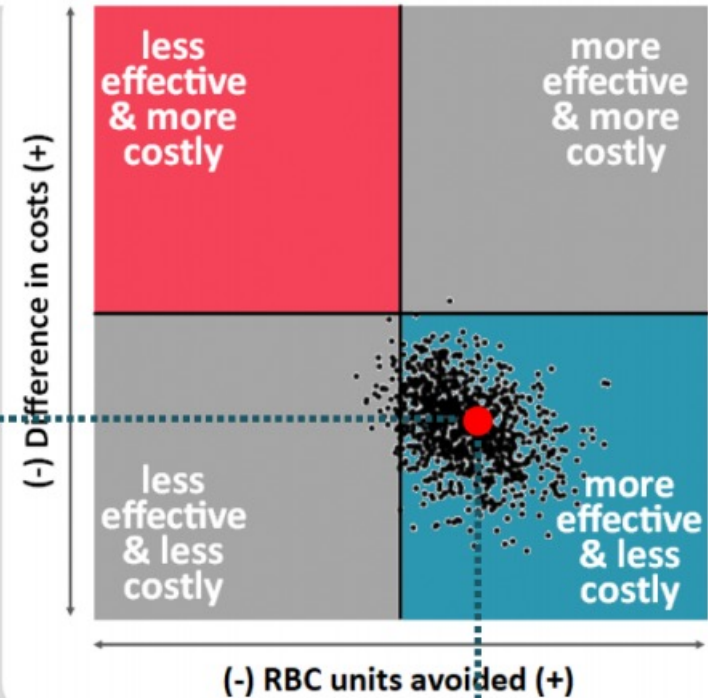
Comparison	Intervention	Comparator
	 441 Screened	239 Not screened
Pre-op treatment received	40.8% received IV iron	no formalised screening or treatment (usual care)
Screening & treatment costs	\$332 per patient	\$0 per patient
Mean units of blood transfused	104 units per 1000 patients	218 units per 1000 patients
Total costs (screening + treatment + hospital admission)	\$27,829 per patient	\$31,605 per patient

Key finding:

Screening for anaemia and suboptimal iron stores reduced red cell transfusions by 52%

\$3,776 incremental costs saved

It also resulted in \$3,776 lower total mean costs than not screening, demonstrating cost effectiveness



52% reduction in RBCs transfused

Trentino K, Mace H, Symons K, et al. Screening and treating pre-operative anaemia and suboptimal iron stores in elective colorectal surgery: a cost effectiveness analysis. *Anaesthesia*. 2020 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/anae.15240>

Associations of a Preoperative Anemia and Suboptimal Iron Stores Screening and Management Clinic in Colorectal Surgery With Hospital Cost, Reimbursement, and Length of Stay: **A Net Cost Analysis**

Optimise red cell mass

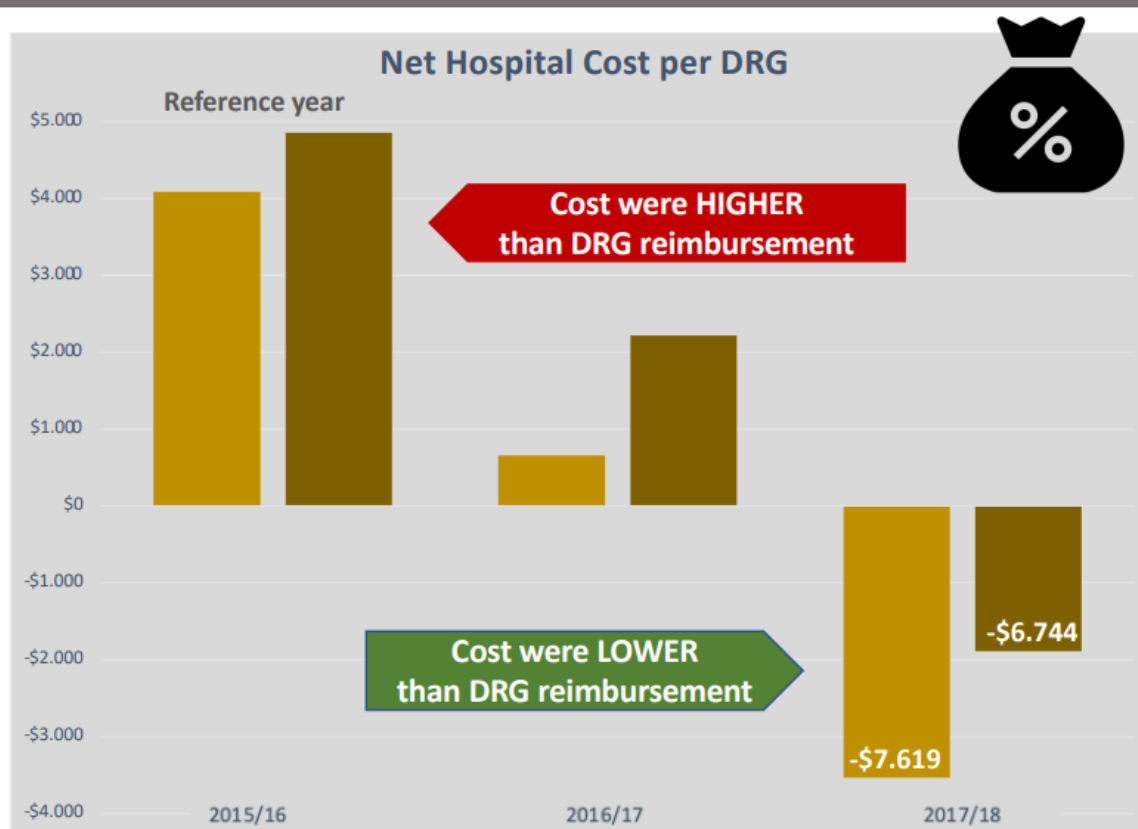
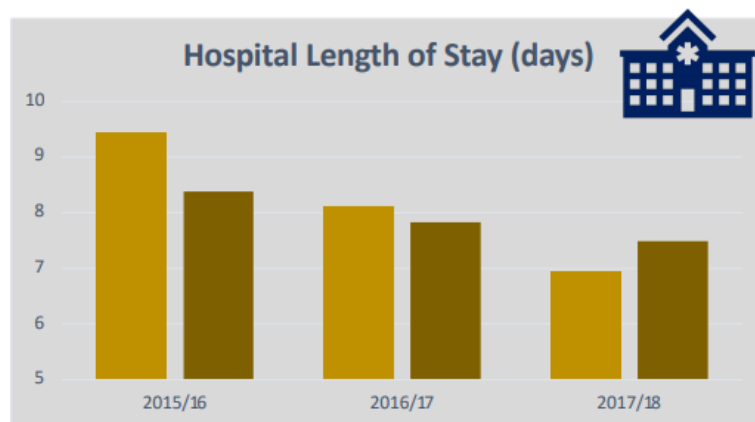
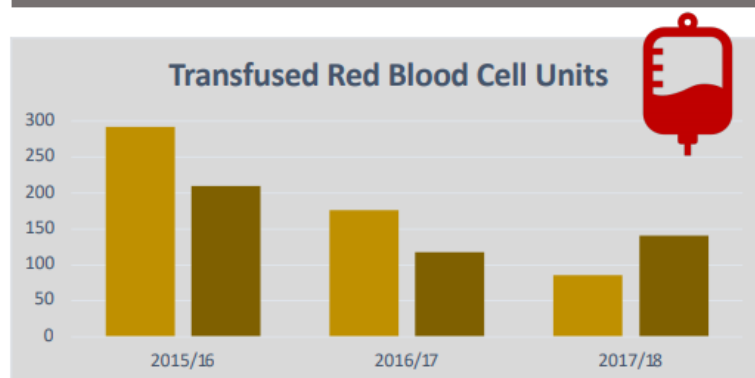
Table 1. Characteristics of Elective Colorectal Surgery Admissions Pre- and Postimplementation of a Preoperative Iron Deficiency and Anemia Clinic

Characteristic	Preimplementation financial years (n = 194)	Postimplementation financial years (n = 350)	P
Presenting hemoglobin level (g/L), mean	133.7 (19.2)	132.1 (18.1)	.358
Financial year (%)			<.001
2015–2016	194 (100.0)	0 (0.0)	
2016–2017	0 (0.0)	184 (52.6)	
2017–2018	0 (0.0)	166 (47.4)	
Age, y, mean	62.7 (15.6)	62.5 (16.1)	.894
Sex, male	109 (56.2)	188 (53.7)	.642
Diagnosis-related group (%)			.522
G01, rectal resection	89 (45.9)	172 (49.1)	
G02, major small and large bowel procedures	105 (54.1)	178 (50.9)	
Charlson comorbidity index (%)			.144
0	101 (52.1)	211 (60.3)	
1	24 (12.4)	31 (8.9)	
2	8 (4.1)	20 (5.7)	
3+	61 (31.4)	88 (25.1)	
Screened for iron deficiency (%)	26 (13.4)	257 (73.4)	<.001
Received intravenous iron	10 (5.2)	110 (31.4)	<.001

Values presented are number (proportion) or mean (SD).

Abbreviation: SD, standard deviation.

Net Result Improved by ≈\$7 Million per 1.000 Patients



Trentino KM, Mace H, Symons K, et al. Associations of a Preoperative Anemia and Suboptimal Iron Stores Screening and Management Clinic in Colorectal Surgery With Hospital Cost, Reimbursement, and Length of Stay: A Net Cost Analysis. Anesth Analg 2020.

ESTIMATION DE GAINS INDIRECTS

ETUDE ALLEMANDE 2019

Table VI - Incremental cost-effectiveness of PBM compared to standard therapy.

Incremental cost effectiveness of PBM	Per avoided complication (€)	Per avoided death (€)
<i>Without hospitalisation costs</i>		
Non-cardiac patients	850.02	3,653.50
Cardiac patients	1,206.81	4,940.45
<i>Including hospitalisation costs</i>		
Non-cardiac patients	-16,318.79	-70,140.58
Cardiac patients	-14,139.04	-57,882.56

PBM: Patient Blood Management.

POTENTIEL PAR SITE?

ORIGINAL ARTICLE

A model-based cost-effectiveness analysis of Patient Blood Management

Adina Kleinerüschkamp¹, Patrick Meybohm¹, Niels Straub², Kai Zacharowski¹, Suma Choorapoikayil¹

¹Department of Anaesthesiology, Intensive Care Medicine and Pain Therapy, University Hospital Frankfurt, Frankfurt; ²Institute of Market Research, Statistics and Prognosis, Munich, Germany

TYPES DE CHIRURGIE	EFFICIENCE PBM suite aux COMPLICATIONS EVITEES (€)	EFFICIENCE PBM suite aux DECES EVITES (€)
SANS LES COUTS D'HOSPITALISATION		
NON CARDIAQUE	+ 850	+ 3.653
CARDIAQUE	+ 1.206	+ 4.940
AVEC LES COUTS D'HOSPITALISATION		
NON CARDIAQUE	- 16.319	-70.141
CARDIAQUE	-14.139	-57.883

**Le Patient Blood Management (PBM) apporte une
gestion durable des soins de santé et de nos réserves de produits sanguins...**



Analyses 2019

APR-DRG Chirurgies

Critères de sélection: APR_DRG chirurgicaux – 2019

Patients avec une Hb < 13g/dL (H/F) avant une intervention versus patients avec une Hb < 13g/dL après une intervention

Limites:

- Définition OMS Anémie <12g/dL pour femmes - < 13 g/dL pour hommes
- Perte des patients incluables si pas de prise de sang dans le laboratoire du CHU UCL Namur
- Potentiel surestimation du groupe post opératoire si prise de sang uniquement en post opératoire

Analyses cout des soins de santé – 2019 – 3 sites CHU UCL Namur

En termes d'indicateurs de structures, on constate un **case mix** bcp plus lourd pour les **Hb < 13g/dL** avant intervention,
En termes d'indicateurs de processus, on enregistre des **DMS** plus importantes (notamment en **USI**) et un enregistrement de facteurs de dénutrition plus important les **Hb < 13g/dL** préopératoire.

En termes d'indicateurs de résultats:

- Un **cout plus important** (Hôpital référence Pacha) **de plus de 3400 euros** en moyenne par séjour.
- **A l'échelle des séjours en des termes d'économie**, cela représente un **cout plus important de plus de 6 millions d'euros** > **extrapolation des couts évités.**
- Plus de complications d'escarre pour les anémies avant
- **Plus de réadmissions pour les anémies préopératoires**
- **Plus de décès**



Analyses cout des soins de santé – 2019 – 3 sites CHU UCL Namur

2019	Indicateurs	Anémie avant	Anémie après	Total général
Structure	Séjour - Nombre	1862	3498	5360
	Séjour - Age Moyen	66,5	63,0	64,2
	Séjour - Case Mix Index Moyen	2,1	1,8	1,9
	Séjour - Score moyen de Charlson	3,1	1,9	2,3
Processus	Séjour - DMS facturée	21,2	10,6	14,3
	Séjour - Durée moyenne en SI	6,8	4,1	5,1
	Séjour - Pourcentage avec une dénutrition durant le séjour	27,2	7,0	14,0
Résultats	Séjour - Cout – Moyen (€)	14778	11358	12527
	Numérateur PSI03	36	18	54
	Numérateur PSI06	0	4	4
	Numérateur PSI09	2	1	3
	Séjour - Nombre de séjours réadmis dans les 30 jours	767	901	1668
	Séjour - Réadmission dans les 30 jours - Pourcentage relatif	41,19%	25,76%	31,12%
	Séjour - Nombre de décès	136	65	201

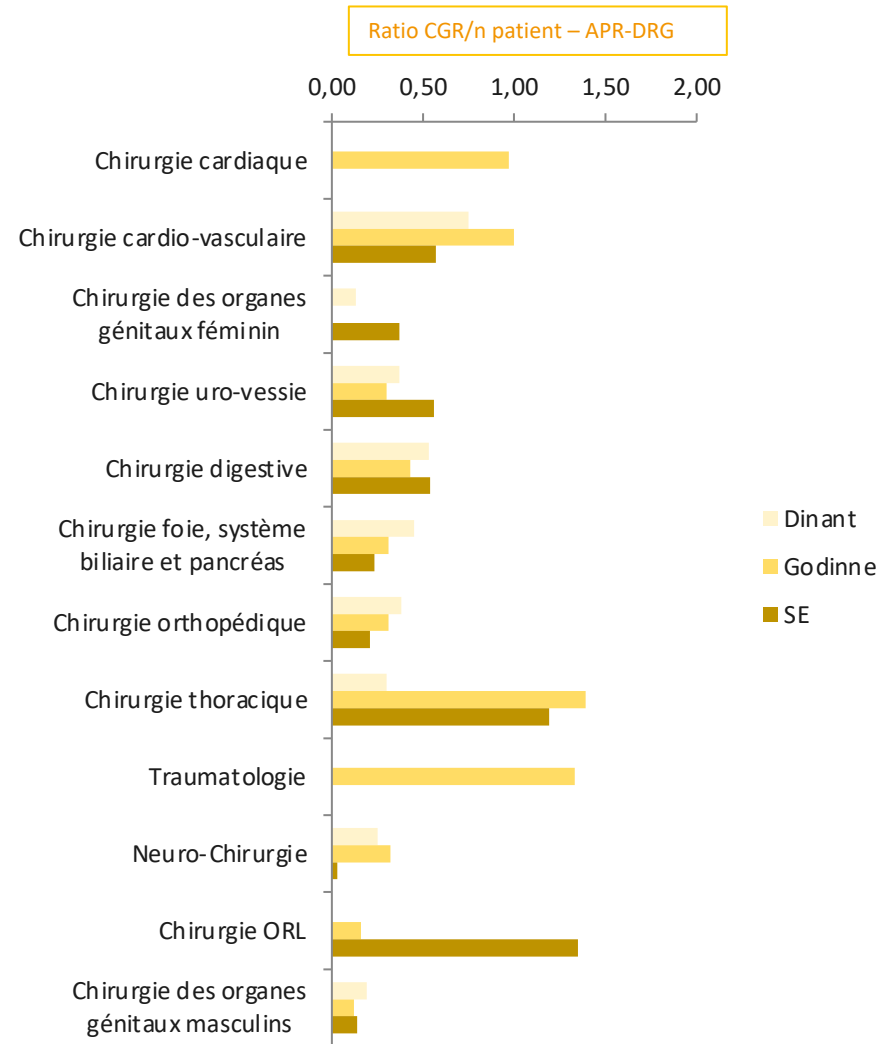
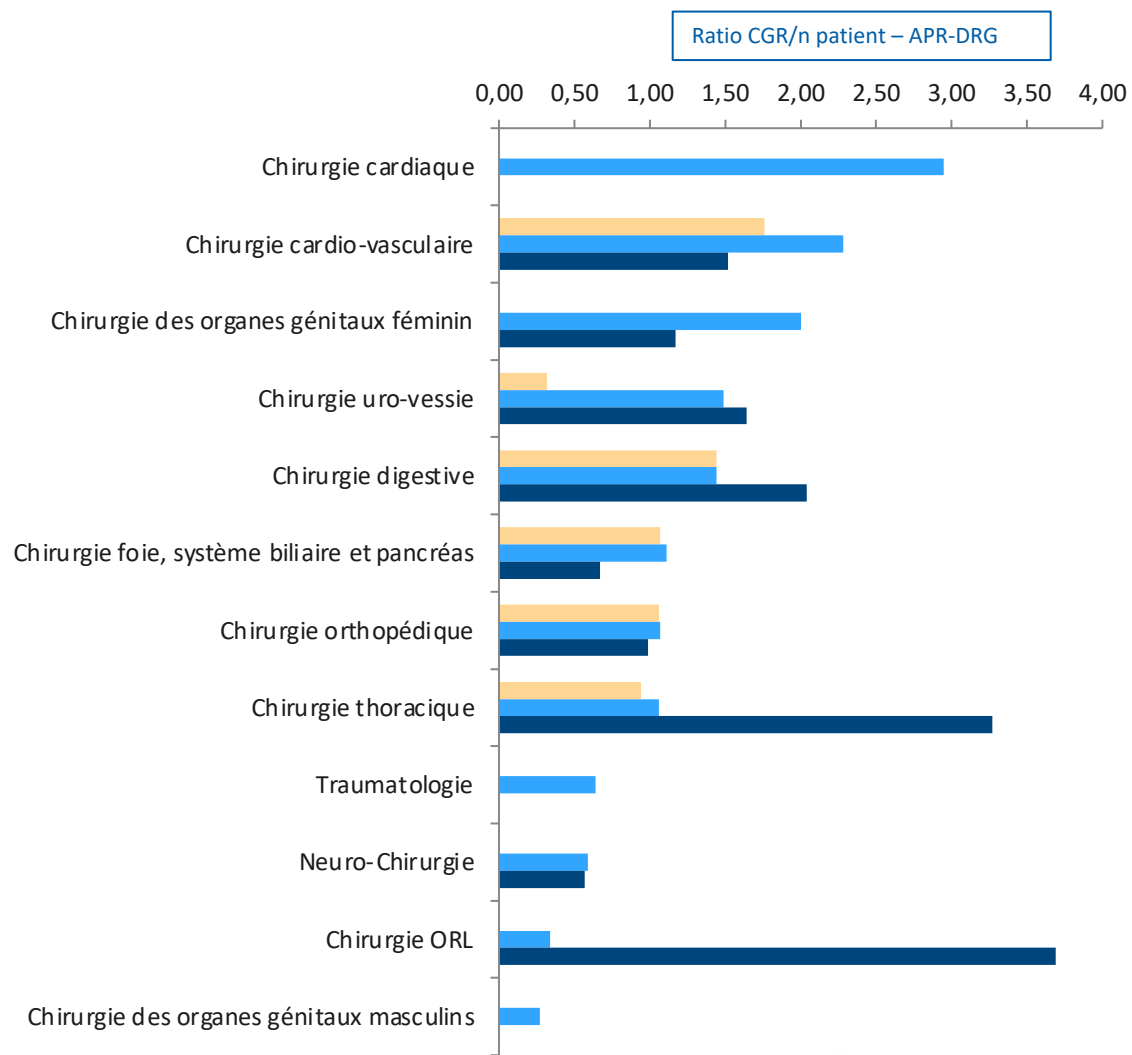
Analyses cout des soins de santé – 2019 – 3 sites CHU UCL Namur

La voie des urgences génère un cout plus important dans les 2 cas mais plus dans la cas de l'anémie avant l'hospitalisation.

Étiquettes de lignes	Séjour – Nombre	Séjour - Cout – Moyen (€)
Anémie après	3493	11329
0 Inconnu	2	73480
3 Admission planifiée	2522	10905
4 Admission à partir de hos jour	10	14662
5 Retour transfert autre hôpital	1	12712
A Adm urgence sans ambulance	462	13235
B Adm urgence ambulance privé	63	9269
C Adm urgence 100 sans SMUR	283	10189
D Adm urgence 100 avec SMUR(propres Hôp.)	60	13659
E Adm urgence 100 avec SMUR(autre Hôp.)	63	15591
G Admis. urgente (pas par les Urgences)	27	14013
Anémie avant	1865	14821
0 Inconnu	3	22896
3 Admission planifiée	973	15447
4 Admission à partir de hos jour	12	24542
5 Retour transfert autre hôpital	2	2962
A Adm urgence sans ambulance	467	12678
B Adm urgence ambulance privé	81	16454
C Adm urgence 100 sans SMUR	221	12888
D Adm urgence 100 avec SMUR(propres Hôp.)	31	16618
E Adm urgence 100 avec SMUR(autre Hôp.)	57	25326
G Admis. urgente (pas par les Urgences)	18	10543
Totaux généraux	5358	12525

Ratio Concentrés de Globules Rouges (CGR)/n patient APR_DRG chirurgicaux

Hb < 13g/dL Pré-op versus Hg <13g/dL Post-op

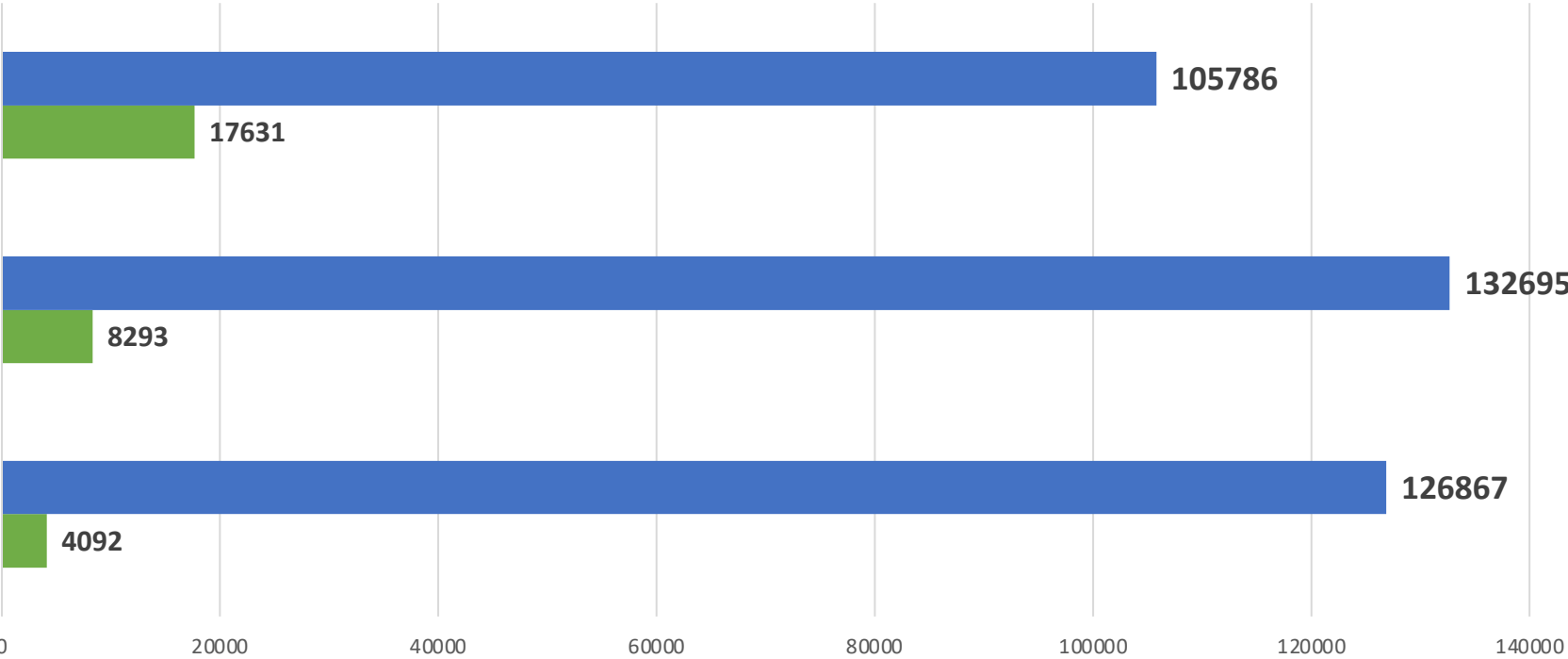


Différence Cout (€) Sécurité Sociale - Anémie avant - Anémie après chirurgie

Chirurgie majeure intestin grêle et colon

Dinant post op	Dinant pré op	Namur post op	Namur préop	Godinne post op	Godinne préop
37	31	56	16	5	6

Godinne



Namur

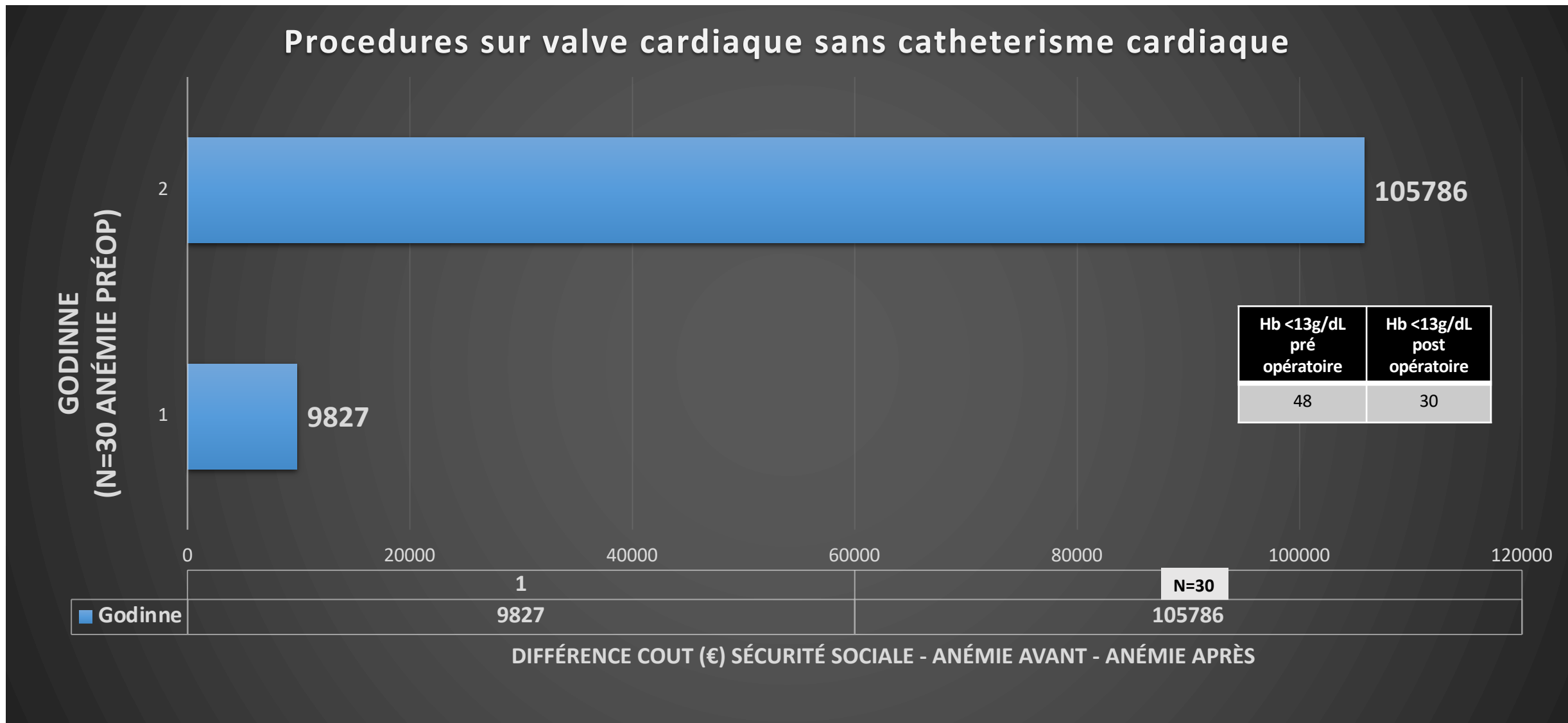
Dinant

	Dinant	Namur	Godinne
■ surcout total patient anémique préop	126867	132695	105786
■ moyenne surcout par patient anémique préop	4092	8293	17631

Différence Cout Sécurité Sociale Anémie avant - Anémie après

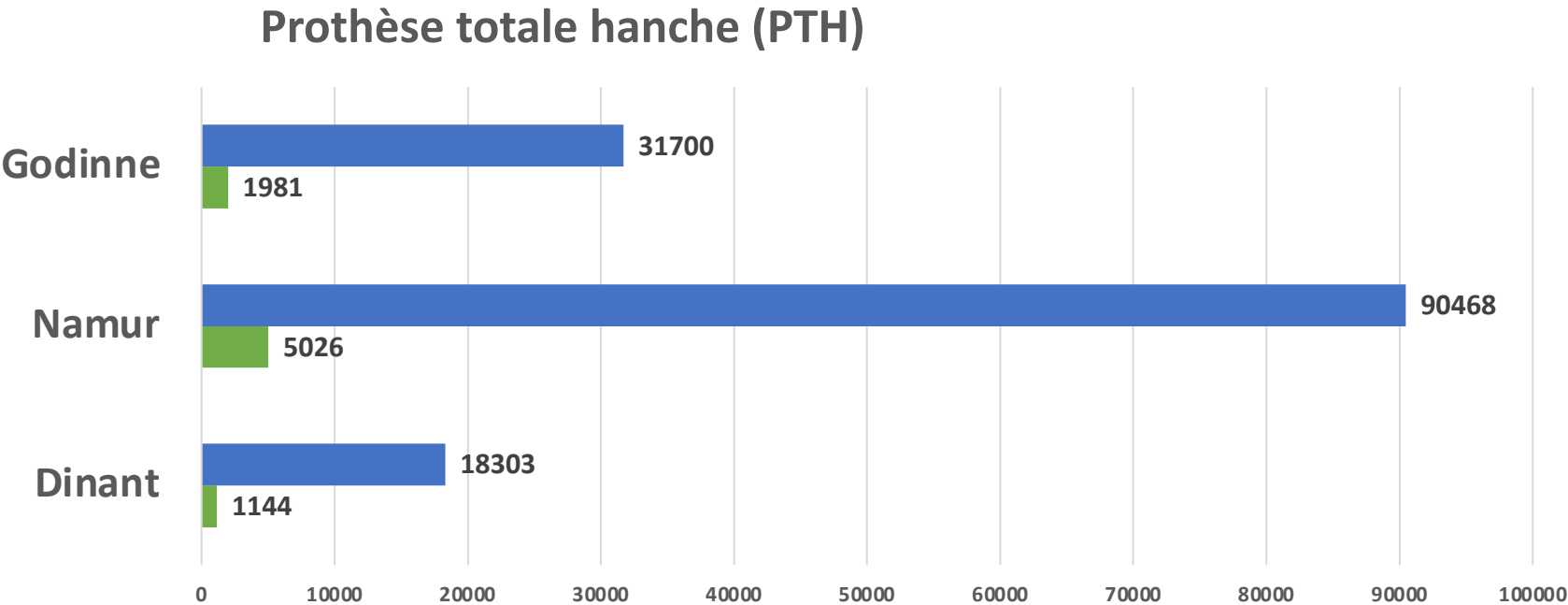
■ surcout total patient anémique préop ■ moyenne surcout par patient anémique préop

Différence Cout (€) Sécurité Sociale - Anémie avant - Anémie après chirurgie



Différence Cout (€) Sécurité Sociale - Anémie avant - Anémie après chirurgie

Dinant Anémie post op	Dinant Anémie préop	Namur Anémie post op	Namur Anémie préop	Godinne Anémie préop	Godinne Anémie postop
50	16	177	18	86	16

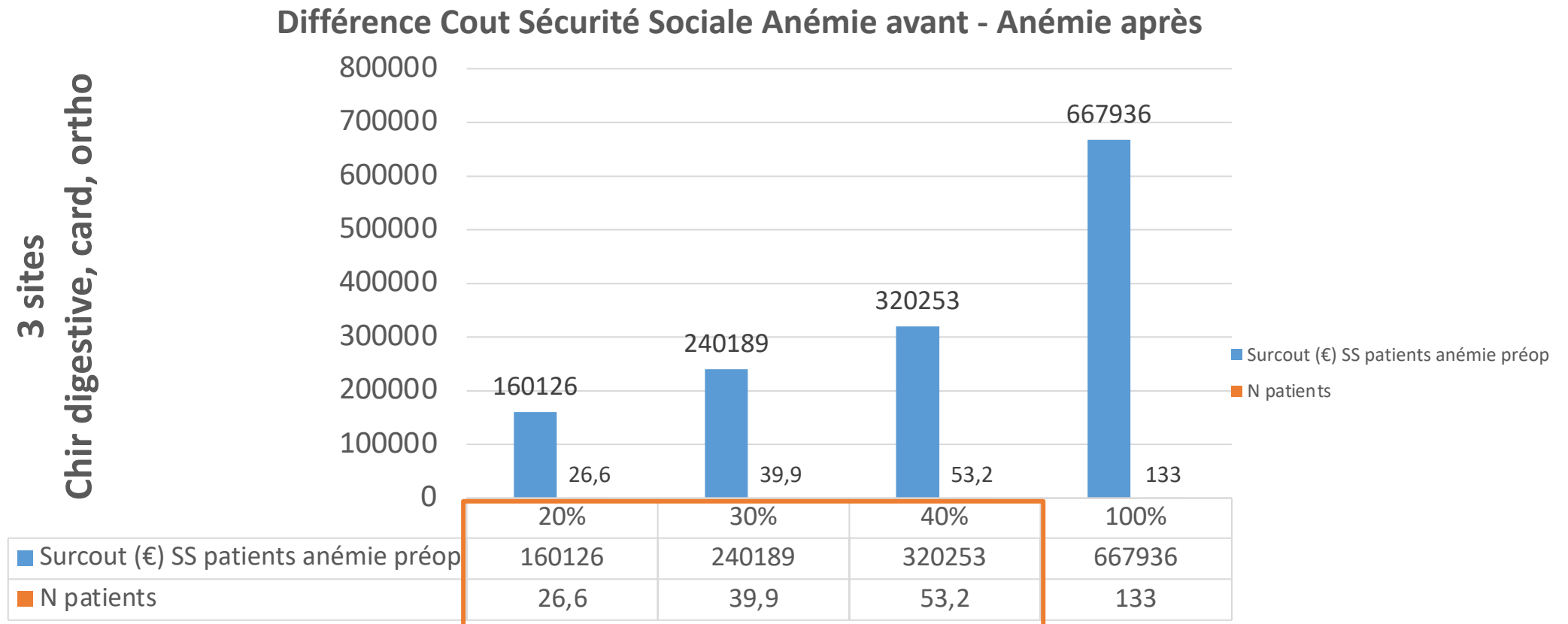


	Dinant	Namur	Godinne
■ Surcout SS total patient anémique préop	18303	90468	31700
■ Surcout SS moyen/patient	1144	5026	1981

Différence Cout (€) Sécurité Sociale - Anémie avant - Anémie après

■ Surcout SS total patient anémique préop ■ Surcout SS moyen/patient

L'anémie est majoritairement due à un déficit en fer (perte, malabsorption, régime alimentaire pauvre en fer, infection, syndrome inflammatoire,...)



Economie sur possibilité d'amélioration avec dépistage et traitement anémie?

CHANGEMENT INSTITUTIONNEL - NATIONAL

Diminution de
la prévalence
de l'anémie

Médecin généraliste

Patient partenaire

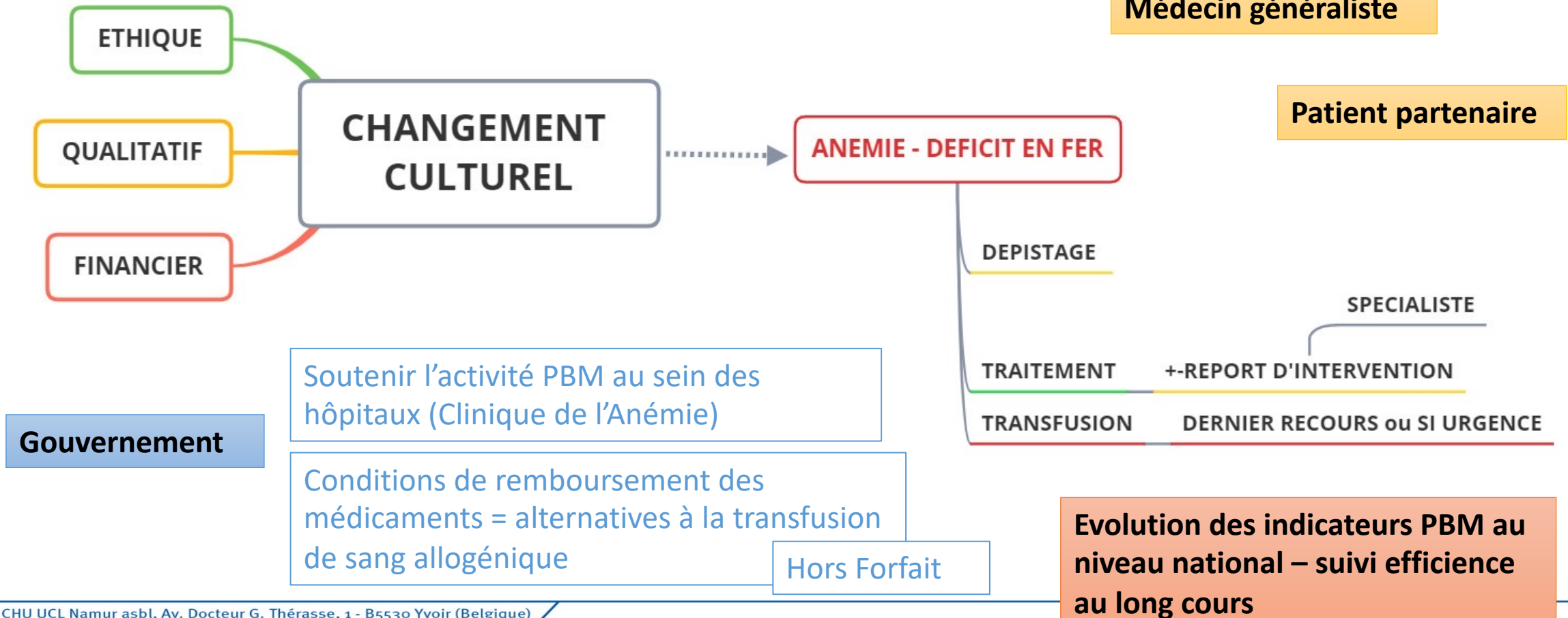


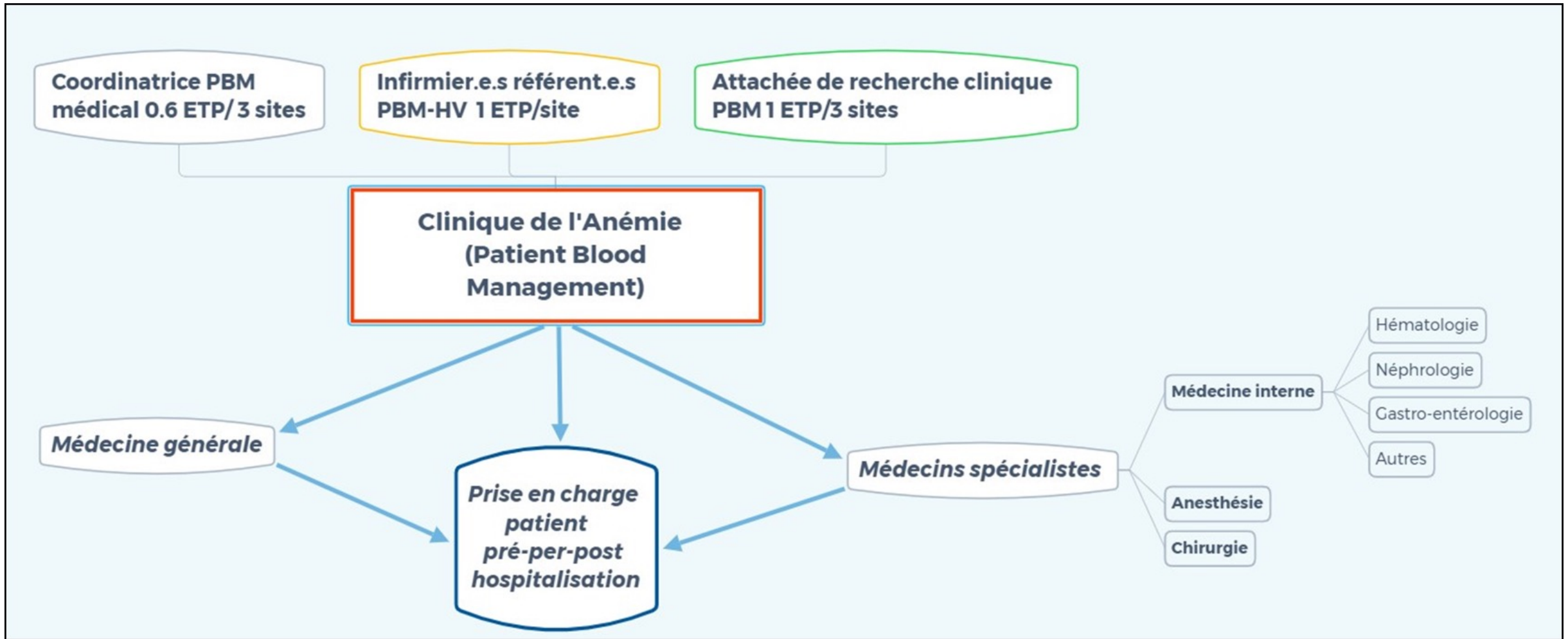
Fig. 4. Stakeholders in multidisciplinary and multiprofessional PBM



- Directions Médicales – Directions de Sites – Directeur Général CHU UCL Namur
- Personnel de la Clinique de l'Anémie:
 - Jérémy Gilson – Ornella Biancotto (Dinant)
 - Magalie Vial (CMSE)
 - Chloé Nobis (Attachée de recherche clinique – 3 sites)
 - Amélie Sauret (Godinne)
- Laboratoires de Biologie Clinique
- Les Banques de Sang et l'Etablissement de Transfusion Sanguine
- Cellule IT – Mr Max Tallier
- Cellule Informatique
- Cellule Logistique
- Cellule tarification - Mme Isabelle Sohet – Mr Julien Trepagne – Mr Guillaume Vandermeersch (†), Mme Deguelle Agnes
- Administration
- Cellule communication
- **DIPAQ – Mr André Parent**
- **Mr Fabian Dehanne**
- **Mme Jana Vanden Broeck – coordinator project BeQuinT**

- Collègues et personnel du CHU UCL Namur porteurs de ce projet...

Clinique de l'Anémie



Structure et Activités de la Clinique de l'Anémie

- **Un coordinateur médical – trois infirmier.e.s (1/site) – 1 attachée de recherche clinique**
 - Mise en place de l'infrastructure, outils de tracing, documents, tarification
 - Validation des procédures/pathologies existantes pour les 3 sites
 - Création des collaborations
 - Formation – aide à l'implémentation du PBM – programme éducatif – audit PBM
 - Suivi de l'activité PBM (Database – Benchmarking – Tarification code lieu PBM)
 - Database: Cout, taux de mortalité, taux de complication, réadmission, durée moyenne du séjour
 - Taux de patients anémiques et consommation de PSL/ an /site
- **Gestion de la filière PBM (Annexe)**
 - **Collaboration** avec médecins spécialistes
 - Facturation avec code lieu PBM si extérieur au service d'hospitalisation du patient
 - **Dépister anémie ET déficit en fer**
 - Groupe RAI (gestion facilitée des stocks à la BDS)
 - Traitement ou envoi vers le bon spécialiste
 - **Valider le report de l'intervention chez le patient anémique pour optimiser son anémie!!**
 - Importance de planifier les tests/traitements **avant l'hospitalisation** (cout-remboursement différent – Annexe 4)
- **Collaboration avec la médecine générale pour le suivi post opératoire de l'anémie**

PROFILS DE FONCTION

Coordinateur médical

- Conception et mise en place de la structure de la Clinique de l'Anémie sur les 3 sites
- Recrutement et formation du personnel de la Clinique de l'Anémie
- Création des collaborations
- Rencontre des unités de soins:
 - Formations - Programmes éducatifs - Aides à l'implémentation du PBM
 - Audit (Hémovigilance (HV)- PBM)
- Suivi de l'activité PBM – gestion du registre PBM:
 - Suivi des indicateurs PBM (Benchmarking au niveau national)
 - Web rapport – Formation et amélioration continue
 - Bilan financier annuel (direct – indirect)
- Suivi des patients les plus à risque hémorragique – conseil transfusionnel
- Supervision des unités de soins demandeuses d'un accompagnement du PBM
- Collaboration avec la médecine générale pour renforcer le suivi et le traitement des patients anémiques avant et après hospitalisation
- Implication du patient dans sa prise en charge: sensibilisation au dépistage de l'anémie et de sa prise en charge
- Collaboration recherche PBM

PROFILS DE FONCTION

Infirmier-e référent-e en Patient Blood Management

Formé-e en Transfusion – Hémovigilance (HV) – PBM

- **Fonction PBM**

- Sensibiliser et collaborer avec les unités de soins pour intégrer durablement le PBM
- Suivi quotidien des patients anémiques dans les unités de soins (participation au registre)
- Participer à la coordination de la filière de soins PBM en pré - per - post hospitalisation (collaboration avec le patient et le médecin généraliste)
- Soutenir les unités en cas de problèmes complexes rencontrés dans la prise en charge PBM
- Procurer une assistance méthodologique aux unités lors de l'exécution de procédure ou de traitements initiés pour optimiser l'anémie et de l'utilisation de nouveau matériel.
- Agir comme une personne ressource au sein de l'hôpital pour toute question relative au PBM
- Audit PBM et amélioration continue (BeQuinT – Comité de Transfusion)

- **Fonction HV**

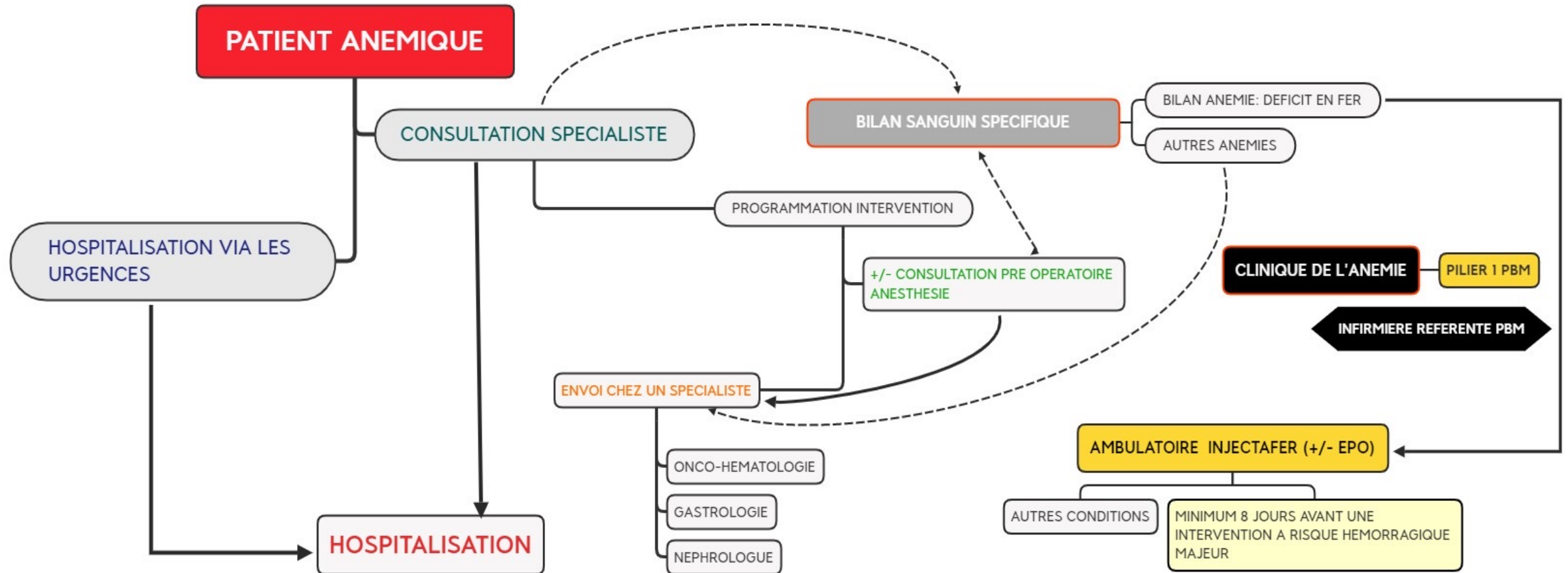
- Encadrer le suivi et la sécurité de l'activité transfusionnelle dans les différents étages
- Audit HV et amélioration continue (AFMPS – Comité de Transfusion):

PROFILS DE FONCTION

Attaché-e de recherche clinique pour coordonner le PBM sur les 3 sites

- Aide à la coordination de l'implémentation du PBM pour les 3 sites
 - Mise en place et suivi des indicateurs continus de l'activité PBM :
 - Taux de mortalité
 - Taux de complications
 - Taux de réadmission
 - Durée moyenne du séjour
 - Taux de patients anémiques
 - Consommation de produits sanguins/an/site
 - ... indicateurs proposés par BeQuinT pour suivre le PBM au niveau institutionnel
- Gestion et analyse du registre PBM pour les 3 sites
- Bilan financier annuel – collaborations avec experts financier
- Analyse des audits - Amélioration continue sur base des indicateurs PBM dans les différentes unités de soins
- Réalisation des Web rapports et outils pédagogiques
- Collaboration patient – médecine générale
- **Futur:**
 - Responsable de la coordination de la Clinique de l'Anémie
 - Coordinateur médical → veille littéraire – suivi plan OMS-BeQuinT- conseil transfusionnel – partenariats recherche PBM

FILIERE PBM: Dépistage et collaborateurs



FILIERE PBM et SUIVI

