



HANDBOEK DONOR MANAGEMENT

Redactie
Wim de Kort

Co-redacteur
Ingrid Veldhuizen

HANDBOEK DONOR MANAGEMENT

MANDBOEK DONOR MANAGEMENT

DOMAINE project

Redactie
Wim de Kort

Co-redacteur
Ingrid Veldhuizen

Website

www.domaine-europe.eu

Correspondentieadres

DOMAINE-project
p/a Sanquin Bloedvoorziening
Postbus 1013
6501 BA Nijmegen

Copyright © 2010 DOMAINE-project

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Vertaling vanuit het Engels

Elze Wagenmans

ISBN

978-90-815585-1-8

Grafische vormgeving

Studio Duel - www.studioduel.nl



Co-funding

Dit handboek komt voort uit het DOMAINE-project, dat mede gefinancierd wordt door de Europese Unie, in het kader van het Volksgezondheidsprogramma.

Disclaimer

De inhoud van dit handboek geeft niet noodzakelijkerwijs de standpunten van de Europese Commissie weer. Noch de Commissie noch enig ander persoon namens de commissie kan verantwoordelijk worden gehouden voor het gebruik van de informatie in deze handleiding. De redacteurs, schrijvers en degenen die een bijdrage hebben geleverd zijn niet verantwoordelijk voor het gebruik van het handboek.

Redactie

Redactie

Wim de Kort
Sanquin Bloedvoorziening
Nederland

Co-redacteur

Ingrid Veldhuizen
Sanquin Bloedvoorziening
Nederland

Redactiecommissie

Paddy Bowler
Irish Blood Transfusion Service
(Ierse Bloedtransfusiedienst)
Ierland

Gilles Folléa

Établissement Français du Sang
(Franse Bloedinstelling)
Frankrijk

Matheos Demetriades

Thalassaemia International Federation
(Internationale Thalassemiefederatie)
Cyprus

Crispin Wickenden

NHS Blood and Transplant
(NHS Bloed en Transplantatie)
Groot-Brittannië

Assistent-redacteur

Elze Wagenmans
Sanquin Bloedvoorziening
Nederland

Auteurs

Auteurs

Thomas Bart
Blutspendedienst Schweizerisches Rotes Kreuz
(Bloedtransfusiedienst van het Zwitserse Rode Kruis)
Zwitserland

Les Bartlett

The Welsh Blood Service
(Bloedtransfusiedienst van Wales)
Groot-Brittannië

Moir Carter

Scottish National Blood Transfusion Service
(Schotse Nationale Bloedtransfusiedienst)
Groot-Brittannië

Angelo Degiorgio

National Blood Transfusion Service Malta
(Nationale Bloedtransfusiedienst Malta)
Malta

Matheos Demetriades

Thalassaemia International Federation
(Internationale Thalassemiefederatie)
Cyprus

Alina-Mirella Dobrota

South-eastern Europe Health Network
(Zuidoost-Europees Gezondheidsnetwerk)
Roemenië

Dragoslav Domanovic

Zavod Republike Slovenije za
transfuzijsko medicino
(Bloedtransfusiedienst van Slovenië)
Slovenië

Gilles Folléa

Établissement Français du Sang
(Franse Bloedinstelling)
Frankrijk

Stefano Fontana

Regionale Blutspendedienst Schweizerisches
Rotes Kreuz Bern AG
(Regionale Bloedtransfusiedienst van het
Zwitserse Rode Kruis Bern)
Zwitserland

Markus Jarnig

Österreichisches Rotes Kreuz (Oostenrijkse
Rode Kruis) Blutspendezentrale für Wien,
Niederösterreich und Burgenland (Bloedbank
voor Wenen, Neder-Oostenrijk en Burgenland)
Oostenrijk

Charles Kinney

Northern Ireland Blood Transfusion Service
Noord-Ierse Bloedtransfusiedienst
Groot-Brittannië

Wim de Kort

Sanquin Bloedvoorziening
Nederland

Maria Kral

Österreichisches Rotes Kreuz (Oostenrijkse
Rode Kruis) Blutspendezentrale für Wien,
Niederösterreich und Burgenland (Bloedbank
voor Wenen, Neder-Oostenrijk en Burgenland)
Oostenrijk

Riin Kullaste

Põhja-Eesti Regionaalhaigla
(Noord-Ests Regionaal Ziekenhuis)
Estland

Guy Lévy

Blutspendedienst Schweizerisches Rotes Kreuz
(Bloedtransfusiedienst van het Zwitserse
Rode Kruis)
Zwitserland

Socrates Menelaou

Κέντρο Αίματος Κύπρου
(Bloedbank van Cyprus)
Cyprus

Ellen McSweeney

Irish Blood Transfusion Service
(Ierse Bloedtransfusiedienst)
Ierland

Mário Muon

Instituto Português do Sangue, IP
(Portugees Instituut voor Bloed)
Portugal

Satu Pastila
Suomen Punainen Risti Veripalvelu
(Bloedtransfusiedienst van het Finse Rode Kruis)
Finland

Gordon Redpath
Scottish National Blood Transfusion Service
(Schotse Nationale Bloedtransfusiedienst)
Groot Brittannië

Zoe Sideras
Κέντρο Αίματος Κύπρου
(Bloedbank van Cyprus)
Cyprus

Anita Tschaggelar
Regionale Blutspendedienst Schweizerisches Rotes Kreuz Bern AG
(Regionale Bloedtransfusiedienst van het Zwitserse Rode Kruis Bern)
Zwitserland

Ingrid Veldhuizen
Sanquin Bloedvoorziening
Nederland

Elze Wagenmans
Sanquin Bloedvoorziening
Nederland

Crispin Wickenden
NHS Blood and Transplant
(NHS Bloed en Transplantatie)
Groot Brittannië

Met medewerking van
Chantal Adjou
Établissement Français du Sang
(Franse Bloedinstelling)
Frankrijk

Frédéric Bigey
Établissement Français du Sang
(Franse Bloedinstelling)
Frankrijk

Paddy Bowler
Irish Blood Transfusion Service
(Ierse Bloedtransfusiedienst)
Ierland

Thomas Burkhardt
Deutsches Rotes Kreuz Blutspendedienst Baden-Württemberg - Hessen gGmbH
(Bloedtransfusiedienst van het Duitse Rode Kruis Baden-Württemberg - Hessen)
Duitsland

Erzsébet Egervári
Országos Vérellátó Szolgálat
(Hongaarse Nationale Bloedtransfusiedienst)
Hongarije

Ülo Lomp
Põhja-Eesti Regionaalhaigla
(Noord-Ests Regionaal Ziekenhuis)
Estland

Polonca Mali
Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino
(Bloedtransfusiedienst van Slovenië)
Slovenië

Clare McDermott
Irish Blood Transfusion Service
(Ierse Bloedtransfusiedienst)
Ierland

Markus Müller
Deutsches Rotes Kreuz Blutspendedienst Baden-Württemberg - Hessen gGmbH
(Bloedtransfusiedienst van het Duitse Rode Kruis Baden-Württemberg - Hessen)
Duitsland

Boštjan Novak
Rdeči križ Slovenije
(Sloveense Rode Kruis)
Slovenië

Piet Waterkeyn
Het Belgische Rode Kruis Dienst voor het Bloed
België

DOMAINE Adviesraad
Jeroen de Wit
Stichting Sanquin Bloedvoorziening
Nederland

Filippo Drago
International Federation of Blood Donor Organizations (Internationale Federatie van Bloeddonorverenigingen)
Italië

Androulla Eleftheriou
(Internationale Thalassemiefederatie)
Cyprus

Martin Gorham
The Douglas-Gorham Partnership Ltd
De Douglas-Gorham Maatschap
Groot Brittannië

Angus McMillan Douglas
The Douglas-Gorham Partnership Ltd
De Douglas-Gorham Maatschap
Groot Brittannië

Dirk Meusel
Executive Agency for Health and Consumers
(Uitvoerend Agentschap voor Gezondheid en Consumenten)
Luxemburg

Erhard Seifried
Deutsches Rotes Kreuz Blutspendedienst
(Bloedtransfusiedienst van het Duitse Rode Kruis)
Institute of Transfusion Medicine and Immunohaematology
(Instituut voor Transfusiegeneskunde en Immunohematologie)
Duitsland

VOORWOORD

Geachte lezer,

Bijna 50 bloedbanken uit 34 Europese landen hebben een bijdrage geleverd aan het handboek dat voor u ligt, door hun gegevens over op een 'vrijwillige, niet-betaalde' wijze te delen, wat karakteristiek is voor de wereld van bloeddonoratie. Het handboek brengt dus kennis en ervaring op het gebied van bloeddonormanagement vanuit heel Europa samen.

Het handboek is het eindresultaat van de tweede van in totaal drie fasen van het Europese DONOR MANAGEMENT IN EUROPE-project, genaamd DOMAINE. Het project wordt mede gefinancierd door de Europese Commissie. De eerste fase bestond uit een onderzoek naar donormanagement in heel Europa. De resultaten van dit onderzoek zijn uitgebreid verwerkt in dit handboek. De derde fase bestaat uit het ontwikkelen van een trainingsprogramma over donormanagement, bedoeld voor donormanagers. De verwachting is dat het trainingsprogramma nauw op dit handboek zal aansluiten.

Bloeddonormanagement is de allereerste van de vele stappen in de bloedtransfusieketen. Het uitvoeren van de juiste acties in deze fase heeft voordelen voor alle onderdelen in het vervolg van de transfusieketen. Foute acties tijdens deze eerste fase hebben een negatieve invloed op de gehele keten, die vaak niet meer te herstellen is.

We zijn ervan overtuigd dat bloedbanken met behulp van dit handboek hun beleid en organisatie zodanig kunnen opzetten of aanpassen dat ze op een veilige manier hun patiënten van voldoende bloed kunnen voorzien.

Daarom staan we volledig achter de wens van de DOMAINE-leden om de kennis van dit handboek op een succesvolle manier te verspreiden en om donormanagement in heel Europa te verbeteren.

Jeroen de Wit
Voorzitter van de DOMAINE Adviesraad
Voorzitter van de European Blood Alliance

Erhard Seifried
Lid van de DOMAINE Adviesraad
Voorzitter van de International Society of Blood Transfusion

EBA European
Blood Alliance



INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	7
-----------	---

DEEL 1 ALGEMENE ASPECTEN

Inleiding

1.1 Algemene inleiding	12
1.2 Structuur van dit handboek	17

DOMAINE-onderzoek naar donormanagement in Europa

2.1 DOMAINE-onderzoek over donormanagement in Europa	22
2.2 Onderzoeksresultaten	25

Opbouw en infrastructuur

3.1 Organisatiestructuren	32
3.2 Processtappen binen donormanagement	33
3.3 Prestatie-indicatoren (PI's)	39
3.4 Financiële aspecten	42
3.5 Concurrentie van particuliere bedrijven	49

Donorbestand

4.1 Definities	56
4.2 Donorbestand en het donormanagementproces	69
4.3 Donorbestand en donortypen	72
4.4 Donorbestand en donorkenmerken	75
4.5 Donatiesoort en opkomstgedrag	80

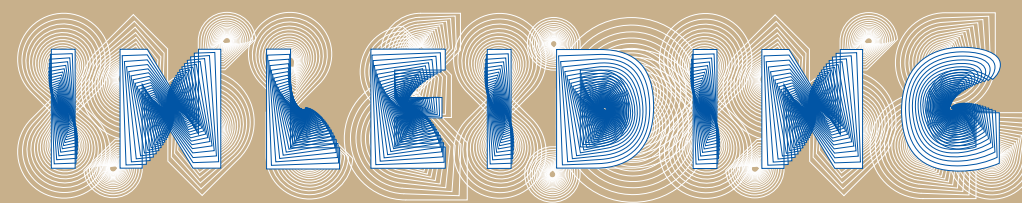
DEEL 2 DONORMANAGEMENT IN DE PRAKTIJK

Donorwerving

5.1 Marketing	84
5.2 Marketingprincipes toegepast op donors	87
5.3 Positionering als marketingtool voor donorwerving	90
5.4 Operationele marketingtools voor werving	97

Donorbehoud

6.1 Marketing en behoud	104
6.2 Positionering als marketing tool voor behoud	105
6.3 Operationele marketingtools voor behoud	106
6.4 Relatiemarketingtools voor behoud	111
6.5 Erkenning	117
6.6 Donortevredenheid meten	119
6.7 Prestatie-indicatoren (PI's) voor behoud	121



Inzameling

7.1	Organisatie van afnames	124
7.2	Donatieproces en faciliteiten	129
7.3	Logistiek	133
7.4	Prestatie-indicatoren voor het afnameproces	134
7.5	Donorselectie	137
7.6	Afkeuringen	145
7.7	De afnameprocedure	152

Donorveiligheid

8.1	Ongewenste voorvallen en bijwerkingen tijdens bloeddonoratie	158
8.2	Ongewenste voorvallen en bijwerkingen: andere situaties	169
8.3	Donorcounselling opzetten	171

Veelvuldig getransfundeerde patiënten

9.1	Veelvuldig getransfundeerde patiënten	180
9.2	Veelvuldig getransfundeerde patiënten en donormobiliteit	185

Specifieke situaties

10.1	Donormanagement bij rampen	190
10.2	Media	202

DEEL 3 ONDERSTEUNENDE ASPECTEN

Human Resources Management

11.1	Vereiste kwalificaties	210
11.2	Opleiding	216

Informatietechnologie

12.1	Basiselementen	222
12.2	Technische aspecten	226

Ethische overwegingen

13.1	Ethische kwesties rond het doneren van bloed	236
13.2	Ethisch-juridische kwesties rond de behandeling van donors	243

Bijlagen

Bijlage I	Websites van relevante organisaties	250
Bijlage II	Websites van DOMAINE-partners	251
Bijlage III	EU-richtlijn 2002/98/EG	253
Bijlage IV	Richtlijn 2004/33/EG van de Commissie	265
Bijlage V	Richtlijn 2005/61/EG van de Commissie	281
Bijlage VI	Richtlijn 2005/62/EG van de Commissie	291
Bijlage VII	Aanbeveling 98/463/EG van de Raad	301

	Verklarende woordenlijst	315
--	--------------------------	-----

1.1.1 Geschiedenis

Al in de 15e, 16e en 17e eeuw werden er serieuze pogingen ondernomen om bloedtransfusies tot stand te brengen, zowel van dier naar mens als van mens naar mens. Een van de eerste en beroemdste maar slecht gedocumenteerde pogingen om iemand bloed van een ander toe te dienen, is dat van Paus Innocentius VIII in 1492. Het liep zowel voor hem als voor de donors slecht af; Paus Innocentius VIII en de drie herders die hun bloed doneerden, stierven tijdens het transfusieproces. Alle pogingen die daarop volgden, liepen stuk voor stuk uit op een mislukking. Dit leidde in 1670 tot een verbod op transfusies.

De Britse gynaecoloog James Blundell was in 1818 de eerste arts die op experimentele basis bloedtransfusies uitvoerde direct van donor naar patiënt. Pas aan het begin van de 20e eeuw, na Karl Landsteiners ontdekking van de bloedgroepen, nam het aantal geslaagde bloedtransfusies gestaag toe.



Afbeelding 1. Schilderij van een bloedtransfusie in de eerste helft van de 20e eeuw (Den Haag, A.C. van der Lee, 1933)

Bloedbankkunde: Een belangrijk aspect binnen de bloedbankkunde is de mogelijkheid om ingezamelde eenheden bloed op te slaan. Antistollingsmiddelen, die enige tijd eerder ontwikkeld werden, zijn hiervoor onmisbaar.

Pas in de jaren '40 zette Charles Drew de eerste succesvolle bloedbank op voor soldaten die in de frontlinies gewond waren geraakt. Na de tweede Wereldoorlog werd er in veel landen een groot aantal bloedbanken opricht. Het lukte artsen om, samen met anderen, kleinschalige bloedbanken op te zetten die redelijk succesvol waren.

Het merendeel van deze bloedbanken maakte onderdeel uit van een ziekenhuis. Soms namen regeringen de verantwoordelijkheid en richtten op grotere schaal bloedbanken op. Internationale samenwerking op het gebied van geüniformeerde procedures en productspecificaties kwam moeizaam op gang.

Aanvankelijke vraag: In de beginjaren van de bloedtransfusie was de vraag naar bloedproducten nog niet hoog en waren er voldoende donors beschikbaar. Alleen de bloedgroep van een donor werd bepaald; individuele donorkenmerken waren verder niet aan de orde. Ook werd er meestal niet gekeken of een donor wel geschikt was om bloed te geven. Die tijden liggen nu achter ons.

In de afgelopen decennia hebben veel ontwikkelingen plaatsgevonden. Vandaag de dag zijn er slechts een paar landen in Europa die niet in staat zijn om voldoende erythrocytenconcentraten aan de ziekenhuizen te leveren^{1,2}. De Wereldgezondheidsorganisatie hanteert de maatstaf van 10 erythrocytenconcentraten per 1000 inwoners per jaar als minimumstandaard voor adequate gezondheidszorg. In 2004 lag het aantal ingezamelde bloedproducten per 1000 inwoners in Europa op 42, variërend van 3 tot 742. Waarschijnlijk is deze variatie te wijten aan culturele verschillen en verschillen in onderwijsniveau.

Vereisten voor bloed: Verschillende patiëntengroepen hebben baat bij bloedtransfusies. Ze hebben bloed nodig bij trauma's, chirurgie en bloedziekten zoals leukemie, sikkelcelanemie of thalassemie. Andere patiëntengroepen, zoals patiënten met hemofilie of immunoglobulinedeficiënties, hebben baat bij geneesmiddelen die uit bloed worden gewonnen. Bloedbanken in Europa zamelen vandaag de dag 20.000.000 volbloedeenheden per jaar in, afkomstig van 13.000.000 donors. Tegenwoordig is de vraag of een donor geschikt is om te doneren een zwaarwegende en cruciale factor in de bloedtransfusieketen, mede door de steeds strenger wordende selectiecriteria.

De Europese gezondheidszorg rekent op veilig en voldoende bloed. Bloedbanken zijn verantwoordelijk voor het leveren hiervan. Om hun taak uit te kunnen voeren, hebben ze voldoende geschikte donors nodig. Dat is waar Goed Donormanagement begint: het pakket aan acties dat leidt tot een toereikend en betrouwbaar donorbestand, geselecteerd uit de algemene bevolking. Dit handboek biedt donormanagers in bloedbanken handvatten om dat doel te bereiken.

1.1.2 EU-richtlijnen voor bloedbanken

Binnen de bloedbanken zijn al veel voorschriften opgesteld om aan de Europese wet- en regelgeving te voldoen. Deze Europese richtlijnen gaan echter voornamelijk over technische en medische zaken.

Algemene voorschriften: In EU-richtlijn 2002/98/EG⁴ staan de algemene normen voor de kwaliteit en de veiligheid van menselijk bloed en bloedbestanddelen.

Technische voorschriften: Gedetailleerdere normen op het gebied van technische vereisten zijn vastgesteld in Richtlijn 2004/33/EG⁵.

Kwaliteitszorgsystemen: Specificaties voor kwaliteitszorgsystemen zijn te vinden in Richtlijn 2005/62/EG⁶.

Traceerbaarheid: Details over traceerbaarheidsvoorschriften en de melding van ernstige ongewenste bijwerkingen en voorvallen staan beschreven in Richtlijn 2005/61/EG⁷.

Gezien het technische en medische karakter van de richtlijnen is er weinig informatie beschikbaar die als leidraad kan dienen voor de 'zachte' kant van de bloedbankkunde: donormanagement, het onderhouden van een relatie met de donor. Er zijn wel afkeuringscriteria voorhanden, maar geen regels die vertellen hoe je donors kunt vinden of hoe je een donor moet behandelen.

Donors zijn van cruciaal belang voor de bloedvoorziening. Omdat er geen kunstmatige bloedproducten voorhanden zijn, is er geen alternatief voor donorbloed(producten). Tot op heden is de rol van donormanagement in Europa nooit kritisch bekeken. Er zijn slechts een paar effectieve praktijkvoorbeelden bekend. Gedurende de laatste jaren is de behoefte aan Europese samenwerking op het gebied van donormanagement dan ook toegenomen. Gezien de toenemende migratie van patiënten - en daarmee hun ziektes - binnen geheel Europa, zijn er donors met afwijkende bloedgroepen nodig.

1.1.3 DOMAINE

Het DOMAINE-project, staat voor DOnor MAnagement IN Europe. Het is opgezet om de sturing te bieden die tot op heden ontbrak. Bloedbanken uit 18 Europese landen⁸, de Thalassaemia International Federation en een vertegenwoordiger van het South-eastern Europe Health Network hebben hun krachten gebundeld in DOMAINE. Het project is gesubsidieerd door de Europese unie, in het kader van het Volksgezondheidsprogramma⁹.

Doelstelling: DOMAINE's hoofddoel is bijdragen aan het creëren van een veilige en toereikende bloedvoorziening, door het huidige donorbeleid in Europa met elkaar te vergelijken en vervolgens aanbevelingen te doen voor goed donormanagement.

DOMAINE-onderzoek: In 2008 is DOMAINE begonnen met een onderzoek naar de manier waarop Europese bloedbanken momenteel uitvoering geven aan donormanagement. De inzichten die dit onderzoek heeft opgeleverd zijn uitgebreid gebruikt om dit handboek te ontwikkelen.

Het handboek heeft eerder een adviserend dan een verplichtend karakter. De schrijvers realiseren zich dat er geen 'best practice' bestaat in donormanagement. Goede elementen in donormanagement bestaan echter wel. Net als de ingrediënten in een recept: als ze op de juiste manier en met de juiste hoeveelheden bereid zijn, resulteren ze in een smakelijk gerecht. Zo niet, dan wordt het een gerecht dat niemand zal eten.

Daarnaast is het van essentieel belang om lokale ingrediënten toe te voegen aan het recept om de lokale smaak te bereiken. Hetzelfde geldt voor het handboek. Bij het samenstellen van de elementen van 'good practice' in donormanagement moet er altijd rekening worden gehouden met lokale omstandigheden. Omdat er culturele, organisatorische en financiële verschillen bestaan, is er altijd 'lokaal aroma' nodig om het juiste effect te bereiken.

Ondanks deze verschillen delen Europese bloedbanken dezelfde basisprincipes. Het eerste en verreweg belangrijkste kenmerk van donormanagement is dat we te maken hebben met mensen, van wie we de autonomie en de individuele rechten moeten respecteren. Donors geven hun waardevolle bloed en het enige dat we ze daarvoor teruggeven is een 'goed gevoel' en de wetenschap dat ze bijdragen aan het algemeen welzijn van hun medemens.

1.1.4 DOMAINE en andere Europese projecten

Verscheidene Europese organisaties die betrokken zijn bij bloedtransfusie hebben hun krachten gebundeld in projecten die worden gesubsidieerd door de Europese Unie. Drie van deze projecten zijn gerelateerd aan DOMAINE, maar richten zich op andere delen van de bloedtransfusieketen.



1. Het EU-Q-Blood-SOP Project, dat in 2008 is afgerond, heeft een set van SOP's (Standard Operating Procedures) ontwikkeld die binnen de bloedbank kunnen worden gebruikt. Het project heeft een pan-Europese SOP-methode ontwikkeld die Europese 'best practice' beschrijft op het gebied van kwaliteit en veiligheid van bloedproducten. Hieronder de vier kernactiviteiten¹⁰ uit het project.

- SOP-handleidingen en -richtlijnen beoordelen ten tijde van het project in de 16 betrokken bloedbanken werden gebruikt om vast te stellen (A) welke internationale en nationale SOP-handleidingen van kracht waren en (B) welke inspectiemethoden werden gebruikt
- Een handboek ontwikkelen om bloedbanken te helpen bij het ontwikkelen en implementeren van hun eigen SOP's
- Deze nieuwe SOP-methode testen binnen de partnerorganisaties
- Dit handboek uitbrengen in vijf talen en onder de deelnemende bloedbanken verspreiden



2. Het European Blood Inspection Project (EuBIS, 2008-2010) ontwikkelt en implementeert algemeen erkende criteria en maatstaven om te zorgen voor eenduidige bloedbankinspecties binnen de Europese lidstaten. Om dit te bereiken wordt een handboek ontwikkeld waarin de volgende onderwerpen worden omschreven¹¹.

- Algemene criteria en maatstaven voor de inspectie van bloedbanken
- Eisen voor het implementeren of uitbreiden van de kwaliteitsmanagementsystemen die geïnspecteerd moeten worden

- Het ontwikkelen van inspectiechecklists, die Richtlijn 2002/98/EG, inclusief de technische annexen, nauwgezet volgen
- Evaluatiecriteria voor inspecties en een benchmarksysteem voor afwijkingen en verbeteringen



3. Het EU Optimal Blood Use Project (EUOBUP, 2007-2010) heeft als doel het ontwikkelen van een pan-Europese maatstaf voor optimaal bloedgebruik. Het delen van 'best practice' op het gebied van training in optimaal bloedgebruik staat voorop. Dit gebeurt door middel van het ontwikkelen en delen van een 'toolkit' die gezamenlijk kan worden gebruikt door medewerkers van bloedbanken, klinisch chemische laboratoria en therapeutische afdelingen in de ziekenhuizen, voor het welzijn van de patiënt. Daarnaast richt het project een benchmarknetwerk op voor bloedgebruik in Europese ziekenhuizen. Ook zal het project 'good practice' proberen vast te stellen en wordt er een start gemaakt met de ontwikkeling van een Europees kwaliteitssysteem voor therapeutisch gebruik van bloedcomponenten, door middel van de volgende stappen¹².

- Het in kaart brengen van de huidige situatie in deelnemende landen om verschillen in bloedgebruik, ongewenste bijwerkingen, therapeutische toepassingen en opleiding binnen Europa vast te stellen
- Het ontwikkelen van een 'toolkit' in de vorm van een handboek dat de invoering van 'best practice' in Europa mogelijk maakt: medewerkers in de gezondheidszorg beter bewust maken van en trainen in het gebruik van bloedproducten
- Het ontwikkelen van een projectwebsite om informatie over 'best practice' uit te wisselen om en wetenschappelijk onderbouwd bewijs voor optimaal bloedtransfusiebeleid te verschaffen



STRUCTUUR VAN DIT HANDBOEK

1.2.1 Het belang van een handboek voor donormanagement

Het donormanagementproces omvat een groot aantal factoren waar bloedbanken rekening mee moeten houden om het juiste aantal en het juiste type bloedproducten te kunnen leveren die nodig zijn voor bloedtransfusie. Het gaat hierbij om de volgende aspecten.

- Ontwikkelen en toepassen van strategieën voor donorwerving
- Organisatie van afnamesessies
- Ontwikkelen en toepassen van strategieën voor donorbehoud
- Beheer van donorgegevens
- Donorcounselling en (na)zorg voor de donor

Het kan interessant zijn om alleen maar deze activiteiten op te sommen en te beschrijven, maar dat heeft niet zoveel praktisch nut. Het is van groot belang om ook personeel, materieel, huisvesting, kwaliteitssystemen en financiën te behandelen. Dit Handboek Donormanagement biedt hier de mogelijkheid toe.

Het DOMAINE-project heeft onder bloedbanken in heel Europa onderzoek gedaan naar donormanagement, om de sterke en zwakke punten van de verschillende systemen in kaart te brengen (zie Hoofdstuk 2). Europese werkwijzen op het gebied van donormanagement verschillen sterk van elkaar, om historische, culturele, politieke en andere redenen. Het is daarom ook niet mogelijk om 'best practices' vast te stellen die universeel kunnen worden toegepast. Dit handboek bevat echter wel informatie over methoden die hun nut hebben bewezen.

De schrijvers spreken de hoop en de verwachting uit dat de informatie in dit handboek helpt bij het organiseren en verbeteren van belangrijke activiteiten op het gebied van donormanagement, en wel als volg.

- Organisaties **stimuleren** hun processen en procedures kritisch te evalueren
- Informatie en adviezen van Europese donormanagementunits **uitwisselen**
- Units **ondersteunen** bij het uitbouwen en verbeteren van hun bestaande structuur
- **Kennis en ervaring verspreiden** die met innovatieve methoden in Europa is opgedaan
- **Suggesties doen** om de prestaties van organisaties te verbeteren
- **Anticiperen** op toekomstige uitdagingen die in specifieke culturele contexten kunnen ontstaan

1.2.2 DOMAINE trainingsprogramma

Als aanvulling op dit handboek ontwikkelt DOMAINE-project een trainingsprogramma om de kennis te verspreiden onder bloedbanken in heel Europa. Omdat locale omstandigheden van land tot land en van regio tot regio verschillen, biedt dit trainingprogramma de mogelijkheid om donormanagement aan te passen aan de locale situatie. Het trainingsprogramma komt in de loop van 2011 beschikbaar.

1.2.3 Structuur van het handboek

Dit Handboek Donormanagement bevat drie delen: algemene aspecten, donormanagement in de praktijk en aanvullende onderwerpen. Elk deel is onderverdeeld in hoofdstukken die uiteenlopende aspecten van donormanagement beschrijven.

Deel 1. Algemene aspecten

2. **Onderzoekresultaten.** Een samenvatting van de belangrijkste uitkomsten van het DOMAINE-onderzoek uit 2008 naar de manier waarop momenteel binnen Europa uitvoering wordt gegeven aan donormanagement.
3. **Opbouw en infrastructuur** van bloedbanken, waaronder organisatiestructuur, financiële aspecten en prestatie-indicatoren.
4. **Donorbestand.** Datamanagement speelt een steeds belangrijkere rol in het gehele donormanagementproces. Een overzichtelijke database en goed gebruik van de gegevens zijn van groot belang.

Deel 2. Donormanagement in de praktijk

5. **Donorwerving**, waaronder strategieën en praktische aspecten. In dit hoofdstuk staat een marketingsysteem centraal dat zowel op donorwerving als op donorbehoud kan worden toegepast, analoog aan de marketingbenadering binnen de algemene economie.
6. **Donorbehoud.** Dit hoofdstuk behandelt de belangrijkste aspecten van donorbehoud aan de hand van dezelfde marketingprincipes als in Hoofdstuk 5.
7. **Inzameling**, waarin o.a. de organisatie van afnamesessies, het oproepen, de donorkeuring en het afkeuren van donors aan de orde komen.
8. **Ongewenste bijwerkingen en voorvallen** die zich kunnen voordoen in het proces van donormanagement. Dit hoofdstuk geeft adviezen voor het opzetten van donorcounselling.
9. **Veelvuldig getransfundeerde patiënten.** Een opkomend fenomeen in de bloedtransfusiewereld: de vraag naar bloed voor patiënten die gedurende een langere periode veelvuldig bloedtransfusies hebben.
10. **Bijzondere situaties** - donormanagement in rampsituaties en omgaan met de media.

Deel 3. Ondersteunende aspecten

11. **Human Resources Management**, waarin kwalificatie-eisen en opleidingsaspecten aan de orde komen.
12. **Informatietechnologie.** Basisaspecten van datamanagement op het gebied van donor- en donatiegegevens en technische aspecten op het gebied van hardware en software staan in dit hoofdstuk centraal.
13. **Ethische overwegingen** bij donormanagement. In dit hoofdstuk komen ethische overwegingen van zowel algemene als specifieke aard aan bod, waaronder ethisch-juridische kwesties.

Appendices: Europese richtlijnen en nuttige websites.

Referenties

- 1 De WHO-norm, die aangeeft hoe hoog de bloedvoorraad moet zijn om te kunnen voldoen aan de basisbehoefte van ziekenhuizen, ligt op 100 erythrocyteneenheden per 1000 inwoners. Bron: World Health Organisation (2009) *Global blood safety and availability. Facts and figures from the 2007 Blood Safety Survey*. Verkregen op 17 maart 2010 via <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs279/en/index.html>
- 2 Van der Poel CL, Janssen MP & Borkent-Raven B (2007). *Report on the collection, testing and use of blood and blood components in Europe in 2004*. Council of Europe, European Committee (Partial Agreement) on Blood Transfusion.
- 3 Kort de W, Wagenmans E, Dongen van A, Slotboom Y, Hofstede G & Veldhuizen I (2010). Blood collection and supply: just a matter of money? *Vox Sanguinis*, 98(3), e201-e208. doi: 10.1111/j.1423-0410.2009.01297.x
- 4 Richtlijn 2002/98/EG van het Europees Parlement en de Raad van 27 januari 2003 tot vaststelling van kwaliteits- en veiligheidsnormen voor het inzamelen, testen, bewerken, opslaan en distribueren van bloed en bloedbestanddelen van menselijke oorsprong en tot wijziging van Richtlijn 2001/83/EG van de Raad. Publicatieblad van de Europese Unie, L33, 08/02/2003, p.30
- 5 Richtlijn 2004/33/EG van de Commissie van 22 maart 2004 tot uitvoering van Richtlijn 2002/98/EG van het Europees Parlement en de Raad met betrekking tot bepaalde technische voorschriften voor bloed en bloedbestanddelen. Publicatieblad van de Europese Unie, L91, 30/03/2004, p.25
- 6 Richtlijn 2005/62/EG van de Commissie van 30 september 2005 ter uitvoering van Richtlijn 2002/98/EG van het Europees Parlement en de Raad wat betreft communautaire normen en specificaties inzake een kwaliteitszorgsysteem voor bloedinstellingen. Publicatieblad van de Europese Unie, L256, 1/10/2005, p.41
- 7 Richtlijn 2005/61/EG van de Commissie van 30 september 2005 ter uitvoering van Richtlijn 2002/98/EG van het Europees Parlement en de Raad wat betreft de traceerbaarheidsvoorschriften en de melding van ernstige ongewenste bijwerkingen en voorvallen. Publicatieblad van de Europese Unie, L256, 1/10/2005, p.32
- 8 België, Cyprus, Duitsland, Engeland, Estland, Finland, Frankrijk, Hongarije, Ierland, Malta, Nederland, Noord-Ierland, Oostenrijk, Portugal, Schotland, Slovenië, Wales en Zwitserland
- 9 Public Health Work Programme 2007, action 2.1.2.4 Safety of blood, tissues and cells, organs, which promotes the quality, safety and availability of substances of human origins (blood) used for therapeutic purposes associated with their collection, processing, distribution and use
- 10 Verkregen op 17 maart 2010 via <http://www.eu-q-blood-sop.de/pages/objectives.php>
- 11 Verkregen op 17 maart 2010 via <http://www.eubis-europe.eu/objectives.php>
- 12 Verkregen op 17 maart 2010 via <http://www.betterblood.org.uk/EUOptimalBloodUseProject/ReasonfortheProject/ObjectivesoftheProject/tabid/110/Default.aspx>

DOMAINE- ONDERZOEK NAAR DONOR- MANAGEMENT IN EUROPA

DOMAINE- ONDERZOEK NAAR DONORMANAGEMENT IN EUROPA

2.1.1 Inleiding

Het DOMAINE-project heeft een onderzoek uitgevoerd naar donormanagement binnen Europa. Europese bloedbanken werden benaderd met de vraag om informatie te verschaffen over hun beleid op het gebied van donormanagement. De verzamelde gegevens beschrijven de situatie in 2007. Veel van de resultaten zijn verweven in de hoofdstukken van dit handboek. Dit hoofdstuk beschrijft de methodologie van het onderzoek en bevat een overzicht van de belangrijkste resultaten.

2.1.2 Inhoud van de vragenlijst

Het DOMAINE-project heeft een vragenlijst ontwikkeld om informatie te verzamelen over uiteenlopende onderwerpen op het gebied van donormanagement. In de eerste opzet stonden onderwerpen zoals strategieën voor donorwerving en donorbehoud, afkeuringsprocedures en bloedbankbeleid voor patiënten die langdurig transfusies nodig hebben. Daarnaast waren er vragen over donorkenmerken en de samenstelling van de donorbestand wat betreft leeftijdsopbouw en aantal donaties.

Vervolgens heeft het onderzoeksteam verschillende stakeholders benaderd om de uiteindelijke vragenlijst vanuit een zo breed mogelijke invalshoek te kunnen opstellen.

- **Bloedbanken:** Er zijn persoonlijke interviews gehouden met professionals van verschillende Europese bloedbanken, om algemene informatie en ideeën te verzamelen over specifieke onderdelen van donormanagement
- **Bloeddonors:** Om het oogpunt van de bloeddonor mee te nemen, is tevens een vertegenwoordiger van de International Federation of Blood Donor Organizations (IFBDO) geïnterviewd. De onderwerpen zijn ook besproken met de Regionale Donorraad Zuidoost
- **Ontvangers van bloed:** De vragenlijst bevat een aantal onderwerpen die zowel de bloedbank als de ontvangers van bloed aangaan. Om het patiëntenperspectief mee te nemen, zijn er face-to-face-interviews gehouden met de vertegenwoordigers van de Thalassaemia International Federation.

Met de informatie die met deze interviews werd verzameld, is een lijst opgesteld met verschillen en overeenkomsten in donormanagement. Deze lijst is vervolgens gebruikt om de uiteindelijke DOMAINE-vragenlijst te maken. In Tabel 1 staan de onderwerpen die in de definitieve vragenlijst aan bod komen.

Tabel 1. Lijst van onderwerpen in de DOMAINE-vragenlijst

Organisatie	Aspecten die te maken hebben met de organisatie van bloedbanken (waaronder de band met het Rode Kruis, de aanwezigheid van donorverenigingen, personeel, kwaliteitscontrole en certificering)
Donorbestand	Beschrijving van het donorbestand: aantal en soort donors, en aantal en soort donaties
Processen	Aspecten die te maken hebben met het donatieproces (waaronder het aantal afnamelocaties, openingstijden van afnamesesies, percentage vol bloed dat op werkdagen en in het weekend wordt ingezameld, betaalde of onbetaalde donatie, donatiecriteria, medische keuring en oproepmethoden)
Donorwerving	Aspecten die te maken hebben met donorwerving (waaronder wervingscriteria, factoren die werving bemoeilijken, wervingsmethoden en -activiteiten, inhoud van wervingsboodschappen, informatiemateriaal)
Donorbehoud	Verskillende elementen van donorbehoud (waaronder methoden voor donorbehoud, behoudsstrategieën voor specifieke donorgroepen, erkenningen, wachttijden, donorklachtenprocedures, meest voorkomende klachten en donortevredenheid)
Afkeuring van donors	Afkeuringsaspecten (waaronder afkeuringscriteria en afkeuringsbeleid, tijdelijke en definitieve afkeuringen, donorcounseling, beschikbare informatie voor donors over afkeuring)
Patiënten	Aspecten die te maken hebben met donormanagement voor patiënten met speciale transfusiebehoeften (waaronder strategieën voor dit type donormanagement, de betrokken patiëntengroepen, donorpanels, informatie voor donors over de vraag naar bijzondere bloedproducten, speciale wervingsstrategieën)

2.1.3 Logistiek en tijdsplan van het DOMAINE-onderzoek

In oktober 2008 is de definitieve versie van de DOMAINE-vragenlijst verstuurd naar 48 bloedbanken in de 34 Europese landen die vertegenwoordigd zijn in de 'European Committee on Blood Transfusion' (CD-P-TS, Raad van Europa). Voor DOMAINE is Groot-Brittannië verdeeld in Schotland, Noord-Ierland, Wales en Engeland, waardoor er in totaal 37 landen zijn aangeschreven. Niet alle aangeschreven landen zijn EU-lidstaten.

In landen die in het DOMAINE-project vertegenwoordigd zijn, is de vragenlijst ingevuld door het desbetreffende DOMAINE-lid en, indien van toepassing, ook door andere bloedbanken die een belangrijk deel van de bloedvoorziening in dat land verzorgen. Voor landen die niet in DOMAINE vertegenwoordigd zijn, is de vragenlijst naar de vertegenwoordiger van de 'European Committee on Blood Transfusion' gestuurd, met het verzoek om deze zelf in te vullen en, indien er andere bloedbanken in hun land zijn die een belangrijk deel van de bloedvoorziening verzorgen, de vragenlijst aan deze bloedbanken door te sturen.

Respons

Van de 48 uitgestuurde vragenlijsten zijn er 42 ingevuld en teruggestuurd, een responspercentage van 87,5% (42/48). Er zijn ingevulde vragenlijsten ontvangen uit 35 van de 37 aangeschreven landen, wat neerkomt op een respons van 94,6% (35/37).

Na herhaalde revisie en een groepsdiscussie met alle DOMAINE-leden heeft het DOMAINE-team het onderzoeksrapport in juni 2009 afgerond.

PARAGRAAF 2.2 ONDERZOEKS RESULTATEN

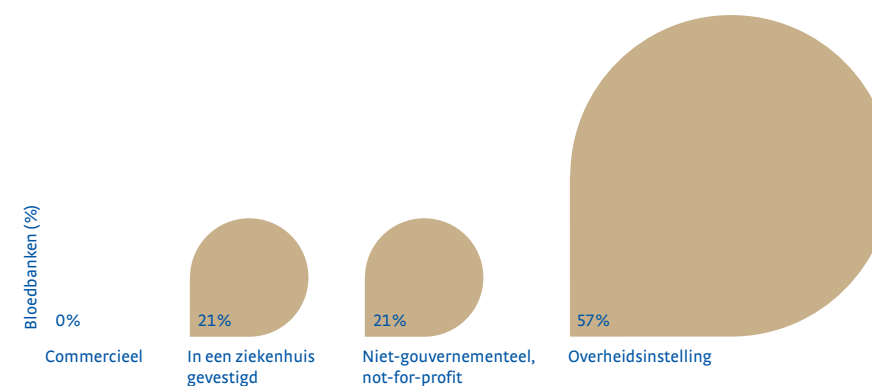
2.2.1 Inleiding

Het rapport van het DOMAINE-onderzoek bevat alle onderzoeksdata en een beschrijvende analyse van deze data. De structuur van het rapport volgt de lijst van onderwerpen die zijn opgenomen in Tabel 1 van de vorige paragraaf. In deze paragraaf komen de belangrijkste onderzoeksresultaten aan bod. Om de anonimiteit van de respondenten te waarborgen, zijn de namen van de landen en de bloedbanken weggelaten. Een aantal van de resultaten van dit hoofdstuk komt in andere delen van dit handboek terug, aangevuld met meer gedetailleerde informatie.

2.2.2 Organisatie

De organisaties die de vragenlijst hebben teruggestuurd zijn allemaal niet-commerciële organisaties. Opmerkelijk genoeg geeft twintig procent van de respondenten aan dat er in hun land commerciële bloedbanken aanwezig zijn. Meer dan de helft van de respondenten is een overheidsorganisatie. Andere respondenten zijn ofwel een organisatieonderdeel van een ziekenhuis ofwel een niet-gouvernementele, not-for-profit-organisatie (zie Afbeelding 1). Verder blijkt dat meer dan 80% van de organisaties onafhankelijk is. De andere organisaties maken onderdeel uit van een grotere organisatie zoals het Rode Kruis of een ziekenhuis. Daarnaast is bijna 60% van de organisaties gelieerd aan het Rode Kruis. Deze organisaties zijn ofwel zelf Rode Kruis-organisaties of ze werken samen met het Rode Kruis. In het laatste geval zijn Rode Kruis-afdelingen vaak verantwoordelijk voor donorwerving en activiteiten op het gebied van donorbehoud, of stelt het Rode Kruis vrijwilligers beschikbaar voor donorwerving en afnameactiviteiten. Hoofdstuk 3 gaat dieper in op organisatieaspecten.

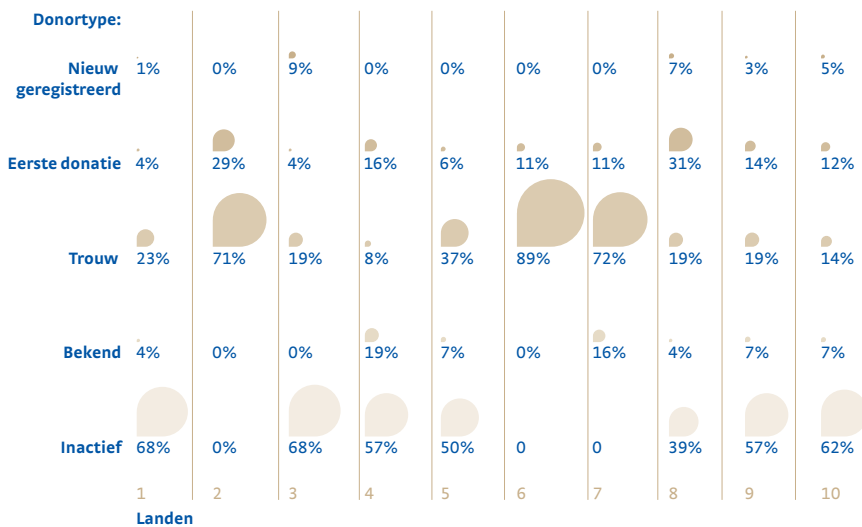
In meer dan de helft van de landen zijn donorverenigingen aanwezig, op lokaal niveau (17%), op nationaal niveau (17%) of zowel op lokaal als nationaal niveau (26%). In de meeste gevallen helpen ze bij het promoten van afnamesessies en zijn ze betrokken bij activiteiten op het gebied van donorwerving en donorbehoud.



Afbeelding 1. Organisatietype (data van 42 bloedbanken)

2.2.3 Donorpopulatie

Omdat het voor veel bloedbanken moeilijk was om betrouwbare gegevens over de donorpopulatie uit de informatiesystemen te verkrijgen, kon slechts 50% van de respondenten gegevens over de samenstelling van de donorpopulatie aanleveren. Bij de bloedbanken die data hebben aangeleverd, ligt de gemiddelde leeftijd van mannelijke donors op 38,3 jaar en van vrouwelijke donors op 37,4 jaar. Het gemiddelde aantal donaties per donor lag in 2007 op 1,6 wanneer eerste-donatie-donors worden meegerekend. Zonder hen ligt dit aantal op 1,9. De donorpopulaties van de respondenten laten grote verschillen zien in de samenstelling qua donortype. Afbeelding 2 geeft een geanonimiseerd voorbeeld van. Daarnaast blijkt uit de onderzoeksresultaten dat veel bloedbanken het merendeel van hun donaties verkrijgen van donors die in hun totale donorcarrière een klein aantal donaties hebben gedaan: één tot vijf donaties. Slechts een paar bloedbanken heeft een hoog percentage veelgevers. Een uitgebreidere beschrijving van het donorbestand volgt in Hoofdstuk 4.



Afbeelding 2. Voorbeeld van de verdeling van donortypen in donorpopulaties

2.2.4 Processen

Oproepmethoden: Oproepen via brief of telefoon worden het meest gebruikt als persoonlijke oproepmethode voor een donatie. Email en SMS-berichten worden minder vaak gebruikt. Aankondigingen via de (locale) media zijn een algemenere manier om donors uit te nodigen voor donatie; meer dan 75% van de bloedbanken maakt hier gebruik van. In meer dan 80% van de gevallen kunnen donors binnenlopen om te doneren zonder dat ze een oproep of uitnodiging hebben ontvangen. Oproepmethoden komen in Hoofdstuk 5 nader aan de orde.

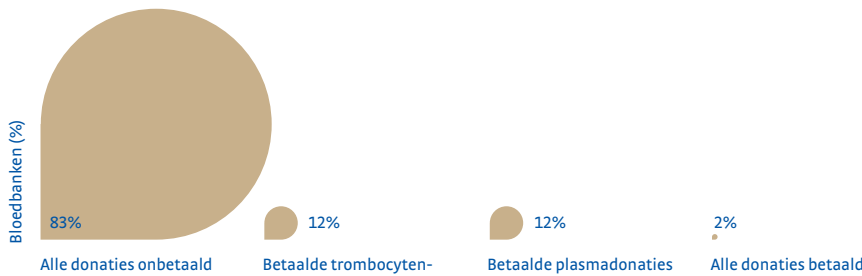
Afnamelocaties: Bloedbanken zamelen bloed in op drie soorten afnamelocaties: vaste locaties, mobiele opbouwlocaties en mobiele afnamelocaties (zie ook de verklarende woordenlijst). Gemiddeld is 1,5% van alle afnamelocaties een vaste locatie,

85% een mobiele opbouwlocatie en 13,5% een mobiele afnamelocatie. Bij alle bloedbanken vinden afnamesessies plaats op weekdays. Slechts 55% van de bloedbanken heeft sessies die in het weekend plaatsvinden. Verdere details over afnamelocaties worden behandeld in Hoofdstuk 7.

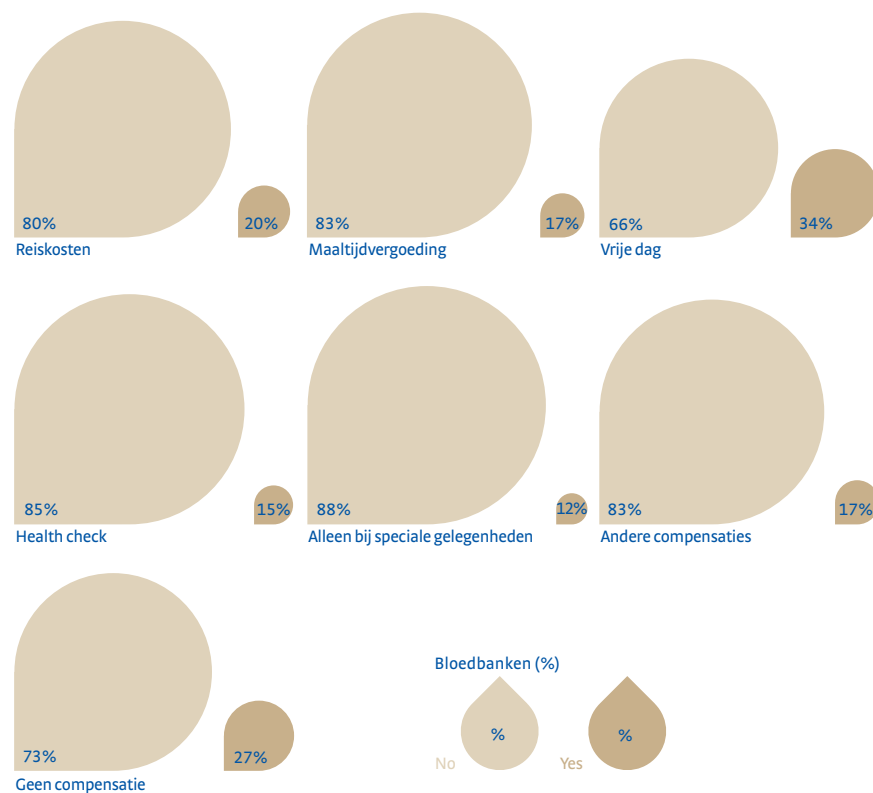
Medische keuring: Bij 45% van de bloedbanken wijkt de medische keuring voor eerste-donatie-donors af van de keuring van trouwe donors. De meerderheid van deze bloedbanken gebruikt een uitgebreidere en meer gedetailleerde vragenlijst (zie Paragraaf 7.5).

Erytrocytenvoorraad: De erytrocytenvoorraad is bij 44% van de bloedbanken 365 dagen per jaar op peil. De overige 56% merkt dat ze niet in staat zijn om 365 dagen per jaar voldoende voorraad te hebben. Het aantal dagen met onvoldoende voorraad loopt uiteen van 5 tot 130.

Vergoeding en compensatie: Afbeelding 3 laat zien hoeveel procent van de Europese bloedbanken de donor een vergoeding geeft voor zijn donatie. Op afbeelding 4 is het soort compensatie te zien (dit is wat anders dan vergoeding) dat donors ontvangen voor hun tijd of gemaakte kosten. Vergoeding en compensatie komen ook aan bod in Hoofdstuk 13.



Afbeelding 3. Vergoeding aan de donor voor donatie (data van 41 bloedbanken)



Afbeelding 4. Compensatie aan de donor voor tijd of gemaakte kosten (data van 41 bloedbanken)

2.2.5 Donorwerving

Uit het onderzoek komt naar voren dat de meest effectieve methoden voor donorwerving niet vanzelfsprekend de meest gebruikte methoden zijn. Donorwervingsmethoden voor donorwerving die als meest effectief worden gezien zijn reclamespots op nationale radio en TV, donor-werft-donor-campagnes, reclamespots op lokale radio en TV, advertenties in kranten en werving in grote bedrijven. De meest gebruikte methoden zijn echter websites, folders, werving in grote bedrijven, reclamespots op lokale radio en TV en bewustwordingsprogramma's op scholen. Daarnaast blijkt dat meer dan de helft van de bloedbanken wervingsactiviteiten heeft die gericht zijn op speciale groepen, zoals jonge donors, etnische minderheden en mensen met een speciale bloedgroep.

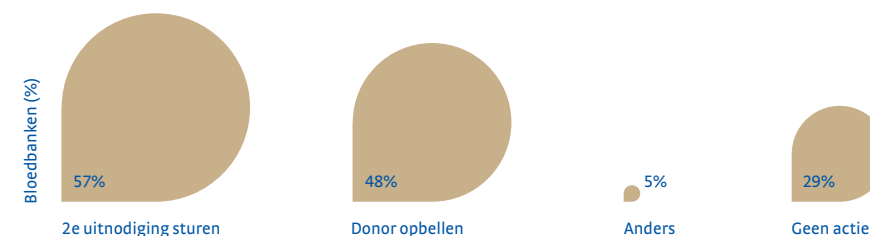
Hoofdstuk 5 gaat dieper in op de verschillende aspecten van donorwerving.

2.2.6 Donorbehoud

Cijfers over donorbehoud lopen sterk uiteen binnen Europa. Om hun donors te behouden, geven bloedbanken geven de donor een blijk van waardering, variërend van dankbrieven en ceremonies tot medailles, medische check-ups en kleine attenties.

De methoden die als meest effectief worden gezien zijn telefonisch contact en direct, persoonlijk contact met de donor.

Een hoog opkomstpercentage tijdens afnamesessies wordt gezien als een belangrijke factor om de bloedvoorziening op peil te houden. Als donors die een oproep hebben ontvangen niet op de afnamesessie verschijnen, onderneemt bijna 70% van de bloedbanken actie, meestal door een tweede oproep te sturen of door de donors na te bellen (zie Afbeelding 5).



Afbeelding 5. Acties als donor niet komt opdagen (data van 41 bloedbanken)

Donorbehoud toont een sterk verband met donortevredenheid. Donortevredenheid wordt door 76% van de bloedbanken gemonitord. De meest voorkomende donorklacht in Europese bloedbanken gaat over te lange wachttijden. Andere veelvoorkomende klachten gaan over logistieke problemen in afnamecentra, zoals openingstijden, parkeermogelijkheden en de locatie.

Hoofdstuk 6 gaat dieper in op donorbehoud.

2.2.7 Afkeuring van donors

Het totale afkeuringspercentage (het percentage tijdelijk of definitief afgekeurde donors van alle opgekomen donors) in Europese bloedbanken varieert van 6% tot 28%. De meeste bloedbanken geven hun donors informatie over de uitstelperiode, ofwel over de datum waarop ze weer mogen doneren. Daarnaast hebben de meeste bloedbanken (93%) specifieke processen voor het managen van het afkeuringsproces. Meestal is het afkeuringsproces vastgelegd in SOPs (86%) en/of rekenschema's, beslissingsbomen of stroomschema's.

De meeste bloedbanken hebben speciale programma's om te zorgen dat afgekeurde donors na hun uitstelperiode weer komen doneren. Twee methoden worden daarbij het vaakst gebruikt: de donor op het moment van afkeuren meteen vragen om terug te komen voor een volgende donatie (45%) en een automatische vervolgoproep, per post (45%), telefoon (19%) of e-mail (12%). Ongeveer een kwart van de bloedbanken heeft specifieke programma's voor donors die worden afgekeurd vanwege een te laag hemoglobinegehalte.

In Paragraaf 7.6 komt het afkeuren van donors uitgebreider aan de orde.

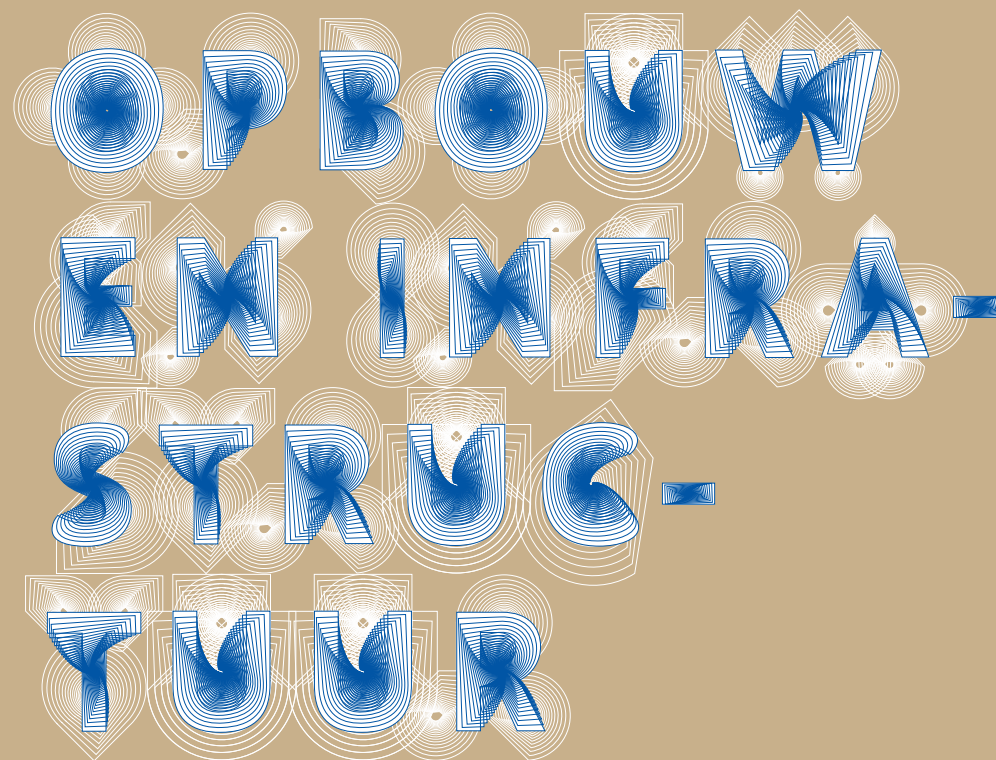
2.2.8 Donormanagement voor patiënten met speciale transfusiebehoeften

Meer dan de helft van de bloedbanken heeft beleid dat speciaal gericht is op donormanagement voor patiënten met speciale transfusiebehoeften, variërend van het registreren van donors met speciale bloedtyperingen tot speciale donorpanels. Ongeveer 30% heeft speciale wervingsprocedures voor donors t.b.v. verschillende patiëntengroepen, zoals patiënten met thalassemie, leukemie of myelodysplasie, neonaten en patiënten die een stamceltransplantatie ondergaan.

Hoofdstuk 9 is gewijd aan de speciale situatie van patiënten met afwijkende transfusiebehoeften.

Opmerking

In dit hoofdstuk en in de komende hoofdstukken komen diverse onderdelen van het DOMAINE onderzoeksrapport uit 2009 aan de orde. Omdat de gegevens vertrouwelijk van aard zijn, is het rapport niet in zijn geheel gepubliceerd.



ORGANISATIE- STRUCTUREN

3.1.1 Organisatiestructuren in Europa

Hoewel het inzamelen en bewerken van bloedproducten onderworpen is aan veel wet- en regelgeving, is er geen wet of richtlijn die voorschrijft hoe de organisatie van een bloedbank eruit moet zien. In sommige landen bestaan er wetten die bepalen wie of welke bloedbank bloedproducten mag inzamelen en bewerken. Het is daarom niet verwonderlijk dat er vandaag de dag grote verschillen bestaan in de manier waarop Europese bloedbanken georganiseerd zijn. Het DOMAINE-onderzoek naar donormanagement in Europa (zie Hoofdstuk 2) laat zien dat er 12 Europese landen zijn waar slechts één type bloedbank aanwezig is. In drie van deze landen zijn er alleen ziekenhuisbloedbanken; de andere negen landen hebben elk één nationale organisatie met een van de volgende organisatievormen.

- Een overheidsinstelling (in vijf landen)
- Een nationale Rode Kruis-bloedbank (in drie landen)
- Een nationale, zelfstandige bloedbank (in een land)

In de overige 25 landen komen bovenstaande organisatievormen in verschillende combinaties voor. De extreme diversiteit is waarschijnlijk nog groter wanneer er gekeken wordt naar de organisatiestructuur op geografisch niveau: nationaal, regionaal of lokaal. Uit de onderzoeksresultaten blijkt bovendien dat een aantal onderdelen van het donormanagementproces, zoals donorwerving, bloedinzameling en bewerking, in een klein aantal landen door afzonderlijke organisaties wordt verricht. Ook krijgen organisaties vaak hulp van vrijwilligers, zowel van individuele vrijwilligers als via vrijwilligersorganisaties zoals het Rode Kruis. Deze hulp is van onschatbare waarde.

Dit handboek geeft geen algemeen advies over hoe een bloedbank georganiseerd dient te worden. Er is eenvoudigweg geen 'best practice' voorhanden. De manier waarop de gezondheidszorg is georganiseerd, en zelfs politieke verhoudingen kunnen invloed hebben op de manier waarop de bloedvoorziening in een bepaalde omgeving het best georganiseerd kan worden. De rest van dit hoofdstuk gaat over de bestuurlijke aspecten van bloedbanken. Om een bloedbank goed te laten functioneren, is het van belang om rekening te houden met de lokale omstandigheden.

PROCESSTAPPEN BINNEN DONORMANAGEMENT

3.2.1 Inleiding

Donormanagement is een ketenproces, met als doel het inzamelen van bloedproducten. Elke stap in deze keten bestaat uit een serie handelingen die moeten worden uitgevoerd om uiteindelijk het juiste aantal geschikte bloedproducten te verkrijgen. Aangezien deze handleiding over donormanagement gaat, beginnen we deze paragraaf bij het werven van donors en eindigen bij het punt waar donormanagement stopt: wanneer de bloedbank bloedproducten (vol bloed, afereseproducten/bloedbestanddelen, testbuizen) van donors heeft ingezameld en deze aan de bewerkingsafdeling (van de bloedbank) heeft overgedragen. Deze paragraaf besteedt ook aandacht aan de nazorg aan donors, maar bevat geen informatie over processen die buiten de afdeling bloedinzameling plaatsvinden, zoals het testen op bloedoverdraagbare ziekten en het bewerken van bloedbestanddelen.

Deze paragraaf beschrijft de afzonderlijke stappen binnen donormanagement en dient als basis voor de volgende twee paragrafen; Paragraaf 3.3 bevat een kort overzicht van de kostenposten voor elke donormanagementstap en Paragraaf 3.4 gaat dieper in op de kostenplaatsen van de processen: welke kostenposten kunnen we onderscheiden bij elke donormanagementstap en welke consequenties heeft deze manier van boekhouden voor de begroting van een bloedbank? Paragraaf 3.5 gaat in op de praktische consequenties van concurrentie binnen donormanagement.

3.2.2 Donormanagement in vijf stappen

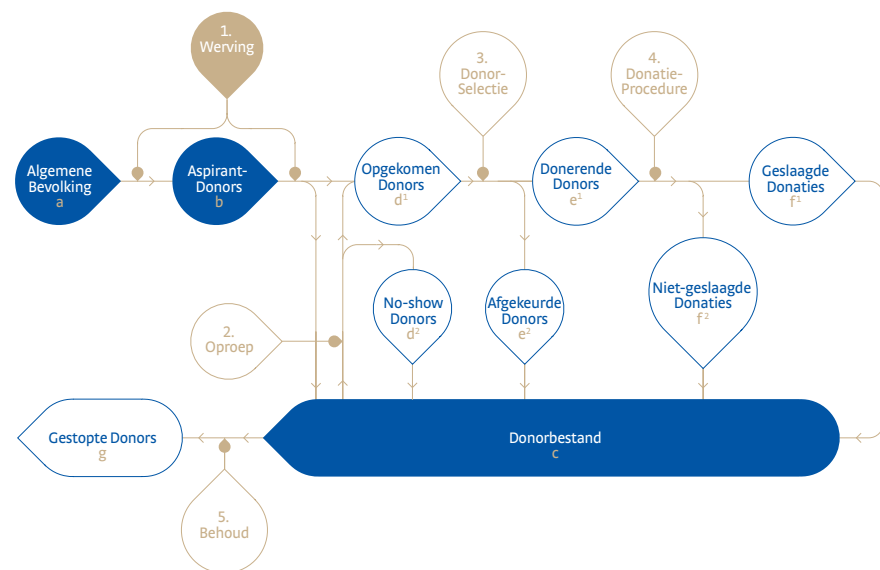
Er zijn vijf stappen te onderscheiden in de donormanagementketen. Elke stap bestaat uit een afzonderlijke set van handelingen voor de bloedbank. De afbeeldingen in deze paragraaf laten zien welk effect elke stap op het donorbestand heeft. Het donorbestand bestaat uit de pool van alle geregistreerde donors waarvan de bloedbank afhankelijk is voor de bloedvoorziening. In deze paragraaf komen verschillende begrippen op het gebied van donormanagement en donortypen voor. In Hoofdstuk 4 komen de definities van deze begrippen uitgebreider aan bod. In deze paragraaf staan de volgende processtappen centraal.

- Werving
- Oproepen
- Donorselectie
- Donatieprocedure
- Donorbehoud

3.2.3 Stap 1 Werving

Werving omvat de serie handelingen die nodig is om mensen te helpen bloeddonor te worden. Niet iedereen in de algemene bevolking (a in Afbeelding 1) is bereid donor te worden. Normaal gesproken is een deel van de bevolking bereid om donor te worden; deze subgroep wordt aspirant-donor genoemd (b in Afbeelding 1). Meestal is het aantal aspirant-donors onder de algemene bevolking niet bekend. De wervingsstap bestaat uit twee delen. Het ene deel is erop gericht de bewustwording over het bloed-donorschap bij de aspirant-donors te vergroten d.m.v. algemene, niet-individuele handelingen. Het andere deel kenmerkt zich door zowel individuele als niet-individuele handelingen die aspirant-donors ertoe moeten bewegen om daadwerkelijk donor te worden. Hoofdstuk 5 gaat dieper in op het wervingsproces.

Een belangrijk aspect van donormanagement is de registratie van donors in een donordatabestand. Meestal is het registreren van donors een 'backoffice-activiteit'. Bij sommige bloedbanken worden donors die net zijn geworven eerst geregistreerd en daarna pas uitgenodigd voor hun eerste donatie. In veel landen vindt echter zowel de registratie als de eerste donatie plaats bij het eerste bezoek aan de bloedbank. Het is ook mogelijk dat aspirant-donors zelf contact opnemen met een bloedbank in de buurt en op dat moment direct geregistreerd worden. Welk van deze drie methoden ook wordt gehanteerd, het donordatabestand verandert (groeit) als er donors aan de groep geregistreerde donors (c in Afbeelding 1) worden toegevoegd. Zoals in Hoofdstuk 4 zal worden toegelicht, bestaat het donorbestand uit verschillende soorten donors, zoals nieuw geregistreerde donors, eerste-donatie-donors, trouwe donors, bekende donors en inactieve donors. Met gestopte donors worden mensen bedoeld die onderdeel van het donorbestand hebben uitgemaakt, maar eruit verwijderd zijn, bijvoorbeeld omdat ze niet langer voldoen aan de eisen om bloed te mogen geven. Registratie is een doorlopend proces, dat van essentieel belang is om een nauwkeurig en up-to-date overzicht te hebben van de samenstelling van het donorbestand.

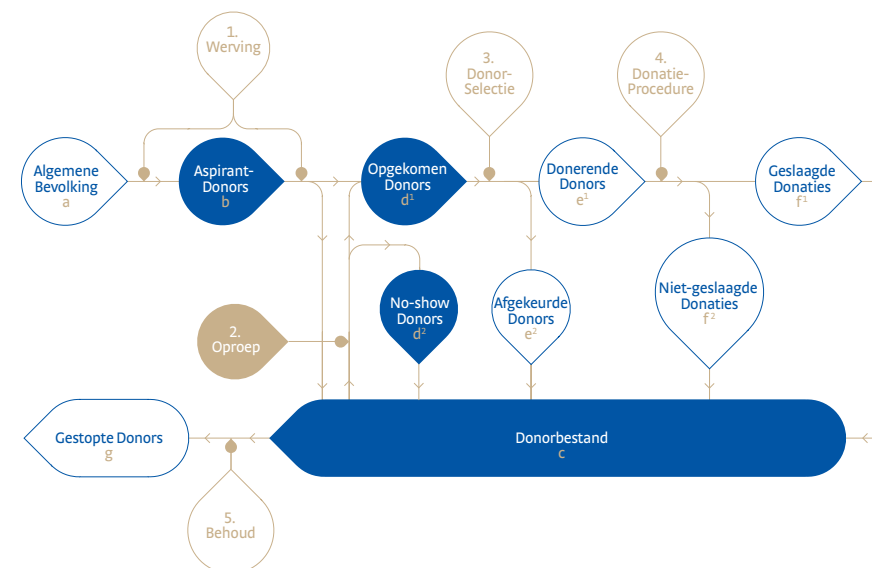


Afbeelding 1. De eerste stap van donormanagement, Werving, in relatie tot de subpopulaties waarop het invloed uitoefent.

3.2.4 Stap 2 Oproepen

Oproepen aan donors kunnen individueel of algemeen van aard zijn. Het aantal donors dat een persoonlijke oproep krijgt, is een bekend gegeven, in tegenstelling tot het aantal donors dat op een algemenere manier wordt opgeroepen, bijvoorbeeld d.m.v. een advertentie of via de lokale radio. In deze handleiding bedoelen we met opgeroepen donors zowel de persoonlijk opgeroepen als de algemeen opgeroepen donors. Daarnaast zijn donors die geen oproep hebben ontvangen en spontaan het afnamecentrum bezoeken (waaronder ook aspirant-donors) bijna overal een bekend verschijnsel, zie Stap 1, Werving.

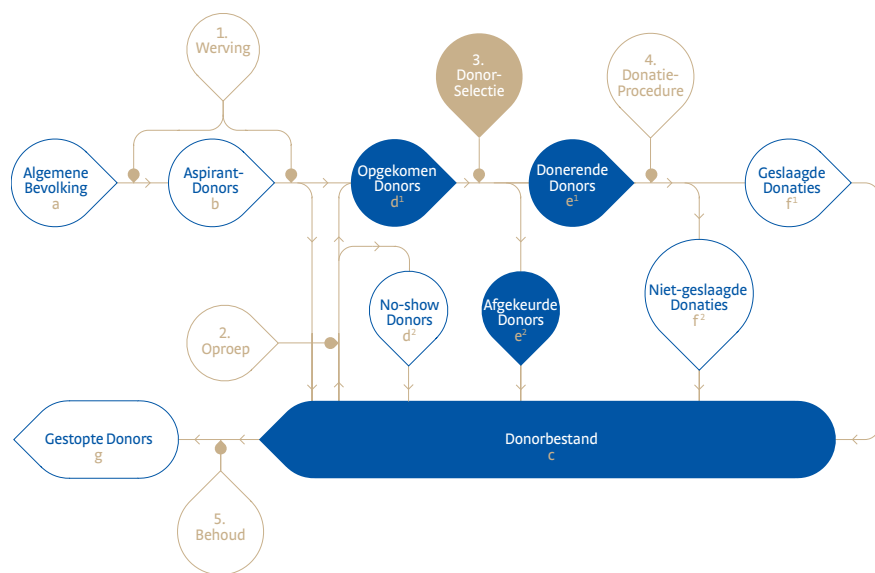
Alle mensen die een afnamesessie bezoeken, worden opgekomen donors genoemd (d1 in Afbeelding 2). Onder deze groep vallen ook de mensen die het afnamecentrum spontaan bezoeken en ter plekke als donor worden geregistreerd. Aan de andere kant zullen niet alle mensen die zijn opgeroepen ook daadwerkelijk opkomen, zodat er een groep 'no-show' donors ontstaat (d2 in Afbeelding 2).



Afbeelding 2. De tweede stap van donormanagement, Oproepen, in relatie tot de subpopulaties waarop het invloed uitoefent.

3.2.5 Stap 3 Donorselectie

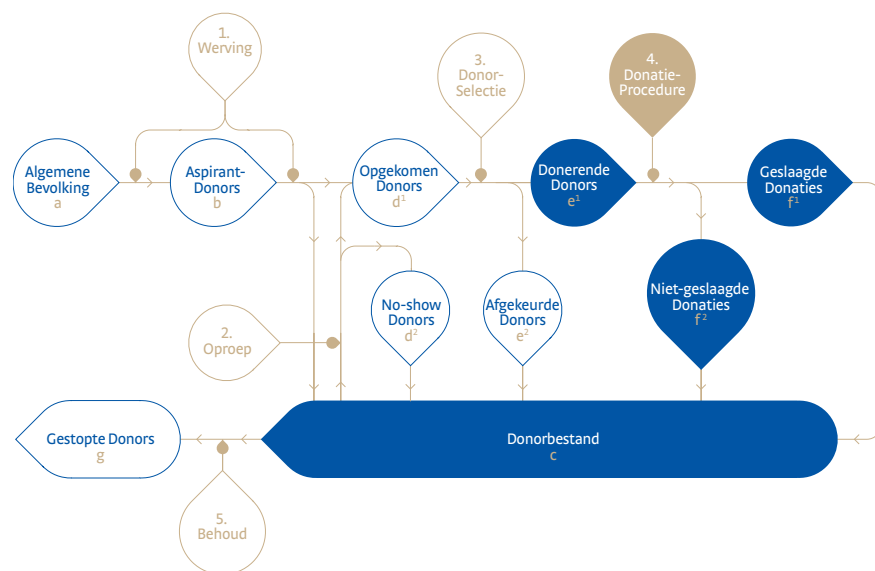
Bepalen of een donor voldoet aan de eisen om te mogen doneren, ofwel donorselectie, is een belangrijke stap binnen donormanagement. Het proces van donorselectie wordt in Paragraaf 7.5 en 7.6 uitvoeriger besproken. Onder donorselectie vallen verschillende handelingen: het beoordelen van risicovol gedrag en het vóórkomen van ziekten, het uitvoeren van biometrie en het afnemen van testbuizen om screenings-tests te verrichten. Deze handleiding richt zich echter op de procedurele aspecten van het donorselectieproces en gaat niet in op de vereiste inhoud of de criteria voor de medische keuring. Alle opgekomen donors die de selectiefase succesvol doorlopen, behoren tot de groep donerende donors (e1 in Afbeelding 3). De donorkeuring kan ook leiden tot afkeuring, waardoor er een groep afgekeurde donors ontstaat (e2 in Afbeelding 3).



Afbeelding 3. De derde stap van donormanagement, Medische Keuring, in relatie tot de subpopulaties waarop het invloed uitoefent.

3.2.6 Stap 4 Donatieprocedure

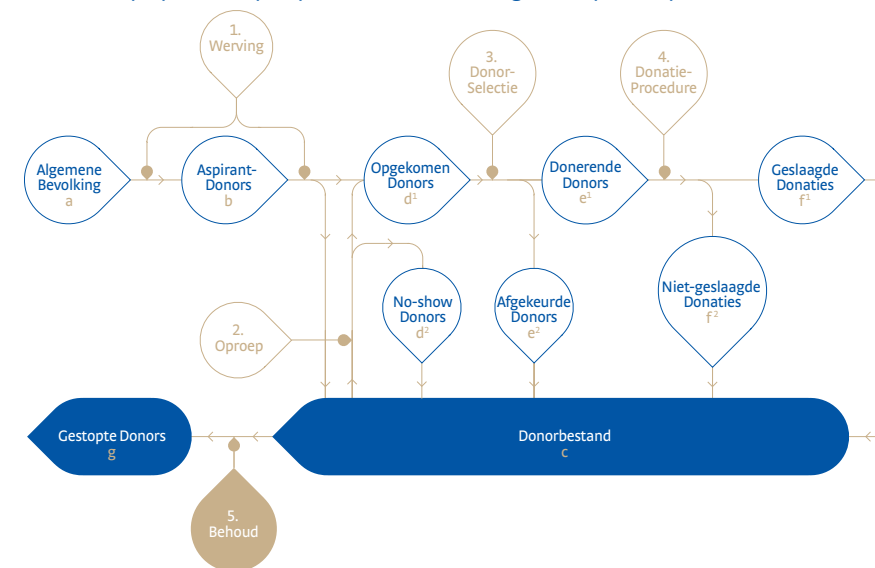
Donatieprocedures, Stap 4, leveren bloedproducten op. Het aantal donors met een geslaagde donatieprocedure is $f1$. Daarentegen is een deel van de donatieprocedures ($f2$ in Afbeelding 4) niet geslaagd. Niet-geslaagde venapuncties, onvoldoende flow of flauwvallen van de donor zijn allemaal voorbeelden van niet-geslaagde donatieprocedures.



Afbeelding 4. De vierde stap van donormanagement, Donatieprocedure, in relatie tot de subpopulaties waarop het invloed uitoefent

3.2.7 Step 5 Donorbehoud

De vijfde en laatste, soms ondergewaardeerde, stap in de donormanagementketen is donorbehoud. Het doel van deze handeling is de groep gestopte donors zo klein mogelijk te houden (g in Afbeelding 5). Geslaagde acties op het gebied van donorbehoud doen het aantal geregistreerde donors toenemen. Niet-geslaagde acties resulteren in definitief gestopte donors. De gegevens van deze gestopte donors moeten conform de geldende regels en voorschriften worden gearhiveerd. Het is echter bekend dat een aanzienlijk deel van de gestopte donors na aanmoediging weer open staat om het donorschap opnieuw op te pakken. Hoofdstuk 6 gaat dieper in op donorbehoud.

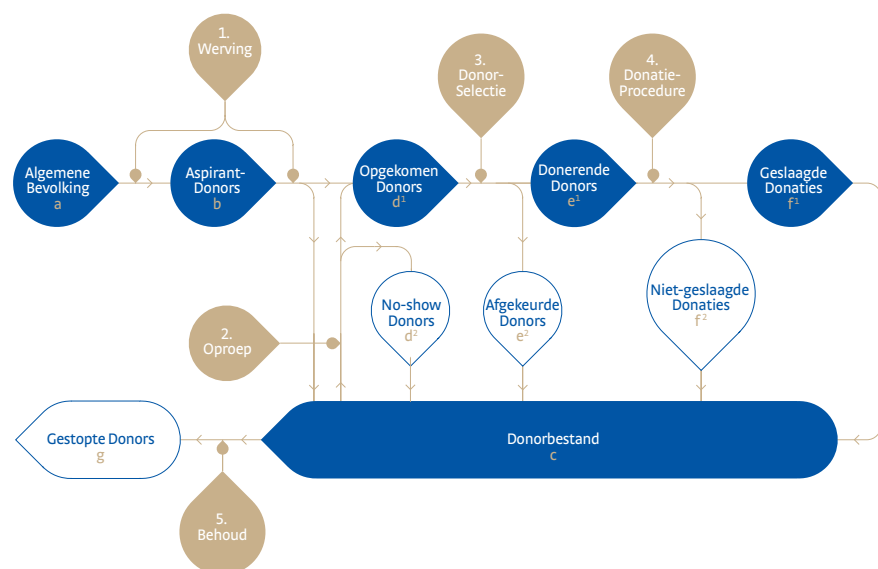


Afbeelding 5. De vijfde stap van donormanagement, Behoud, in relatie tot de subpopulaties waarop het invloed uitoefent.

3.2.8 Het totale donormanagementproces

Over het algemeen hebben bloedbanken de managementstappen in verschillende afdelingen gegroepeerd. De exacte structuur hangt af van lokale, regionale of landelijke factoren en van de plaats die bloedbanken innemen binnen de structuur van de gezondheidszorg. Een bloedbank kan bijvoorbeeld de volgende drie afdelingen opzetten binnen de unit Donorzaken (zie Afbeelding 6).

- **Afnamecentra**, waar Stap 3 en 4 plaatsvinden. De afnamelocaties zijn over de bloedbankregio verspreid, afhankelijk van de manier waarop de inzameling georganiseerd is.
- **Een Public Relations-afdeling** (waaronder donormarketing) voor Stap 1 en 5. De afdeling is zelf vaak dichtbij de Backoffice gevestigd, maar de actieradius beslaat de hele bloedbank regio.
- **Een Backoffice**, met ondersteunende afdelingen en management, voor alle administratieve handelingen, waaronder Stap 2. Over het algemeen hebben bloedbanken één of enkele locaties waar Backoffice-activiteiten plaatsvinden.



Afbeelding 6. Alle vijf stappen van donor management in relatie tot de subpopulaties waarop het invloed uitoefent.

PARAGRAAF 3.3 PRESTATIE-INDICATOREN (PI's)

3.3.1 Inleiding

Elke bloedbank moet van tijd tot tijd zijn prestaties op het gebied van donormanagement onder de loep nemen. Hiervoor moeten de uiteindelijke resultaten worden vergeleken met de van tevoren gestelde targets (effectiviteit). Het bepalen van de behaalde resultaten kan op verschillende manieren, bijvoorbeeld door de resultaten te vergelijken met de van tevoren gestelde doelstellingen (effectiviteit). Daarnaast is het mogelijk om de behaalde resultaten te vergelijken met de gemaakte kosten (efficiëntie). Daarnaast kan het resultaat van een afdeling vergeleken worden met andere afdelingen binnen de bloedbank of afdelingen van andere bloedbanken (benchmarking).

Prestatie-Indicatoren: Dé manier om dit inzichtelijk te maken is het gebruik van Prestatie-Indicatoren (PI's). Het is van groot belang dat PI's op een uniforme manier worden berekend, door duidelijke en eenduidige definities en begrippen te gebruiken. Dit hoofdstuk definieert PI's voor donormanagement en gaat hier dieper op in. De definities voor de verschillende donortypes die hier worden toegepast en die worden gebruikt om het donorbestand te beschrijven, worden in Paragraaf 4.1 nader toegelicht.

Een andere voorwaarde om PI's te kunnen bepalen is de beschikbaarheid van een gevalideerd datasysteem. Dit systeem moet eenduidige data bevatten, volgens het aloude adagium: 'garbage in, garbage out', dat ervan uit gaat dat systemen alleen maar een zinnig resultaat kunnen genereren als de gegevens op de juiste manier zijn ingevoerd. Hoofdstuk 9 gaat dieper in op datamanagement.

Behalve de standaard-PI's, zoals de financiële resultaten van de bloedbank of de HRM-cijfers, kunnen specifieke indicatoren op het gebied van donormanagement ook erg nuttig zijn voor het bijsturen van de organisatiestrategie of voor toekomstplanning. De reeks PI's die in deze paragraaf aan bod komt, kan voor deze doeleinden worden gebruikt. Gedetailleerde PI's die betrekking hebben op specifieke stappen in de donormanagementketen, zoals beschreven in Paragraaf 3.2, komen in de desbetreffende hoofdstukken in deze handleiding aan bod.

Trendvoorspelling: Als PI's routinematig worden verzameld, kunnen ze worden gebruikt om trends te berekenen. Simpele curven waarin PI's worden uitgezet tegen de tijd zijn uitermate geschikt voor het beoordelen van opwaartse en neerwaartse trends. Vaak treden er in deze grafieken seizoenseffecten op. Om deze seizoenseffecten bij te stellen, is het handig om curven te gebruiken waarin de gemiddelden over een periode van 12 maanden zijn opgenomen.

3.3.2 Algemene PI's voor donormanagement

Algemene PI's moeten donormanagers in een oogopslag een overzicht kunnen bieden van de stand van zaken op het gebied van donormanagement in hun bloedbank (zie ook Hoofdstuk 11). Deze algemene PI's zijn de zogeheten 'Key Performance Indicators', ofwel Kritieke Prestatie-Indicatoren (KPI's). Hieronder staat een aantal belangrijke KPI's.

Donorbestand-KPI's

- Het totale aantal geregistreerde donors
- Aantal en percentage donors
 - Binnen de totale bevolking van het verzorgingsgebied van de bloedbank
 - Dat voldoet aan de eisen om te mogen doneren, binnen het verzorgingsgebied van de bloedbank
- Aantal en percentage
 - Inactieve donors in het donorbestand in een bepaald jaar
 - Alle typen vol bloed- en aferesedonors in het donorbestand
 - Donors met bekende erytrocytensubtyperingen
 - Donors met bekende HPA-typering
 - Donors met bekende HLA-typering

Donatie-KPI's

- Aantal ingezamelde eenheden
 - Per 1000 inwoners in het verzorgingsgebied van de bloedbank
 - Als percentage van het totale aantal donaties dat nodig is om te voldoen aan de vraag van ziekenhuizen in het verzorgingsgebied
 - Als percentage van het aantal donaties van een bepaald target
- Het aantal geslaagde donaties per fulltime equivalent (fte) van het afnameteam, of vice versa
- Het totale aantal fte's binnen het donormanagementproces per 1000 donaties
- Percentage geslaagde donaties in een vaste locatie versus de gerealiseerde donaties in een mobiele opbouwlocatie of een mobiele afnamelocatie
- Aantal donaties per donor (per jaar)
- Totaal aantal donaties gedeeld door het aantal donors die tenminste één keer hebben gedoneerd
- Percentage donaties afkomstig van eerste-donatie-donors

Algemene management-KPI's

- Financiële PI's, volgens algemene boekhoudkundige regels. Deze PI's worden hier niet verder gespecificeerd (zie algemene handboeken over dit onderwerp). De volgende paragraaf over financiële aspecten gaat dieper in op een aantal van deze PI's.
- Totale kosten per 1000 donaties. Paragraaf 3.4 gaat dieper in op de kosten van donormanagement.
 - Percentage van de totale kosten van de kostenposten in elke stap
- Human Resource Management PI's, volgens de algemeen geaccepteerde HRM-PI's, in het bijzonder de volgende.
 - Aantal medewerkers binnen donormanagement (fulltimers, parttimers, uitzendkrachten/freelancers)
 - Leeftijdsverdeling
 - Aantal dienstjaren
 - Verloop
 - Verzuim

Deze PI's worden niet verder gespecificeerd in deze paragraaf.

De volgende PI's zijn ook van toegevoegde waarde.

- Opleidingsniveau van alle medewerkers
- Aantal vrijwilligers binnen het donormanagementproces
- Aantal vrijwilligersuren dat binnen het donormanagementproces wordt gemaakt
- Verhouding van donorcontacturen ten opzichte van het totale aantal betaalde uren van de afnameteams

FINANCIËLE ASPECTEN

3.4.1 Inleiding

Deze paragraaf beschrijft een aantal financiële aspecten van elk van de donormanagementstappen. Het uitgangspunt hiervoor is 'Activity Based Costing' ofwel ABC¹. In deze ABC-methode, die vaak in commerciële organisaties wordt toegepast, wordt voor iedere processtap bepaald wat de benodigde output, input en kostenposten, zoals personeel, materialen en apparatuur, zijn. Binnen donormanagement hebben we de volgende vijf stappen, zoals in beschreven in Paragraaf 3.2.

1. Werving
2. (Registratie en) Oproepen
3. Donorselectie
4. Donatieprocedure
5. Donorbehoud

Begroting: Ten eerste zijn er doelstellingen en prestatie-indicatoren. De doelstelling is, op z'n simpelst gezegd, het tijdig verzamelen van voldoende en kwalitatief goede bloedproducten. De weg om dit te bereiken is geplaveid met prestatie-indicatoren (PI's) die in Paragraaf 3.3 algemeen omschreven zijn. Nadat de PI's gekwantificeerd zijn, kunnen de bijbehorende kosten eenvoudig worden berekend. Als bijvoorbeeld het aantal benodigde nieuwe donors bekend is, kunnen de kosten voor de werving van deze donors worden berekend door het aantal te vermenigvuldigen met de kosten per nieuw geregistreerde donor. Deze berekening wordt vervolgens voor alle KPI's gedaan. Daarna kan de totale begroting voor de unit Donorzaken worden berekend.

Om een evenwichtig budget te krijgen, moet een donormanager gedetailleerde kennis hebben van alle kostenposten die met elke activiteit gepaard gaan (zie Paragraaf 3.4.2). We gaan deze kostenposten echter niet opsplitsen naar het absolute bedrag in euro's, maar juist naar de relatieve kosten van personeel, apparaten, materialen en ondersteunende zaken. Deze paragraaf geeft geen gedetailleerde begroting voor een specifieke bloedbank of afnamecentrum.

Een ander belangrijk aspect van de ABC-methode is het uitgangspunt dat kosten in rekening moeten worden gebracht, ongeacht wie de kosten daadwerkelijk betaalt. 'Een gratis lunch bestaat niet' is een bekende uitspraak die illustreert dat elke handeling of product voor een bepaalde waarde staat die door iemand betaald moet worden, of dit nou in euro's of in de vorm van energie of grondstoffen is.

3.4.2 Kostenplaatsen en het opstellen van de begroting. Wie betaalt?

In Tabel 1 staat de relatieve omvang van de kosten per stap uitgesplitst. De totale kosten zijn gestandaardiseerd en komen bij elkaar opgeteld op 100%. Het getal in elke cel staat voor het indicatieve percentage van de desbetreffende kostenpost t.o.v. de totale kosten van een bloedbank. De bloedbanken in Europa maken echter gebruik van verschillende financiële systemen. Het is daarom niet mogelijk om een standaardbegroting uit deze tabel af te leiden. Wel kan de tabel gebruikt worden voor vergelijkingen tussen bloedbanken.

Tabel 1. Relatieve impact van kostenposten op de totale kosten voor donormanagement. De aantallen zijn indicatieve, afgeronde percentages. Als we naar de stappen kijken, is uit de tabel af te leiden dat stap 4 Donatieprocedure het duurste is, met een totaal van 42%. Als we naar de onderverdeling in kosten kijken, is personeel met 32% het duurste onderdeel.

	Personeel	Apparatuur	Materialen	Huisvesting	IT-systeem	Transport/Logistiek	Kwaliteitscontrole	Overheadkosten Algemene posten			Totaal
								Facilitair beheer	HRM	Management	
1. Werving	2	0	4	1	0	1	0	0	1	0	9
Registratie (Back Office)	5	1	0	1	2	0	1	0	1	1	12
2. Oproepen (Back Office)	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	5
Ontvangst	2	1	2	1	1	0	0	1	1	0	9
3. Medische keuring	4	1	2	1	2	0	2	1	1	1	15
4. Donatieprocedure	16	3	8	4	2	1	2	1	2	3	42
5. Behoud	2	0	4	0	0	1	0	0	1	0	8
Andere activiteiten, zoals onderzoek											PM
Totaal	32	7	21	8	8	4	5	3	7	5	100

De genoemde kosten kunnen per bloedbank verschillen, om dat ze minder zwaar meewegen in het totale budget. Er zijn binnen Europa grote verschillen in kosten voor personeel en materialen, waardoor het lastig is om een kostenvergelijking te maken tussen verschillende landen. Bovendien worden kosten niet altijd in rekening gebracht aan de bloedbank zelf. Twee belangrijke voorbeelden van kosten die niet aan de bloedbank worden doorberekend zijn de fenomenen vrijwilligers en sponsoring.

Vrijwilligers

Het DOMAINE-onderzoek laat zien dat 76% van de bloedbanken in Europa gebruik maakt van de hulp van vrijwilligers. Er is echter wel een verschil in de mate waarin bloedbanken vrijwilligers inschakelen.

Vrijwilligerstaken: De taken die vrijwilligers uitvoeren, zijn heel divers en verschillen in complexiteit. Meestal voeren vrijwilligers taken uit op het gebied van werving, registratie en ontvangst. Vervoer, mobiele afnameposten opbouwen, donors uitnodigen, mobiele afnamesessies aankondigen en werken in het callcenter zijn ook gangbare activiteiten voor vrijwilligers. Het effect van werken met vrijwilligers is dat de personeelskosten van de bloedbank omlaag gaan: vrijwilligers ontvangen geen salaris, hoevel kleine vergoedingen en cadeaus - aan de vrijwilligers zelf of aan de organisatie waar ze aan verbonden zijn - eerder regel dan uitzondering zijn.

Sponsoring

Het komt regelmatig voor dat bloedbanken geen huur hoeven te betalen voor het gebruik van ruimten in ziekenhuizen of organisaties, of voor huisvesting die eigendom is van scholen of organisaties zoals het Rode Kruis. In sommige gevallen is er sprake van sponsoring door bedrijven of organisaties - in de vorm van geld of spullen en consumptieartikelen - wat kan helpen om nieuwe donors te werven of om de wachttijden aangenamer te maken.

Bij het uitvoeren van een benchmark is het verstandig om goed in de gaten houden of er sprake is van het inschakelen van vrijwilligers of sponsoring. In zo'n geval kan het nuttig zijn om Tabel 1 in te vullen om de prestatie-indicatoren te bepalen.

3.4.3 Belangrijke boekhoudkundige begrippen

Sommige boekhoudkundige begrippen komen vaak terug. Hoewel er over elk van deze begrippen verschillende handboeken verkrijgbaar zijn, volgt hieronder een korte omschrijving. Geïnteresseerde lezers kunnen handboeken op het gebied van boekhouden raadplegen voor meer informatie.

Cashflow en investeringskosten

Investeringskosten zijn de kosten die worden gemaakt met de aankoop van gebouwen en apparatuur die gebruikt wordt voor donormanagement; met andere woorden, de totale kosten die nodig zijn om de inzameling van bloedproducten binnen een bloedbank operationeel te krijgen. Investeringskosten bestaan echter niet alleen uit de kosten die nodig zijn om het afnamecentrum, of de gebouwen waar

de backoffice-activiteiten plaatsvinden, op te zetten. De aanschaf van bijvoorbeeld een afereeseapparaat dat jarenlang meegaat, behoort ook tot de investeringskosten. Arbeidskosten vallen niet onder investeringskosten, behalve wanneer de arbeid wordt ingezet voor bijvoorbeeld bouwactiviteiten. Investeringskosten zijn, in tegenstelling tot operationele kosten, eenmalige uitgaven. In financiële overzichten en belastingaangiften kan de betaling echter wel worden uitgespreid over meerdere jaren. Investeringskosten staan vast en staan daarom los van de hoogte van de output.

De investeringskosten van een vast afnamecentrum bestaan o.a. uit de aankoop van de grond waarop het centrum is gebouwd, juridische kosten en de kosten voor het verkrijgen van vergunningen. Hieronder vallen ook de kosten voor de apparatuur die nodig is om het centrum te runnen, de bouw en financiering van het centrum en het bedrijfsklaar maken van het centrum.

Onder de investeringskosten vallen niet: de kosten voor drinkwater, elektriciteit of verwarming die gemaakt worden zodra het centrum in gebruik is genomen of belastingen op de bloedproducten die geproduceerd worden. Ook de arbeidskosten die nodig zijn om het centrum te runnen en de arbeid en materialen die nodig zijn voor onderhoud behoren niet tot de kapitaalkosten.

Vaste en variabele kosten

Vaste kosten staan los van de omvang van de productie. De hypotheek die betaald wordt voor het gebouw van een afnamecentrum of de backoffice blijft bijvoorbeeld hetzelfde, ongeacht het aantal daadwerkelijk ingezamelde donaties.

De hoogte van de operationele kosten hangt daarentegen wel af van de omvang van de productie. Verbruiksgoederen zijn een voor de hand liggend voorbeeld van variabele kosten. Personeelskosten staan meestal vast per fte. Het aantal daadwerkelijk ingezette fte's kan echter wel verschillen.

Directe en indirecte kosten

Onder directe kosten vallen de kosten die uitsluitend voor het kernproces van donormanagement worden gemaakt. Dit zijn zowel vaste als variabele kosten. Belangrijke bestanddelen van de vaste kosten zijn de personeelskosten voor de tijd (uren) die rechtstreeks aan kerntaken worden besteed. Zo zijn directe uren bij inzamelingsactiviteiten die uren waarbinnen de donor het afnamecentrum kan bezoeken, ofwel de openingstijden.

Indirecte uren worden (geheel of gedeeltelijk) uitbetaald aan medewerkers. Hieronder vallen de volgende uren.

- Reistijd voor afnamepersoneel
- De tijd die nodig is voor het opbouwen en afbreken van een mobiele afnamesessie
- Opleidingsuren
- Vergaderingen
- Vakantie, feestdagen, ziekteverzuim

3.4.4 Kostenposten

In Tabel 1 staan de kostenposten (kolommen) beschreven die op elk van de stappen binnen donormanagement (rijen) van toepassing zijn. Het is belangrijk om opnieuw te benadrukken dat deze lijst geen lijst is van kostenposten die door de bloedbank zelf betaald worden; er kunnen ook kosten instaan die door anderen of andere organisaties betaald worden.

Personeel

Personeel dat direct betrokken is bij de genoemde donormanagementstap. Het betreft hier echter niet de personeelskosten voor ondersteunende activiteiten, zoals medewerkers op het gebied van kwaliteitscontrole, IT, transport en overheadkosten.

- Euro's per fte per jaar

Apparatuur en meubilair

Het hangt van het aantal en de levensduur af of de totale investeringskosten of de afschrijvingskosten moeten worden gebruikt.

- Investeringskosten
- Afschrijvingskosten en/of rente

Materialen: verbruiksgoederen en wegwerpartikelen

- Directe aanschafkosten

Huisvesting

Huisvestingskosten hebben betrekking op de kosten die gemaakt worden voor de gebouwen die eigendom van de bloedbank zijn, voor locaties die niet in eigen bezit zijn; voor mobiele locaties en voor afnametrailers.

- Hypotheek- of rentekosten per m²
- Aanschafkosten; afschrijvingskosten van mobiele locaties en afnametrailers
- Huurkosten
- Elektriciteit, verwarming, water

IT-systeem

Om een IT-systeem te onderhouden is er gespecialiseerd personeel en gespecialiseerde apparatuur nodig. Daarnaast wordt er een speciaal Bloedbank Informatie Systeem gebruikt (zie Hoofdstuk 12).

- IT-personeel
- Hardware
- Software

Transport/logistiek

Onder transport valt het transport van materialen, wegwerpartikelen, afnamepersoneel, bloedproducten en testbuizen

- Chauffeurs
 - Personeelskosten
- Auto's, transportvoertuigen
 - Aanschafkosten; rente

Kwaliteitscontrole

Bloedbanken kunnen tegenwoordig niet zonder gespecialiseerde kwaliteitssystemen, zoals 'Good Manufacturing Practice' ofwel GMP, waarvoor gespecialiseerd personeel nodig is.

- Personeelskosten voor kwaliteitscontrole
- Kosten voor kwaliteitscontrolesystemen
- Inspecties (intern/extern): directe extra kosten

Overheadkosten

Hieronder vallen andere kosten die niet in andere kostenposten zijn gespecificeerd.

- Facility management
- Schoonmaakkosten; catering
- Personeelskosten
- Onderhoudskosten
- Aanschafkosten
- Human Resource Management, HRM (zie Hoofdstuk 11)
 - Kosten voor HRM-personeel
 - Opleidingskosten: personeel en materialen
 - Wervingskosten
 - Management, waaronder (financiële) kantoorwerkzaamheden
 - Verzekeringskosten
- Donorkosten die niet op een andere plaats gespecificeerd zijn, waaronder de kosten voor compensatie of vergoedingen/erkenningen (indien van toepassing)

Bij het uitvoeren van een benchmark tussen verschillende organisatieonderdelen of bloedbanken moet er rekening worden gehouden met het type inzameling. Vol bloed-eenheden inzamelen kost minder tijd dan andersoortige inzamelingstypen, zoals afreseprocedures. In Tabel 2 staan de tijdsfactoren die gebruikt kunnen worden bij het vergelijken van afnamecentra. Het voorbeeld in de tabel gaat uit van de vuistregel dat één fte binnen het afnameteam geacht wordt 1800 vol bloedprocedures per jaar uit te voeren. Dit aantal kan variëren, afhankelijk van de verhouding directe en indirecte werkuren en het aantal donors dat het afnamecentrum bezoekt.

Tabel 2. Voor benchmarken van twee afnamecentra op het gebied van personeelskosten is er informatie nodig over het aantal en type afnames. In dit voorbeeld voert Centrum A evenveel afnames uit als Centrum B. Centrum A heeft echter 18 fte minder personeel nodig, omdat ze geen plasma voor fractionering inzamelen d.m.v. aferese.

	Aantal afnames		Tijdfactor	Herberekende eenheden	
	Centrum A	Centrum B		Centrum A	Centrum B
Vol bloed	220.000	160.000	1,0	220.000	160.000
Plasma voor transfusie (aferese))	10.000	15.000	2,0	20.000	30.000
Plasma voor fractionering (aferese)	0	50.000	1,6	0	80.000
Bloedbestanddelen (aferese))	1.250	1.000	3,0	3.750	3.000
Therapeutische procedures (aferese)	0	250	12,0	0	3.000
Totaal	231.250	231.250		243.750	276.000
Personeel in fte's			18,00	135 fte	153 fte

3.4.5 Slotopmerking

Soms voeren bloedbanken andere activiteiten uit, al dan niet gerelateerd aan donormanagement. Dit zijn de belangrijkste activiteiten.

- Adviezen geven aan donors op het gebied van levensstijl
- Onderzoek, al dan niet wetenschappelijk: marktonderzoek, gedragsonderzoek, biomedisch onderzoek

Deze items zijn niet opgenomen in deze paragraaf, maar kunnen wel worden toegevoegd.

PARAGRAAF 3.5 CONCURRENTIE VAN PARTICULIERE BEDRIJVEN

3.5.1 Inleiding

Concurrentie is een vrij nieuw fenomeen in de wereld van de bloedinzameling. Met de opkomst en de groei van de Europese markt wordt het algemene en politieke debat over het toestaan van concurrentie echter aangescherpt. Deze paragraaf gaat in op verschillende aspecten die de aandacht verdienen binnen dit debat. In een van de deelparagrafen staat de visie van de European Blood Alliance (EBA) beschreven, die in 2009 op hun website is gepubliceerd. Een van de andere deelparagrafen behandelt de mogelijke consequenties van concurrentie, in het bijzonder voor donormanagement.

3.5.2 Concurrentie op het gebied van bloedproducten

Tot op heden van vandaag komt concurrentie op het gebied van vol bloedinzameling maar weinig voor. De resultaten van het DOMAINE-onderzoek laten echter zien dat er in 20% van de Europese landen commerciële bloedbanken bestaan. Hieronder vallen zowel EU-lidstaten als niet-EU-lidstaten. In deze landen zijn commerciële organisaties actief die plasma inzamelen en bewerken. De productie en distributie van farmaceutische producten die verkregen worden uit plasma is een marktgeoriënteerde, internationale aangelegenheid, waarop de wetten van commerciële handel volledig van toepassing zijn. Daarom moet er een belangrijk onderscheid worden gemaakt tussen de inzameling van bloed(bestanddelen) voor direct gebruik bij de patiënt en de inzameling van bloed(bestanddelen) als grondstof voor geneesmiddelen, voornamelijk plasma.

Het leveren van bloedproducten door bloedbanken voor direct gebruik bij de patiënt is over het algemeen geen marktgeoriënteerde activiteit. De meeste Europese landen hebben bloedbanken die op regionaal of nationaal niveau georganiseerd zijn. In deze landen bestaat er een regionaal of landelijk systeem van zelfvoorziening en komt concurrentie tussen bloedbanken nog niet, of slechts sporadisch, voor.

Gevolgen van concurrentie: Er is echter steeds meer discussie in heel Europa over het introduceren van concurrentie op het gebied van de bloedvoorziening voor direct gebruik bij patiënten. De prijs van bloedproducten en de toegang tot donors zijn de belangrijkste argumenten om het debat te openen. De prijzen van bloedproducten verschillen bijvoorbeeld aanzienlijk per land. Verzekeraars en ziekenhuismanagers willen weten waarom de prijzen per land verschillen en hoe de prijsverschillen kleiner kunnen worden. Bovendien willen farmaceutische bedrijven gelijke toegang tot (plasma)donors, wat in veel landen nog niet is toegestaan.

Rechten: Veel landen hebben het exclusieve recht om donors te werven en bloedproducten in te zamelen aan bloedbanken toegekend. Soms is dit zelfs wettelijk vastgelegd. Dit sluit concurrentie in het leveren van bloedproducten aan ziekenhuizen in

andere regio's of landen niet uit. Een bloedbank in land X kan het monopolie bezitten op het inzamelen van bloed in dat land, wat ervoor zorgt dat er geen concurrentie is op het gebied van donors in land X. Het is echter aannemelijk dat een ziekenhuis in land X wel bloedproducten kan verkrijgen uit land Y.

In weer een ander systeem is er sprake van vrije concurrentie zowel op het gebied van donors als op het gebied van bloedproducten. In dit systeem mag iedereen een organisatie oprichten om bloedproducten of bloedbestanddelen in te zamelen en deze aan ziekenhuizen of bedrijven verkopen.

Concurrentie in de praktijk: Louter vanwege het feit dat er vraag is naar producten of diensten, is het aannemelijk dat er concurrentie ontstaat. Dit geldt voor zowel commerciële als non-profit-organisaties. Tot nu toe was de heersende mening dat - gezien de sterke morele implicaties - men voorzichtig moet omgaan met commercialisatie van lichaamsdelen, zoals organen, weefsels en bloed. In Europa geldt daarom nog steeds het geschreven basisprincipe dat donors - de leveranciers van deze producten - niet betaald worden (zie Kader 1). Op verschillende plaatsen in de wereld, waaronder Amerika en Europa, worden donors echter wel door plasmafabrikanten betaald. Juist in deze situatie is er sprake van concurrentie op het gebied van donors: aan de ene kant zijn er de bloedbanken, die bloed(bestanddelen) inzamelen voor direct gebruik bij de patiënt; aan de andere kant zijn er organisaties die plasma als grondstof inzamelen voor de farmaceutische industrie.

Kader 1. Definitie van 'vrijwillige, onbetaalde bloeddonoratie' van de Raad van Europa²:

'Een donatie wordt als vrijwillig en niet-betaald beschouwd als de persoon uit eigen vrije wil bloed, plasma of cellulaire bestanddelen geeft en hiervoor niet betaald wordt, noch in de vorm van contant geld, nog in enige andere vorm die kan worden beschouwd als een vervanging van geld. Hieronder vallen meer verlofuren dan nodig voor de donatie en de reistijd. Kleine geschenken, versnaperingen en vergoedingen voor directe reiskosten zijn verenigbaar met vrijwillige, niet-betaalde bloeddonoratie.'

'Cherry picking': Het is natuurlijk niet vanzelfsprekend dat een nieuwe speler op de markt van plan is het complete assortiment aan diensten of producten te leveren. Een organisatie kan besluiten om winstgevendende bestanddelen in te zamelen en te produceren ('cherry picking'), en de producten die te duur zijn om te produceren weg te laten, bijvoorbeeld HLA-getypeerde trombocytenconcentraten of erythrocytenconcentraten van donors met een zeldzame bloedgroep.

Concurrentie op het gebied van liefdadigheid: Concurrentie in het non-profitveld is niet ongebruikelijk. Een belangrijk voorbeeld is de concurrentie die zich voordoet tussen goede doelen. Er zijn enorm veel goede doelen, maar er zitten grenzen aan het bedrag dat mensen uit willen geven aan liefdadigheid. De reden waarom mensen

besluiten om geld te doneren aan een goed doel is van meerdere factoren afhankelijk. Vandaar dat goede doelen zoveel mogelijk donateurs proberen te werven. Hier is sprake van echte concurrentie. Concurrentie op het gebied van bloeddonors is echter nog niet gebruikelijk.

Hoewel er overeenkomsten bestaan tussen de profielen van donors en mensen die aan goede doelen geven, zijn er ook verschillen bekend³. Daarnaast ligt het voor de hand dat er een groot verschil bestaat tussen het doneren van delen van je eigen lichaam of 'alleen maar' geld. Bij het doneren van geld is er geen sprake van inbreuk op je eigen lichaam; je kunt het thuis doen en je hoeft er geen angsten voor te overwinnen.

3.5.3 Regelgeving en het standpunt van de European Blood Alliance

Concurrentie, zowel op het gebied van het inzamelen (en bewerken en testen) van bloed als bij het leveren van bloedbestanddelen aan ziekenhuizen in de EU, moet zodanig verlopen dat de veiligheid van de bloedvoorziening, de bloedproducten en de doeltreffendheid van het transfusieproces zelf worden gewaarborgd. Om dit te bereiken heeft de European Blood Alliance (EBA) onderstaande principes opgesteld⁴. Volgens de EBA is het van cruciaal belang om aan deze principes te voldoen.

Vrijwillige en onbetaalde bloeddonoratie: De EU zou bij haar standpunt moeten blijven dat donors, die bloed doneren bestemd voor transfusie, dit vrijwillig en onbetaald doen (volgens de definitie van de Raad van Europa) moeten zijn. Dit moet gelden voor alle donors van bloedbestanddelen die binnen de EU worden gebruikt voor transfusiedoeleinden, ongeacht het feit of de donor binnen of buiten de EU woonachtig is. Deze regel moet ook worden toegepast als het bloed buiten de EU wordt ingezameld. Dit principe wordt nadrukkelijk ondersteund door de EU en de Wereldgezondheidsorganisatie om de veiligheid van de bloedvoorziening te verbeteren, om fouten die in het verleden zijn gemaakt te voorkomen en, bovenal, om het risico voor de patiënt te verkleinen. Als een deel van de bloedbestanddelen afkomstig is van betaalde donors, moet op elk productlabel vermeld worden of het product afkomstig is van 'betaalde' of 'onbetaalde' donors.

Naleving van de EU-richtlijnen: Elke nieuwe leverancier die bloedbestanddelen levert aan een EU-lidstaat moet voldoen aan alle voorwaarden die in EU-richtlijn 2002/98/EG worden gesteld. Lidstaten moeten de leverancier hiertoe verplichten, ook als deze lidstaat de richtlijn nog niet heeft verwerkt in zijn wetgeving. Als een nieuwkomer niet aan deze verplichting voldoet, kan dit schade toebrengen aan de bloedvoorziening en kunnen patiënten, nog voordat de voorwaarden van de richtlijn van kracht zijn geworden in de desbetreffende lidstaat, ernstig in gevaar worden gebracht.

Inspecties: Elke bloedbank die bloedbestanddelen inzamelt, test of bewerkt om deze in een EU-lidstaat te gebruiken, moet regelmatig geïnspecteerd worden door de toezichthouder in de ontvangende lidstaat (zelfs als deze bloedbank buiten de EU is gevestigd). De toezichthouder moet de beschikking kunnen krijgen over de epidemiologische gegevens van de populatie waaronder het bloed is ingezameld. Gebeurt dit niet, dan zou dit de veiligheidsnormen die vastliggen in EU-richtlijn 2002/98/EG ondermijnen.

Volledige verplichtingen: Elke nieuwe leverancier die bloedbestanddelen aan EU-lidstaten levert, moet verplicht worden om bij te dragen aan ziekenhuizen en producten die hoge kosten met zich meebrengen, en om te voldoen aan de volledige verplichtingen van een normale non-profitbloedbank (zoals het voldoen aan piekvraag, het volledige assortiment leveren, waaronder gespecialiseerde producten; een adviesfunctie op het gebied van producttoepassing, etc.). Als de nieuwe aanbieder niet aan deze eisen kan voldoen, moet hij een volledige vergoeding betalen aan de bestaande non-profitbloedbank om in geval van nood als 'achterwacht' te fungeren en deze essentiële diensten te namens hem te verlenen. Wanneer de regering van een lidstaat niet op toeziet dat dit gebeurt, kan de capaciteit van de non-profitbloedbank hieronder lijden door financiële druk, aangezien de bloedbank zijn meest rendabele donors en ziekenhuizen verliest. Onder deze omstandigheden kan het gebeuren dat essentiële producten niet worden geleverd en dat ziekenhuizen niet worden bevoorrad. Dit kan schade toebrengen aan de gezondheidszorg en lange-termijnproblemen voor de regering van de desbetreffende lidstaat veroorzaken.

Infrastructuur: Lidstaten moeten ervoor zorgen dat de infrastructuur, die nodig is voor een volledige en moderne bloedvoorziening, beschikbaar is in een duurzame vorm die continu kan worden aangepast aan nieuwe technologie, medische ontwikkelingen en gezondheidsbedreigingen.

Verzekeringen tegen schadeclaims in het geval van terugtrekking: Elke bloedbank die actief is binnen de EU moet kunnen garanderen dat hij tegemoet kan komen aan juridische schadeclaims of de kosten kan vergoeden van de verstoring die ontstaat als hij zich plotseling uit de markt terugtrekt (bijvoorbeeld het vergoeden van de kosten om nieuwe donors te vinden, etc.). Als een dergelijke garantie niet kan worden gegeven, kan de lidstaat met substantiële kosten blijven zitten als het bedrijf failliet gaat of op een andere manier zijn leveranties in de Lidstaat stopzet.

3.5.4 Concurrentie en donormanagement

Het is te verwachten dat donormanagement verandert wanneer er concurrentie optreedt. Er is een aantal aspecten binnen donormanagement dat om speciale aandacht vraagt. Daarbij valt te denken aan de volgende, niet-uitputtende lijst van aspecten.

1. Bloed- en plasmavoorraden

Zoals aangegeven in een recente consensusverklaring, die echter niet volledig onderzocht werd door de deelnemers aan de vergadering⁵, kan het naast elkaar bestaan van twee onafhankelijke inzamelingssystemen, een voor bloed en een voor plasma, in dezelfde regio of hetzelfde land, leiden tot een risico op een tekort in de levering van bloedbestanddelen. Samenwerking tussen de bloed- en plasmasector is belangrijk om de best mogelijke resultaten voor de maatschappij te garanderen, waaronder een toereikende voorraad bloed(producten) voor patiënten. In een recente resolutie van de Wereldgezondheidsorganisatie over de beschikbaarheid, veiligheid en kwaliteit van bloedproducten⁶ worden deze principes benadrukt. Deze resolutie verzoekt lidstaten met klem 'alle nodige maatregelen te nemen voor het oprichten, verwezenlijken en ondersteunen van landelijk gecoördineerde, goed-georganiseerde en duurzame bloed- en plasmaprogramma's.

2. Donorbestand: vraag / potentie

Tot op zekere hoogte bepalen de vraag van de ziekenhuizen en de industrie samen welk donorbestand nodig is om aan de totale vraag naar bloedproducten te kunnen voldoen. Uiteindelijk is niet de totale vraag naar bloedproducten in een regio of land, maar het productassortiment en het marktaandeel van de desbetreffende bloedbank de bepalende factor voor de kwalitatieve en kwantitatieve eisen aan het benodigde donorbestand. Als een bloedbank bijvoorbeeld besluit om alleen aferesepasma te produceren en alleen niet-uitgetypeerde ABO-erythrocyten en trombocytenconcentraten te leveren tegen de laagst mogelijke prijs, dan verschilt het donorbestand wezenlijk van het donorbestand dat nodig is om het volledige assortiment aan bloedproducten en bloedbestanddelen te produceren. Bovendien is het aannemelijk dat er een verschil is in de prijs die deze twee bloedbanken voor hun producten vragen. Bloedbanken die alleen bepaalde basisproducten leveren, kunnen waarschijnlijk lagere prijzen berekenen dan bloedbanken die het totale productassortiment produceren. Een logisch gevolg is prijsdifferentiatie, waarbij het onvermijdelijk is dat de prijzen voor bijzondere bloedproducten flink zullen stijgen (zie ook Paragraaf 3.5.2).

3. Kwaliteit vs. veiligheid

De minimumeisen op het gebied van kwaliteit en veiligheid zijn vastgelegd in Europese richtlijnen. Iedere bloedbank is verplicht om aan deze eisen te voldoen. Hogere kwaliteitseisen leiden echter tot hogere kosten. Het voorzorgsbeginsel (zie Hoofdstuk 13 voor nadere uitleg) zorgt er per definitie voor dat bloedbanken kunnen worden geconfronteerd met kosten die hoog kunnen oplopen.

Het is echter niet altijd even gemakkelijk om gezondheidswinst of ziektepreventie te bepalen of te berekenen. Onder moeilijker economische omstandigheden zal het voorzorgsbeginsel daarom het eerste zijn waarop bezuinigd wordt, met grotere risico's voor de patiënt tot gevolg.

Er ontstaat een speciale situatie op het gebied van donorveiligheid als donors gaan 'shoppen' bij andere bloedbanken. De enige betrouwbare manier om ongewenste voorvallen of gebeurtenissen te voorkomen, bijvoorbeeld doordat donors te vaak bloed geven bij verschillende bloedbanken, is het uitwisselen van donorgegevens tussen verschillende bloedbanken die in hetzelfde gebied actief zijn. Bloedbanken moeten speciale aandacht besteden aan privacy-aspecten, zeker wanneer ze actief zijn in grensregio's.

4. Kosten vs. service

Goede service hoeft niet duur te zijn. Als service bijvoorbeeld helpt bij het behouden van donors, dan zullen de wervingskosten uiteindelijk lager uitvallen. Dit geldt met name voor het belonen van donors. Hoewel er algemene overeenstemming is over het feit dat donors niet betaald worden, is gebleken dat bloedbanken hier heel creatief en vindingrijk mee omgaan. Uit de resultaten van het DOMAINE-onderzoek komen verschillende voorbeelden naar voren (zie Hoofdstuk 2).

5. Extra producten en diensten

Om een aantrekkelijke zakenpartner te blijven voor ziekenhuizen, kan een bloedbank ervoor kiezen om extra diensten te leveren die tot koppelverkoop leiden. Het gaat bijvoorbeeld om de volgende diensten.

- Aanvullende en uitgetypeerde producten: erytrocyten en trombocyten; zeldzame bloedgroepen
- Stamcellen en het bewerken van stamcellen, waaronder navelstrengbloedeenheden
- Productadvies; consultatieve dienst
- Weefsels, zoals bot, kraakbeen, huid, spierpezen, hartkleppen en hoornvliezen

Om aantrekkelijk te blijven voor donors, zou een bloedbank o.a. de volgende diensten kunnen aanbieden.

- Lifestyle-advies
- Periodieke health check
- Koppelverkoop (bijvoorbeeld lagere verzekeringspremies)

Al deze extra diensten kunnen, samen met de gewijzigde benadering van de donor, een omwenteling teweegbrengen in de samenstelling van het huidige donorbestand. Het is met de huidige kennis niet mogelijk om de omvang of de richting van deze omwenteling te voorspellen.

6. Onderzoek en informatie-uitwisseling

Onderzoek kan duur zijn. Het is daarom niet te verwachten dat bloedbanken er geld aan uit willen geven als ze er geen resultaten voor terug zien. Om deze reden wordt informatie-uitwisseling op het gebied van donormanagement of andere gevoelige informatie over het markt-aandeel als vertrouwelijk aangemerkt.

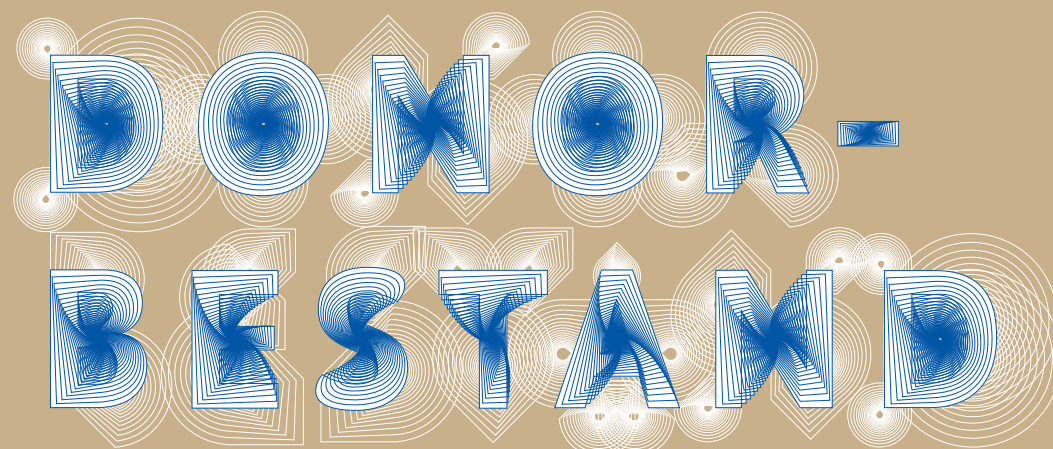
3.5.5 Slotopmerkingen

Het introduceren van concurrentie binnen donormanagement zal grote veranderingen met zich meebrengen. Zowel ziekenhuizen/artsen als donors zullen deze veranderingen merken. Beide groepen zullen zowel voordelen als nadelen ervaren. Ziekenhuizen (artsen) zullen de basisproducten voor een lagere prijs kunnen aanschaffen; de kosten voor bijzondere bloedproducten zullen echter veel hoger liggen. Het voorspellen van het totale effect valt echter buiten het kader van dit handboek.

Hetzelfde geldt voor donors. Het kan zo zijn dat ze betere service ervaren. Het is echter niet uit te sluiten dat hun houding of motivatie verandert. Bloedbanken moeten rekening houden met fluctuaties in zowel hun klantenbestand ('shoppende' ziekenhuizen) als in hun donorbestand ('shoppende' donors). Verdere ethische overwegingen over concurrentie binnen donormanagement worden beschreven in Hoofdstuk 13.

Referenties

- 1 Proctor R (2006). *Managerial Accounting for Business Decisions*. Prentice Hall: Pearson Education Ltd.
- 2 Raad van Europa. *Recommendation No. R (95) 14 on the protection of the health of donors and the recipients in the area of blood transfusion*
- 3 Bekkers R & Veldhuizen I (2008). Geographical differences in blood donation and philanthropy in the Netherlands: what role for social capital? *Journal of Economic & Social Geography*, 99 (4), 483-496
- 4 European Blood Alliance (2009). *EBA position paper. Competition in the EU blood component market*. Verkregen via <http://www.europeanbloodalliance.eu> op 17 maart 2010
- 5 Mahony BO & Turner A (2010). The Dublin Consensus Statement on vital issues relating to the collection of blood and plasma and the manufacture of plasma products. *Vox Sanguinis*, 98(3) 447-450
- 6 Wereldgezondheidsorganisatie. *Resolution on Availability, safety and quality of blood products*. Aangenomen door de Raad van Bestuur op de 125e bijeenkomst op 25 maart 2010. Nog niet gepubliceerd



4.1.1 Inleiding

In dit handboek wordt er op verschillende plaatsen gesproken over definities, donortypen en donatietypen. Om miscommunicatie te voorkomen, is het van groot belang om een set definities op te stellen die betrekking heeft op zowel bloeddonors als bloeddonaties. Door deze set van definities te hanteren, is het mogelijk om trendanalyses te maken in het donorbestand en benchmarks uit te voeren met bloedbanken in binnen- of buitenland.

De definitieset van DOMAINE bouwt voort op de definitieset die in aanbeveling 98/463/EG¹ van de Raad van de Europese Unie is vastgelegd. De EU-definities en de DOMAINE-definities wijken in sommige opzichten van elkaar af en het is belangrijk om uiteen te zetten wat deze verschillen zijn, hoe ze ontstaan zijn en wat de onderliggende redenen van DOMAINE zijn om juist voor deze definities te kiezen.

In dit hoofdstuk worden de EU- en DOMAINE-definities eerst beschreven. Daarna worden ze toegelicht en met elkaar vergeleken. De opbouw van de eerste paragraaf is als volgt: 4.1.2 EU-definities; 4.1.3 DOMAINE-definities; 4.1.4 Nauwkeurige vergelijkingen; 4.1.5 Toelichting op de DOMAINE-donortypen; 4.1.6 Overzicht van de DOMAINE-donor typen; 4.1.7 DOMAINE-donatietypen.

De daaropvolgende deelparagrafen gaan dieper op de DOMAINE-definities in en werken de verschillende donatietypen verder uit. Ook komt de huidige situatie in Europa aan bod, op basis van de resultaten van het DOMAINE-onderzoek.

4.1.2 Definities volgens de richtlijn van de Raad van de Europese Unie

Om vergelijkingen tussen EU-landen op het gebied het aantal donors, het aantal donaties, het gebruik van bloedproducten en veiligheidsaspecten te vereenvoudigen, heeft de EU definities opgesteld voor een aantal specifieke donortypen (aanbeveling 98/463/EC¹ van de Raad van de Europese Unie). Deze definitieset is voor macro-economische onderwerpen binnen de bloedvoorziening gebruikt. De Raad van Europa heeft deze definities bijvoorbeeld gebruikt in een vragenlijst over de inzameling, het testen en het gebruik van bloed en bloedproducten binnen Europa².

Tabel 1: EU-definities van donortypen. Aangezien plasmaverwerkende organisaties bloedproducten van dezelfde groep donors gebruiken, zijn de EU-definities ook van toepassing op de zogeheten Plasma Master File (richtlijn op het gebied van epidemiologische gegevens van bloedoverdraagbare infecties; Europees Geneesmiddelenagentschap EMA)³. De EMA echter twee extra definities toegevoegd voor dit specifieke vakgebied, zie Tabel 1.

Tabel 1. EU-definities en Plasma Master File-definities van donortypen

Donorcategorie	EU-definitie en Plasma Master File-definitie
Donor	Een persoon met een normale gezondheidstoestand en een gunstige anamnese die vrijwillig bloed of plasma doneert voor therapeutisch gebruik.
Nieuwe donor	Iemand die nog nooit bloed of plasma heeft gegeven.
Aspirant-donor	Iemand die zich bij een inzamelingscentrum voor bloed of plasma aanmeldt en de wens te kennen geeft bloed of plasma te doneren.
Trouwe donor	Iemand die regelmatig in hetzelfde inzamelingscentrum bloed of plasma geeft (waarbij de voorbije twee jaar als referentieperiode worden gebruikt, met inachtneming van de minimale donatieintervallen).
Bekende donor	Iemand die al eerder, maar niet in de voorbije twee jaar, in hetzelfde inzamelingscentrum bloed of plasma heeft gegeven.
Donorcategorie	Plasma Master File-definitie
Eenmaal geteste donor	Iemand wiens bloed/plasma voor de eerste keer wordt getest op infectiemarkers (met of zonder donatie) zonder dat er in een bepaald bloedsysteem bewijs is dat deze persoon eerder op infectiemarkers is getest.
Herhaaldelijk geteste donor	Iemand wiens bloed/plasma al eerder is getest op infectiemarkers in een bepaald bloedsysteem.

^a In Richtlijn 2002/98/EC⁴ wordt een bloedinstelling gedefinieerd als 'een structuur of instantie die verantwoordelijk is voor één of meerdere aspecten van het verzamelen en testen van bloed of bloedbestanddelen van menselijke oorsprong, ongeacht het beoogde gebruik, en voor het bewerken, opslaan en distribueren ervan, indien zij voor transfusie bestemd zijn. Ziekenhuisbloedbanken vallen hier niet onder.' Met gebruik van de term 'afnamecentrum' in de [EMA-] richtlijn wordt een specifieke locatie bedoeld waar bloed/plasma wordt ingezameld, waaronder ook mobiele locaties vallen.

^b In de Plasma Master File betekent een bepaald bloedsysteem een systeem dat gegevens over eventuele eerdere donaties en de resultaten van eerdere tests bevat.

Het daadwerkelijke aantal donaties en het donatiepatroon (de tijdsintervallen tussen de donaties van een donor) bepalen de donorcarrière en een aantal bijkomende gevolgen op het gebied van veiligheid. Om de verschillende donortypen te onderscheiden en te begrijpen, is het daarom praktisch om te kijken naar het aantal donaties en naar het donatiepatroon.

Tabel 2: Kruistabel van de EU-definities voor donortypen met bijbehorende donatiepatronen. Uit deze tabel blijkt dat het niet eenvoudig is om de EU-definities in eenduidige donortypen in te delen. Bij donormanagement is er echter behoefte aan actuele informatie over het donorbestand, om tijdig de juiste acties op het gebied van werving en behoud in te kunnen zetten.

Tabel 2. Kruistabel van EU-donortypen versus het aantal donaties, volgens de EU-definities en de Plasma Master File-definities

	Donaties		
	vóór 2008	2008	2009
Donor	≥0		
Aspirant donor	0		
Eerste-donatie-donor	0		
Regular donor	≥0	≥1? ^a	
Trouwe donor	≥1	≥0 ^b	
Eenmaal geteste donor	0	0 of 1	
Herhaaldelijk geteste donor	irrelevant	irrelevant	

^a Er is geen eenduidig aantal donaties af te leiden uit de definitie. Een trouwe donor kan volgens deze definitie in het huidige afnamecentrum, een ander afnamecentrum van dezelfde bloedbank of ergens anders hebben gedoneerd. Bovendien is er geen duidelijke tijdsinterval tussen de donaties aangegeven.

^b Deze donor kan al dan niet in het huidige afnamecentrum, een ander afnamecentrum van dezelfde bloedbank of ergens anders hebben gedoneerd.

4.1.3 DOMAINE-definities

De set met EU-definities heeft zijn toepasbaarheid bewezen voor macro-economische onderzoeken. Donormanagement gaat een stap verder en vraagt om gedetailleerdere informatie over de feitelijke donorcarrière. Eenduidige definities zijn hierbij onmisbaar. Daarom heeft DOMAINE, op basis van de EU- en Plasma Master File-definities, een set met definities voor zowel donortypen als donatietypen opgesteld.

De definities van donortypen worden beschreven en toegelicht in Paragraaf 4.1.4 t/m 4.1.6. **De definities van donatietypen** worden in Paragraaf 4.1.7 beschreven.

DOMAINE-donortypen

Zowel het aantal donaties dat iemand heeft gedaan als zijn of haar donatiepatroon vormen het beginpunt voor goed donormanagement, omdat het op basis van deze twee kenmerken mogelijk is om de strategieën voor werving en behoud bij te stellen. Het aantal donaties is een belangrijk kenmerk om donors in categorieën op te delen, bijvoorbeeld in eerste-donatie-donors, trouwe donors, of donors die dreigen uit het actieve donorbestand te vallen. Het donatiepatroon geeft informatie over de tijdsintervallen tussen de opeenvolgende bloeddonaties.

Voordelen van eenduidige donortypen

Om de informatie in het donorbestand goed te kunnen beheren en om de juiste gegevens uit het donorbestand te halen, is het gebruik een elektronische donordatabase bijna een eerste vereiste. Donormanagers moeten hebben zowel kwalitatieve als kwantitatieve informatie over het actuele donorbestand nodig om planningen en verwachtingen te kunnen opstellen. Ze hebben actuele informatie nodig om hun managementvragen te kunnen beantwoorden. Hoe veel donors zijn er vandaag beschikbaar om te doneren? Hoeveel donors zijn er dit jaar geworven? Neemt het aantal inactieve donors toe?

Om te kunnen bepalen hoe solide het donorbestand is en hoe het is opgebouwd, is het waardevol om te weten uit welke donortypen het donorbestand bestaat. Deze informatie

kan worden gebruikt voor donorwervingsactiviteiten, bijvoorbeeld door bloedbanken die voor een groot deel afhankelijk zijn van eerste-donatie-donors. Ook voor bloedbanken die de beschikking hebben over een trouw donorbestand is het van belang om te weten uit welke donortypen het donorbestand bestaat, om te besluiten kunnen of het nodig is om meer aandacht aan donorbehoud te besteden.

Donortypen definiëren

Iedere donorcarrière begint wanneer iemand het afnamecentrum bezoekt, ofwel spontaan ofwel na actieve werving. Een donor kan op meerdere manieren eindigen: door actieve stopzetting, vanwege definitieve afkeuring of door (ernstige) gebeurtenissen in het leven van de donor.

Als de nieuwe donor eenmaal geregistreerd is, kan hij een bijdrage leveren aan de bloedvoorziening door bloed te geven. Het is goed om te beseffen dat een pas-geregistreerde donor nog geen donaties heeft gedaan. De bedoeling is echter dat de pas-geregistreerde donor één of (bij voorkeur) meerdere donaties gaat maken. In de loop van hun donorcarrière zullen donors steeds onder verschillende donortypen vallen.

De makkelijkste manier om donors en niet-donors van elkaar te onderscheiden is te kijken of een persoon daadwerkelijk bloed heeft gedoneerd. Het tellen van het aantal donaties is tevens een manier om donors onderling van elkaar te onderscheiden. Daarom gebruikt DOMAINE het aantal donaties als een maat om de verschillende donortypen samen te stellen en te definiëren. De donortypen worden in Tabel 3 en 4 beschreven. In Tabel 3 worden de donortypen in woorden omschreven.

Tabel 3. DOMAINE-definities die de opbouw van het donorbestand beschrijven

Donortype	DOMAINE-definitie
Donor	Iemand die vrijwillig bloed of bloedcomponenten geeft.
Aspirant-donor	Iemand die de wens te kennen geeft bloed of plasma te willen doneren, maar nog niet geregistreerd is als donor.
Nieuw geregistreerde donor	Een donor die zich heeft laten registreren als donor maar die nog niet gedoneerd heeft.
Eerste-donatie-donor	Iemand die in de afgelopen 12 maanden een eerste en tot op heden enige donatie heeft gegeven.
Trouwe donor	Iemand die ten minste twee keer heeft gedoneerd in de afgelopen 24 maanden. De meest recente donatie is in de laatste 12 maanden gedaan.
Bekende donor	Iemand die ten minste twee keer heeft gedoneerd. Deze donor heeft maar één keer gedoneerd in de afgelopen 12 maanden EN de tijd tussen de laatste en een-na-laatste donatie is meer dan 24 maanden.
Uitvallende donor	Iemand die ten minste één keer heeft gedoneerd in de afgelopen 24 maanden, maar NIET in de afgelopen 12 maanden.
Inactieve donor	Iemand die ten minste één keer heeft gedoneerd. Deze donor heeft zijn/haar meest recente donatie NIET in de afgelopen 24 maanden gedaan, maar staat nog wel geregistreerd in het donorbestand.
Gestopte donor	Iemand die stond geregistreerd als donor en die al dan niet een of meerdere keren heeft gedoneerd, maar die vervolgens, om wat voor reden dan ook, is uitgeschreven uit het donorbestand.

Tabel 4 is een kruistabel van dezelfde donortypen met het aantal donaties en het donatiepatroon. Bloedbanken kunnen het aantal donaties dus gebruiken om de donortypen te bepalen, wat waardevolle informatie oplevert voor hun strategie op het gebied van donormanagement.

Het is belangrijk om te beseffen dat het vaststellen van de verschillende donortypen binnen het donorbestand duidelijke informatie verschaft over de samenstelling van het donorbestand op een specifiek moment. Om de kwaliteit van het donorbestand te beoordelen, wordt er een momentopname gemaakt van de samenstelling op een specifieke datum. Voor het gemak wordt in dit handboek de datum 31 december 2009 gebruikt.

Tabel 4. Kruistabel van donortypen versus het aantal donaties, volgende de DOMAINE-definities

	Donaties		
	vóór 2008	2008	2009
Donor	≥0		
Aspirant-donor	0		
Nieuw geregistreerde donor	0		
Eerste-donatie-donor	0		1
Trouwe donor	≥0	≥0	≥1
Bekende donor	≥1	0	1
Uitvallende donor	≥0	1	0
Inactieve donor	≥1	0	
Gestopte donor	≥0		

4.1.4 Vergelijking van DOMAINE-definities en EU-definities

Voor een aantal van de EU-definities is het niet mogelijk om de relevante donorgegevens rechtstreeks uit de datasystemen te halen. Voortbouwend op de EU-definities, geven de DOMAINE-definities daarom aan welke parameters moeten worden gebruikt om de gegevens uit de datasystemen te halen. De DOMAINE-definities zijn een nadere uitwerking van de EU-definities. Het is mogelijk om de DOMAINE-definities terug te vertalen naar deze EU-definities en vice versa.

Tabel 5 bevat een gedetailleerdere vergelijking tussen de DOMAINE-definities en de EU-definities.

Tabel 5. Verschillen en overeenkomsten tussen de DOMAINE-definities en de EU-definities

DOMAINE-definitie		EU-definitie	Uitleg
Donor	\supset^1	Donor	De DOMAINE-definitie is breder dan de EU-definitie omdat er ook mensen onder vallen die niet noodzakelijkerwijs in een normale gezondheidstoestand verkeren (bijv. voor auto-loog gebruik) EN mensen die andere bloedbe-standdelen dan plasma geven (bijv. trombocyten, leukocyten, stamcellen). Bovendien mag de dona-tie met een informed-consent geheel OF gedeel-telijk worden gebruikt voor niet-therapeutische doeleinden.
Aspirant-donor	\supset	Aspirant-donor	De DOMAINE-definitie is breder dan de EU-definitie omdat er ook mensen onder vallen die te kennen hebben gegeven dat ze willen done-ren, bijv. via internet, algemene opiniepeilingen/ onderzoeken of wervingsactiviteiten. Het aantal aspirant-donors is volgens de DOMAINE-definitie niet vast te stellen en kan alleen worden geschat.
Nieuw geregistreerde donor	\subset	Aspirant-donor	Een pas-geregistreerde donor volgens de DOMAINE-definitie is een aspirant-donor vol-gens de EU-definitie die in het donorbestand is geregistreerd. Het is niet mogelijk om het aantal aspirant-donors te bepalen aan de hand van de EU-definitie.
Eerste-donatie-donor	\neq	Nieuwe donor	Aangezien het aantal donaties het onderschei-dende kenmerk is in de DOMAINE-definities, is de EU-definitie niet geschikt om relevante gegevens uit het donorbestand te halen. Bovendien kan de EU-definitie (iemand die nog nooit bloed of plasma heeft gegeven) ook van toepassing zijn op mensen die geen enkele relatie met de bloedbank hebben, bijv. alle kinderen onder de 16.
Trouwe donor	$\}$	Trouwe donor	De optelsom van de trouwe, bekende en uitval-lende donors volgens de DOMAINE-definitie is gelijk aan het totaal aantal trouwe donors volgens de EU-definitie. De termen Bekende Donor en Uitvallende Donor zijn toegevoegd, omdat een donor die niet regelmatig doneert of een donor wiens donatiefrequentie (abrupt) verandert, ver-schilt van een Trouwe Donor. Dit onderscheid is van belang voor beleid op het gebied van donorbehoud.
Bekende donor			
Uitvallende donor			
Inactieve donor	\approx	Bekende donor	De EU-definitie Bekende Donor heeft geen onder-scheidende waarde. De definitie is gemakkelijk te verwarren met een Trouwe Donor of een Bekende Donor. Bovendien kan een Bekende donor (volgens de EU-definitie) in (een) verschillend(e) afname-centra hebben gedoneerd.
Gestopte donor		Geen equivalent	-
Geen equivalent		Eenmaal geteste donor	-
Geen equivalent		Herhaaldelijk geteste donor	-

1 $A \supset B$ betekent dat elk lid van groep B ook lid is van groep A, terwijl het tegenovergestelde niet vanzelfsprekend het geval is; kortom: groep B vormt een onderdeel van groep A: $A \subset B$ betekent dat groep A een onderdeel vormt van groep B.

4.1.5 Toelichting op de DOMAINE-donortypen

In de komende alinea's wordt elk donortype nader toegelicht aan de hand van voorbeeld-donatiepatronen. De donatiepatronen die gebruikt worden om de donortypen toe te lichten, geven een 'momentopname' van de samenstelling van een donorbestand (in de voorbeelden is de datum 31 december 2009 gebruikt).

Aspirant-donor

Aspirant-donors zijn mensen uit de algemene bevolking die de wens te kennen hebben gegeven bloed of plasma te geven, maar nog niet geregistreerd zijn als bloeddonor. Ze vormen de groep van potentiële donors, maar hebben nog geen donatie gemaakt en zijn nog niet in het donorbestand geregistreerd (zie Afbeelding 1).

Sommige bloedbanken bieden mensen de mogelijkheid om via websites of email aan te geven dat ze bloeddonor zouden willen worden. De omvang van de groep toekomstige donors is echter grotendeels niet bekend bij bloedbanken.



Afbeelding 1. Voorbeeld-donatiepatroon van een toekomstige donor

Nieuw geregistreerde donor

Zodra een aspirant-donor daadwerkelijk geregistreerd is in een donorbestand, wordt hij of zij een nieuw-geregistreerde donor en kan hij worden uitgenodigd voor een eerste donatie. Nieuw geregistreerde donors hebben nog geen donatie gedaan (zie Afbeelding 2).



Afbeelding 2. Voorbeeld-donatiepatroon van een nieuw geregistreerde donor

Eerste-donatie-donor

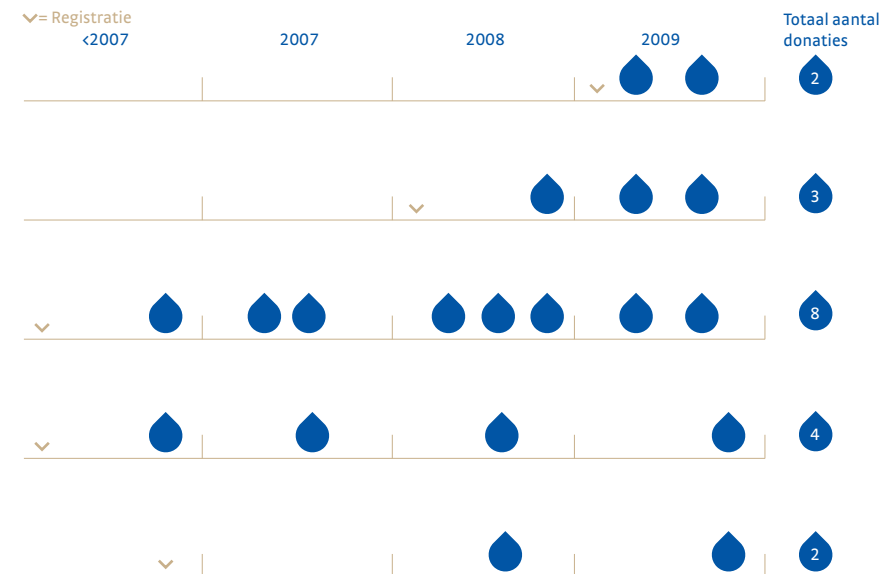
Eerste-donatie-donors zijn nieuwe donors zonder donatiegeschiedenis, die in de afgelopen 12 maanden voor het eerst hebben gedoneerd (zie Afbeelding 3). Wanneer eerste-donatie-donors binnen deze 12 maanden een tweede donatie doen, worden ze trouwe donors.



Afbeelding 3. Voorbeeld-donatiepatroon van een eerste-donatie-donor

Trouwe donor

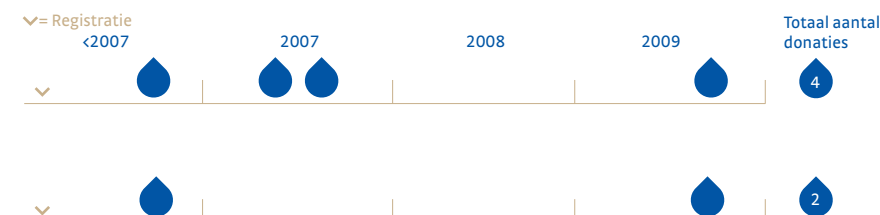
Trouwe donors zijn donors die tenminste twee donaties hebben gedaan, waarvan de laatste binnen de afgelopen 12 maanden. Bovendien moet het donatie-interval tussen de vorige en de daaraan voorafgaande donatie minder dan 24 maanden bedragen (zie Afbeelding 4). Uit het DOMAINE-onderzoek (zie Hoofdstuk 2) kwam naar voren dat de gemiddelde donatiefrequentie voor trouwe vol bloeddonors in 2007 op 1,7 donaties lag.



Afbeelding 4. Vijf voorbeeld-donatiepatronen van trouwe donors

Bekende donor

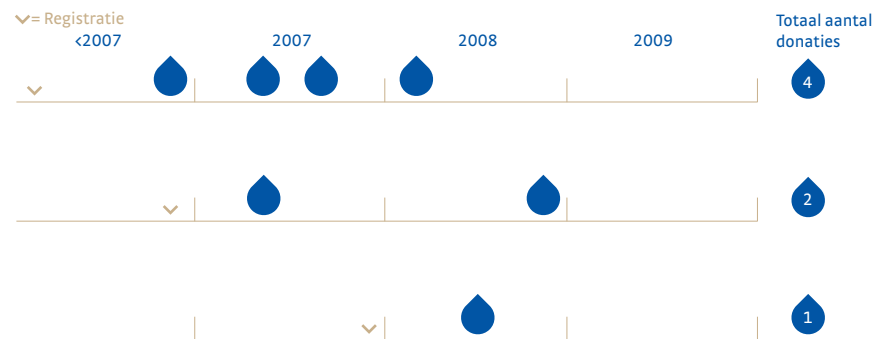
Een bekende donor is iemand die eerder gedoneerd heeft, maar slechts één donatie heeft gedaan in de afgelopen 12 maanden. Bovendien moet het interval tussen de vorige en de daaraan voorafgaande donatie meer dan 24 maanden bedragen (zie Afbeelding 5). Dit type donor is vooral van belang om strategieën op het gebied van donorwerving en -behoud te evalueren.



Afbeelding 5. Twee voorbeeld-donatiepatronen van een bekende donor

Uitvallende donor

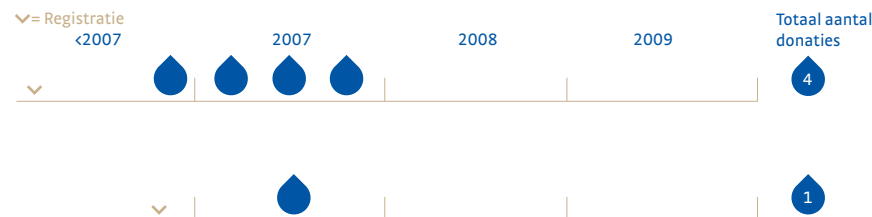
Een uitvallende donor is iemand die tenminste één keer gedoneerd heeft in de afgelopen 24 maanden, maar in de afgelopen 12 maanden geen donatie gedaan heeft (zie Afbeelding 6). Uitvallende donors zijn donors die het risico lopen om inactieve donors of zelfs gestopte donors te worden. Ze zijn daarom een speciale aandachtsgroep voor strategieën op het gebied van donorbehoud. Deze categorie donors is een van de elementen bij het berekenen van het zogeheten donorverloop (zie Hoofdstuk 6 over Behoud).



Afbeelding 6. Drie voorbeeld-donatiepatronen van een uitvallende donor

Inactieve donor

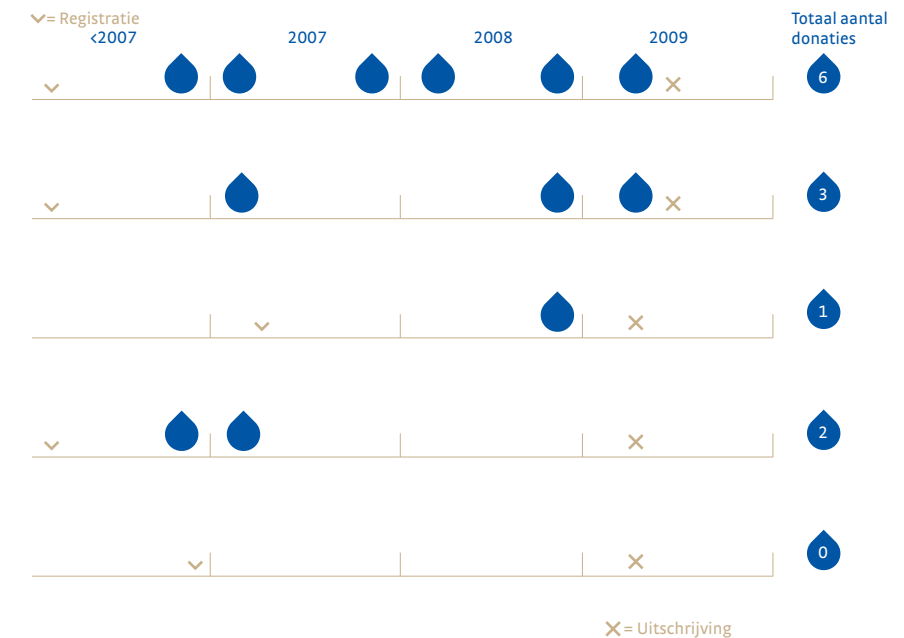
Een inactieve donor is iemand die tenminste één keer gedoneerd heeft, maar NIET in de afgelopen 24 maanden (zie Afbeelding 7). Bovendien is de inactieve donor nog steeds geregistreerd in het donorbestand, en is hij nog geen gestopte donor. Inactieve donors kunnen een aandachtspunt zijn van specifieke strategieën op het gebied van donorbehoud.



Afbeelding 7. Twee voorbeeld-donatiepatronen van een inactieve donor

Gestopte donor

Een gestopte donor is iemand die geregistreerd stond als donor en al dan niet een of meerdere donaties heeft gedaan. De bloedbank heeft, om welke reden dan ook, besloten om geen contact meer op te nemen met deze donor. Deze donor is uitgeschreven uit het donorbestand (zie Afbeelding 8) en wordt niet langer uitgenodigd om te doneren. Relevante gegevens moeten in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving worden gearchiveerd.



Afbeelding 8. Vijf voorbeeld-donatiepatronen van een gestopte donor

4.1.6 Overzicht van de DOMAINE donortypen

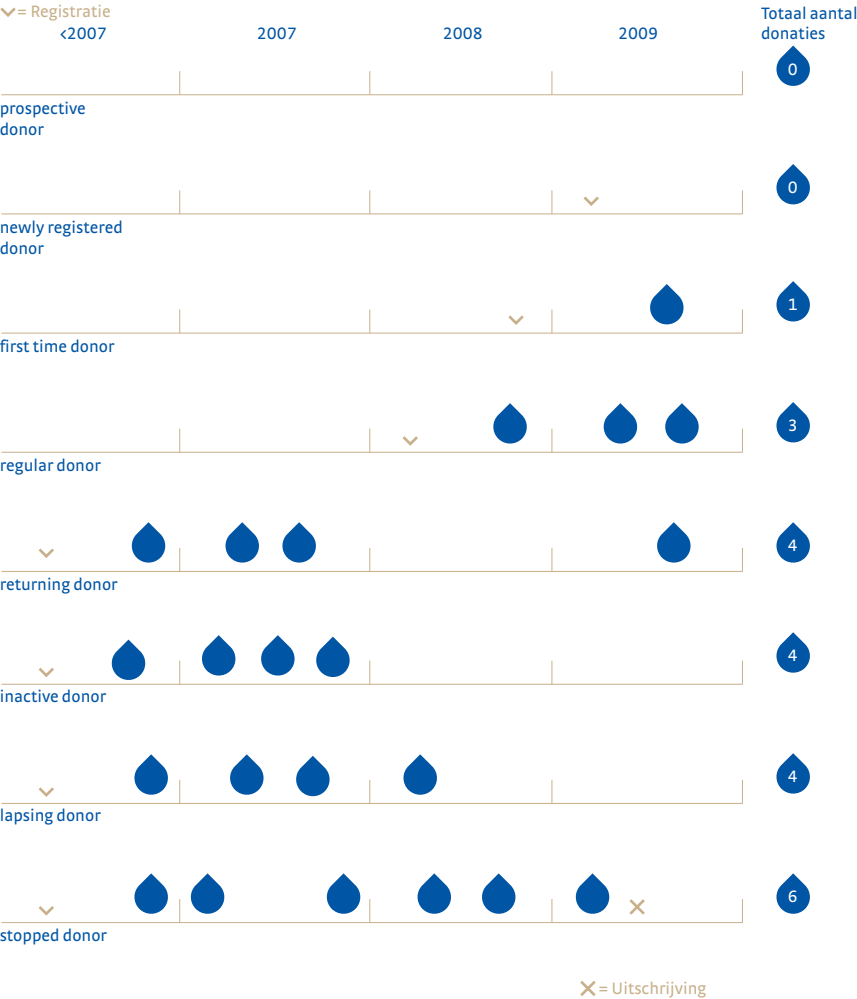
De DOMAINE-definities maken dus onderscheid tussen acht verschillende donortypen. Afbeelding 9 geeft een overzicht van alle verschillende donortypen en laat bij iedere categorie een voorbeeld-donatiepatroon zien.

Samenvatting: Voor goed donormanagement is het van belang dat de informatie over het aantal donors binnen elke categorie up-to-date is. De verschillende donortypen maken het mogelijk om het donorbestand op een specifiek tijdstip te analyseren. Het is bijvoorbeeld belangrijk om te weten hoeveel donors uitvallende donors zijn, d.w.z. donors die inactief dreigen te raken. Het is even belangrijk om actuele informatie te hebben over het aantal trouwe donors. De DOMAINE-definities bieden dus een instrument dat gebruikt kan worden om de donorpopulatie te beheren en/of bij te sturen.

Alleen donors die in het donorbestand geregistreerd staan en beschikbaar zijn voor donatie kunnen persoonlijk en rechtstreeks worden uitgenodigd om naar de bloedbank te komen en bloed te geven. Volgens de DOMAINE-definities bestaat de groep die beschikbaar is voor donatie uit de volgende donortypen die niet tijdelijk afgekeurd zijn: nieuw geregistreerde donors, eerste-donatie-donors, trouwe donors, bekende donors, uitvallende donors en inactieve donors.

Alle donors worden geworven onder de algemene bevolking. Het DOMAINE-onderzoek naar donormanagement laat zien dat Europese landen verschillende leeftijdsriteria

hanteren voor potentiële donors. In de meeste landen geldt een minimumleeftijd van 18 jaar, maar in sommige landen mogen nieuwe donors al op 17-jarige leeftijd voor het eerst doneren (vaak met toestemming van hun ouders). De maximumleeftijd die landen hanteren voor potentiële nieuwe donors loopt behoorlijk uiteen, van 57 tot 65 jaar. Een van de bloedbanken gaf aan geen maximumleeftijd voor potentiële nieuwe donors te hebben.



Afbeelding 9. Overzicht van alle donortypen met bijbehorende voorbeeld-donatiepatronen

4.1.7 DOMAINE-donatietypen

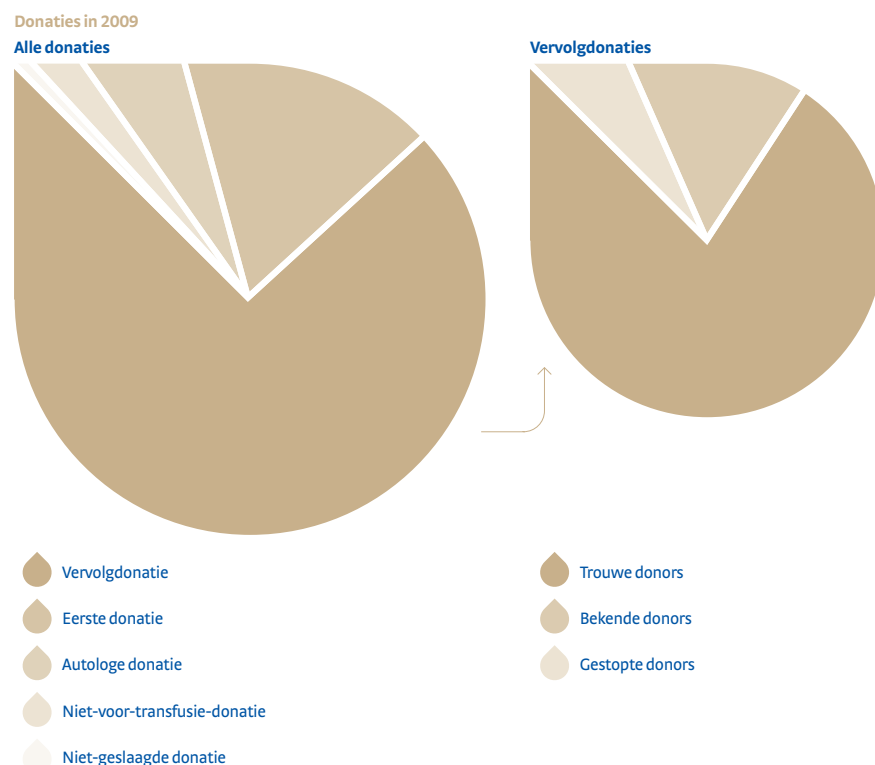
Naast het gebruik van verschillende *donortypen* is het net zo belangrijk om een overzicht te hebben van het aantal en type *donaties* in een bepaalde periode. De volgende set definities verwijst naar de verschillende donatietypen (Tabel 6).

Tabel 6. Kruistabel van donatietypen versus het resultaat van de donatie

Donatietype	Resultaat
Donatie	Het resultaat van het inzamelen van vol bloed of bloedbestanddelen van een individu in één enkele procedure; een donatie wordt geteld vanaf het moment waarop de huid wordt aangeprikt
Geslaagde donatie	Een donatie waarbij het aanprikken van de huid heeft geresulteerd in vol bloed of bloedbestanddelen die geschikt zijn voor bewerking
Eerste donatie	De eerste niet-autologe donatie in het leven van een donor
Vervolgdonatie	Een niet-autologe donatie anders dan eerste donaties
Autologe donatie	De donatie van een donor, die wordt afgenomen voor therapeutisch gebruik bij dezelfde donor

Opmerking: een donatieprocedure wordt aangemerkt als niet-geslaagde donatie als het aanprikken van de huid van de donor niet heeft geresulteerd in vol bloed of bloedbestanddelen die geschikt zijn voor bewerking.

Onder het totale aantal donaties in een bepaald jaar vallen de donaties die gedaan zijn door eerste-donatie-donors, trouwe donors, bekende donors, en een deel van de gestopte donors, en daarnaast de autologe donaties en de donaties die niet voor transfusie worden gebruikt. Het aantal niet-geslaagde donaties valt hier ook onder, zodat het totale aantal donaties gelijk is aan het totale aantal donatieactiviteiten van de bloedbank. Onder het totale aantal donaties vallen per definitie geen donaties van uitvallende donors en inactieve donors. Het totale aantal vervolgdonaties in een jaar bestaat uit de optelsom van de donaties die door trouwe donors, bekende donors en gestopte donors worden gemaakt. Met gestopte donors worden donors bedoeld die in de desbetreffende periode hebben gedoneerd, maar na die donatie zijn gestopt met bloed geven. Afbeelding 10 laat een voorbeeld van de verdeling van de verschillende donatietypen in een bepaalde periode zien.



Afbeelding 10. Voorbeeld van de verdeling van de verschillende donatietypen die samen het totale aantal donaties van een bloedbank vormen

Een van de algemene uitkomsten van het DOMAINE-project is dat veel bloedbanken moeilijkheden ondervinden wanneer ze informatie over het aantal donaties in een specifieke periode uit hun datasysteem willen halen. Daarom moet de donatie-informatie in een donordatabase worden opgeslagen (zie ook Hoofdstuk 11 over Informatietechnologie). Daarnaast moet deze donordatabase zo worden opgebouwd dat het mogelijk is om op een eenvoudige manier donatiegegevens uit het systeem te halen, zodat deze voor managementdoeleinden kunnen worden gebruikt. Nauwkeurige registratie van elke donatie is een absolute voorwaarde om de donortypen op de juiste manier samen te kunnen stellen.

PARAGRAAF 4.2

DONORBESTAND EN HET DONORMANAGEMENT-PROCES

4.2.1 Inleiding

Bloedbanken doen constant hun uiterste best om de bloedproducten te leveren die nodig zijn voor transfusie en farmaceutische doeleinden⁵. Om te zorgen voor een adequate bloedvoorziening is het belangrijk om de vraag vanuit de ziekenhuizen en het aantal donaties in evenwicht te houden⁶.

Elke dag opnieuw zijn er donors nodig om een waardevolle donatie te doen. Voldoende donors zijn van levensbelang voor de gehele bloedtransfusieketen en vormen de basis van goed donormanagement. Bloedbanken zijn daarom in een constante strijd ontwikkeld om genoeg donors aan zich te binden. Om de donorpopulatie voldoende groot en stabiel te houden is er zowel donorwerving als donorbehoud nodig.

Alle geregistreerde donors vormen samen het donor(data)bestand. Zowel voor donorwerving als donorbehoud is het van belang om het aantal donors en donaties en de verschillende donorkenmerken nauwkeurig te registreren⁷. Goed donormanagement vraagt om concrete kennis van het donorbestand, zodat het mogelijk is om tijdig de juiste interventies in te zetten voor werving en behoud. Deze paragraaf beschrijft het proces van donormanagement en de rol die het donorbestand binnen dit proces speelt.

4.2.2 Beschrijving van het donormanagementproces

Donormanagement is een ketenproces, met als doel het verzamelen van bloedproducten. Elke volgende stap in de keten hangt af van het succes van de voorgaande stap. Het ketenproces bestaat uit opeenvolgende handelingen en stappen, van donorwerving tot aan de benodigde bloedproducten. Deze paragraaf gaat kort in op de processtappen die afgebeeld worden in Afbeelding 11. Een uitgebreidere beschrijving van het donormanagementproces is te vinden in Hoofdstuk 3.

Bloeddonors worden geworven onder de algemene bevolking (druppel a). Echter, niet iedereen binnen de algemene bevolking is bereid bloeddonor te worden. De mensen die geïnteresseerd zijn, worden aspirant-donors genoemd (druppel b). Zij vormen de groep potentiële donors.

Om aspirant-donors bewust te maken van het bloeddonorschap en ze te motiveren om donor te worden, moeten er wervingsactiviteiten (druppel 1) op deze groep worden gericht. Een deel van de aspirant-donors zal daadwerkelijk besluiten om zich bij een bloedbank aan te melden als donor. Ze worden als nieuw geregistreerde donor in het donorbestand geregistreerd (druppel c).

Geregistreerde donors die in aanmerking komen voor donatie ontvangen een oproep om te doneren (druppel 2). Donors die een oproep hebben ontvangen, besluiten zelf of ze deze oproep al dan niet opvolgen. De donors die niet reageren (no-show, zie druppel d2) ontvangen opnieuw een oproep. Donors die nooit op een oproep reageren, worden uiteindelijk uitgeschreven uit het donorbestand (druppel g). Donors kunnen ook op een algemenere manier worden uitgenodigd voor donatie, door een oproep via de media. Daarnaast zijn er mensen die de bloedbank spontaan bezoeken en ter plekke geregistreerd worden.

Zowel donors die een persoonlijke oproep hebben ontvangen als donors die via een algemene uitnodiging naar de bloedbank gekomen zijn, worden opgekomen donors genoemd (druppel d1). Deze donors melden zich bij de bloedbank om een medische keuring te ondergaan (donorselectie) die bepaalt of ze aan de criteria voldoen om bloed te mogen geven (druppel 3). In sommige landen krijgen wordt er tijdens het allereerste bezoek van de donor geen donatieprocedure uitgevoerd. Nieuw geregistreerde donors krijgen in die landen bij hun eerste bezoek een uitgebreidere keuring dan andere donors en er worden testbuizen afgenomen voor laboratoriumtests. Als een donor niet aan de criteria voldoet om bloed te geven, krijgt hij een tijdelijk of definitief afgekeurde status (druppel e2). Tijdelijk afgekeurde donors krijgen een nieuwe oproep om te doneren, terwijl definitief afgekeurde donors uit het donorbestand worden uitgeschreven (druppel g).

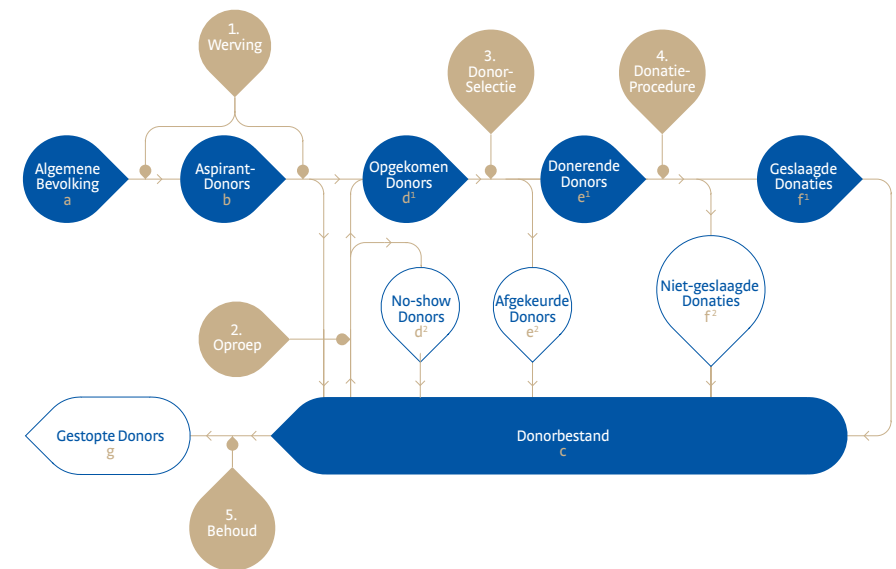
Alle donors die de donorselectie met succes doorlopen, kunnen een donatie doen (druppel e1). De meeste donatieprocedures zijn geslaagde donatieprocedures en resulteren in bloedproducten (druppel f1). Een klein aantal donaties mislukt vanwege ongewenste reacties of niet-geslaagde procedures (druppel f2). Sommige complicaties zorgen ervoor dat donors hun donorcarrière beëindigen (druppel g). Over het algemeen worden donors die een geslaagde donatie hebben geleverd na een bepaalde tijd opnieuw opgeroepen voor donatie.

De laatste stap binnen het donormanagementproces is gericht op donorbehoud (druppel 5). Succesvol donorbehoud heeft als doel de groep definitief gestopte donors zo klein mogelijk te houden.

Donors kunnen om de volgende redenen uit het donorbestand worden gehaald.

- Ze reageren herhaaldelijk niet op een oproep om bloed te geven (druppel d2)
- Ze zijn definitief afgekeurd (druppel e2)
- Ze hebben niet-geslaagde donatieprocedures (druppel f2)
- Ze besluiten zelf om te stoppen

De groep gestopte donors bestaat uit no-show-donors, definitief afgekeurde donors en donors die complicaties ervaren tijdens hun donatieprocedure. Gegevens van gestopte donors worden gearchiveerd (druppel g).



Afbeelding 11. Het donormanagementproces

DONORBESTAND EN DONORTYPEN

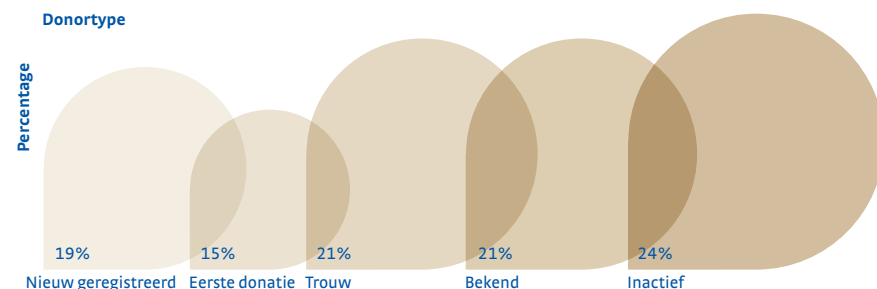
4.3.1 Inleiding

Hoewel alle donors die deel uitmaken van het donorbestand hetzelfde doel hebben, verschillen ze behoorlijk van elkaar. Deze paragraaf kijkt naar de verschillen in de mate van activiteit van de donors in het donorbestand.

4.3.2 Stand van zaken in Europa: samenstelling van de donorpopulatie

Het DOMAINE-onderzoek laat zien dat de samenstelling van de donorpopulaties van de Europese bloedbanken sterk van elkaar verschilt, vooral wat betreft het aantal eerste-donatie-donors en trouwe donors. Sommige bloedbanken zijn voor een groot deel afhankelijk van eerste-donatie-donors om aan de vraag naar bloed te kunnen voldoen. Het totale aantal donaties bestaat bij deze bloedbanken tot wel 35% uit eerste donaties. In een van de bloedbanken vormen de eerste donaties zelfs 81% van het totale aantal vol bloeddones. Andere bloedbanken hebben wel een grote groep trouwe donors tot hun beschikking.

Afbeelding 12 laat de samenstelling van de Europese donorpopulatie zien, gebaseerd op de gegevens van 20 bloedbanken. Het aantal inactieve donors is in verhouding hoog, omdat veel bloedbanken deze donors nooit uitschrijven uit het donorbestand.



Afbeelding 12. Aantal donors per donortype binnen de Europese donorpopulatie

Gewenste situatie

Een toereikende donorpopulatie is van groot belang voor goed donormanagement. In een ideale situatie hebben bloedbanken de beschikking over een grote groep donors die actief bloed geven. Als het aantal trouwe donors in verhouding hoog is en het aantal uitvallende of inactieve donors laag, dan kan het merendeel van de donors die in het donorbestand geregistreerd staan uitgenodigd worden om bloed te geven. Met andere woorden: het aantal donors dat actief bij de bloedvoorziening betrokken is, is

dan relatief hoog. Als bloedbanken over trouwe donors kunnen beschikken, is dat niet alleen voordelig vanuit het oogpunt van bloedveiligheid, maar ook uit kosten oogpunt. De kosten om een donor te behouden voor een vervolgdonatie zijn over het algemeen minder hoog dan de kosten voor het werven van een nieuwe donor.

4.3.3 Actieve, uitvallende en inactieve donors

De set met DOMAINE-definities voor de verschillende donortypen (zie Paragraaf 4.1.3) geeft bloedbanken relevante informatie over de samenstelling van hun donorbestand. De verschillende donortypen zijn samengesteld op basis van het aantal donaties en het donatiepatroon. Deze twee dimensies geven informatie over 'hoe actief' een donor is. Een donor die gedurende de afgelopen twee jaar op regelmatige basis bloed heeft gegeven kan heel anders zijn dan een donor die in de afgelopen twee jaar zes keer heeft gedoneerd, maar in het afgelopen jaar geen donaties heeft gedaan. Binnen de donortypen kan een onderscheid worden gemaakt in mate van 'activiteit'.

Donors die actief doneren, kunnen in drie groepen verdeeld worden (zie Tabel 7).

1. Eerste-donatie-donors
2. Trouwe donors
3. Bekende donors

Actieve donors zijn dus donors die in de afgelopen 12 maanden tenminste één donatie hebben gedaan.

Uitvallende donors hebben in de afgelopen 12 maanden geen donatie gedaan, maar hebben in de afgelopen 24 maanden tenminste één keer bloed gegeven. Uitvallende donors vormen een groep donors die gemakkelijk inactieve donors kunnen worden. Omdat ze een potentieel risico vormen, is het goed om extra donormanagementactiviteiten op deze groep te richten.

Inactieve donors zijn donors die eerder hebben gedoneerd, maar die in de afgelopen 24 maanden geen donatie hebben gedaan. Ze hebben niet actief deelgenomen aan het donatieproces en lopen het risico om hun donorcarrière helemaal te beëindigen.

Samenvatting: Het is belangrijk om de verdeling van de donortypen te monitoren en de ontwikkeling in de tijd in de gaten te houden. Uitvallende donors lopen het risico hun donatieactiviteiten te beëindigen en inactieve of zelfs gestopte donors te worden. Actuele kennis over de verschillende donortypen kan een krachtig instrument zijn om in te zetten voor goed donormanagement, omdat het de aandacht vestigt op die groepen donors die dreigen uit te vallen. Kennis van de samenstelling van het donorbestand maakt het mogelijk om onmiddellijk gerichte activiteiten op het gebied van donorbehoud in te zetten. Mocht het nodig zijn, dan kunnen ook wervingsactiviteiten worden ingezet.

Tabel 7. Kruistabel van donortypen versus hun donatiepatroon

Type	Activiteits-status	Donaties		
		vóór 2008	2008	2009
Donor	ONBESLIST	≥0		
Aspirant-donor		0		
Nieuw geregistreerde		0		
Eerste-donatie-donor	ACTIEF	0		1
Trouwe donor		≥0	≥0	≥1
Bekende donor		≥1	0	1
Uitvallende donor	ACTIEF?	≥0	1	0
Inactieve donor	INACTIEF	≥1	0	
Gestopte donor		≥0		

PARAGRAAF 4.4 DONORBESTAND EN DONORKENMERKEN

4.4.1 Inleiding

Omdat donors het beginpunt van de bloedvoorzieningsketen vormen, is het noodzakelijk om de samenstelling en de kenmerken van de donorpopulatie te kennen, en om de donors in te delen in de categorieën die in de vorige paragraaf zijn beschreven. Het bepalen en registreren welke kenmerken de donors hebben is ook belangrijk voor activiteiten op het gebied van werving en behoud. Tot op zekere hoogte is dit ook van belang voor de veiligheid van bloedproducten. In deze paragraaf worden de verschillende donorkenmerken toegelicht. Daarnaast geeft deze paragraaf informatie over de omvang van het donorbestand en een eenvoudige manier om deze te kunnen schatten.

4.4.2 Donorkenmerken

Voor donormanagementactiviteiten op het gebied van werving en behoud is een grondig inzicht in de actuele kenmerken van de donorpopulatie essentieel.

Geslacht: Zijn mannen en vrouwen evenredig vertegenwoordigd in de donorpopulatie?

Leeftijd: Wat is de gemiddelde leeftijd van de groep trouwe donors? Neemt de leeftijd van de donorpopulatie toe?

Bloedgroepen: Zijn er voldoende donors van iedere bloedgroep?

Beschikbaarheid: Is een donor wel of niet beschikbaar voor donatie? Welk deel van de donors is niet beschikbaar voor donatie?

Afkeuringen: Welk deel de donorpopulatie is tijdelijk afgekeurd?

Als het antwoord op deze en andere vragen duidelijk is, kunnen donorwerving en donorbehoud nauwkeuriger op de juiste groepen worden gericht. Daarbij is nauwkeurige en eenvoudig te verkrijgen managementinformatie over donorkenmerken onmisbaar.

Onder donorkenmerken vallen zowel demografische als medische gegevens. De eerste registratie van een donor is een zeer belangrijk moment om demografische informatie te vragen en op te slaan. Onder demografische informatie vallen gegevens over geslacht, geboorteland, (email)adres en telefoonnummer.

Medische donorgegevens bevatten kenmerken die tijdens de medische keuring en de laboratoriumtests worden gemeten (waaronder bloedgroep, hartslagfrequentie, bloeddruk, lengte, gewicht) en informatie over tijdelijke en definitieve afkeuring. Elk vervolfbezoek van of contactmoment met de donor biedt de gelegenheid om de donor te vragen of de gegevens nog kloppen en, indien nodig, de informatie in het donorbestand bij te werken.

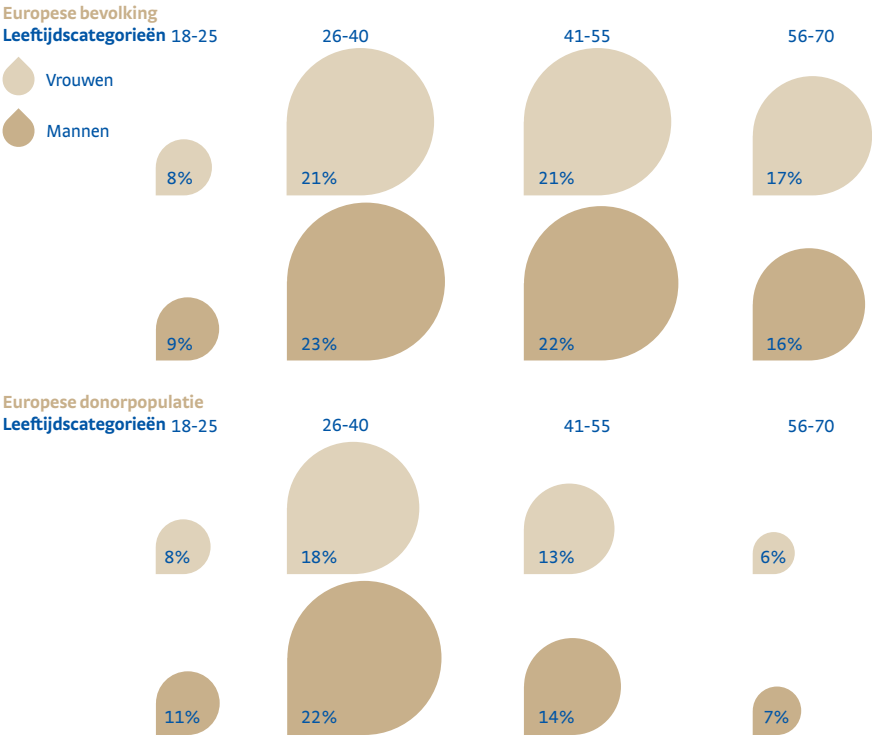
4.4.3 Stand van zaken in Europa

Een aanzienlijk deel van het DOMAINE-onderzoek was gericht op het verwerven van inzicht in de verdeling van leeftijd en geslacht binnen de huidige Europese

donorpopulatie. In de komende alinea's staat een beschrijving van de huidige demografische samenstelling van de donorpopulatie in Europa en een vergelijking met de samenstelling van de algemene Europese bevolking.

Leeftijdverdeling

Nieuwe donors worden geworven onder de algemene bevolking. Er zijn een aantal verschillen in de leeftijdscriteria die Europese bloedbanken hanteren, maar over het algemeen wordt er een minimumleeftijd van 18 jaar gehanteerd. Donors mogen bij de meeste bloedbanken tot 70-jarige leeftijd doneren. Het leeftijdscriterium ligt dus meestal tussen de 18 en 70 jaar.



Afbeelding 13. Leeftijdverdeling van de algemene Europese bevolking en de Europese donorpopulatie

Een vergelijking tussen de leeftijdsverdelingen van de Europese bevolking en de Europese donorpopulatie laat zien dat mannen beter vertegenwoordigd zijn in de Europese donorpopulatie dan vrouwen en dat jonge mensen, d.w.z. mensen onder de 40, beter vertegenwoordigd zijn dan mensen van boven de 40. De donorpopulatie is relatief gezien jonger dan de algemene bevolking.

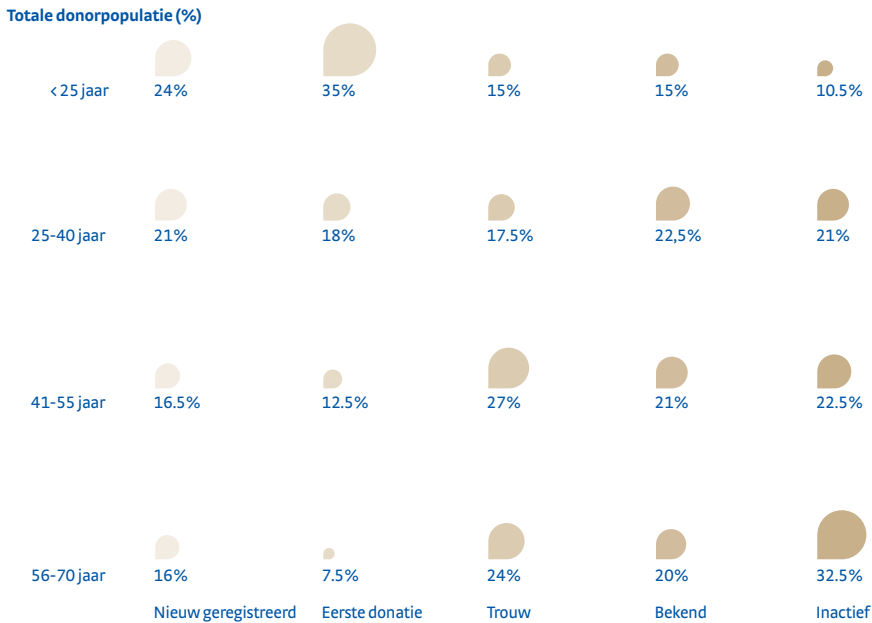
Het vergelijken van de leeftijdsverdeling van de huidige donorpopulatie levert belangrijke kennis op, die kan worden gebruikt voor donormanagement. Zijn alle leeftijdsgroepen evenredig vertegenwoordigd in de donorpopulatie? Zijn er bepaalde interessante leeftijdscategorieën die ondervertegenwoordigd zijn en met speciale wervingsacties bereikt kunnen worden?

Samenstelling van de Europese donorpopulatie binnen de leeftijdscategorieën

Behalve kennis hebben van de leeftijdssamenstelling van de donorpopulatie, bijvoorbeeld dat de meeste donors jonger zijn dan 40 jaar, is het voor donormanagement ook van belang om te weten uit welke donortypen de verschillende leeftijdscategorieën zijn opgebouwd. Zijn de jongere donors binnen de donorpopulatie voornamelijk eerste-donatie-donors of zijn er ook trouwe jonge donors? Ook is het interessant om te weten of er eerste-donatie-donors voorkomen in de oudere leeftijdscategorieën, of dat deze oudere donors voornamelijk trouwe of bekende donors zijn.

Het DOMAINE-onderzoek toont aan dat de aanwezigheid en de verdeling van de verschillende donortypen (nieuw geregistreerde donors, trouwe donors, bekende donors, inactieve donors) per leeftijdscategorie verschilt.

Afbeelding 14 laat het percentage nieuw geregistreerde donors, eerste-donatie-donors, trouwe donors, bekende donors en inactieve donors binnen elke leeftijdscategorie zien, gebaseerd op de gegevens die door 20 bloedbanken zijn aangeleverd. De afbeelding laat zien dat donors onder de 25 voornamelijk nieuw geregistreerde donors of eerste-donatie-donors zijn. De donorpopulatie tussen de 41 en 55 jaar bestaat voor het grootste deel uit trouwe donors. Donors boven de 55 zijn meestal ofwel inactieve donors ofwel trouwe donors. Naarmate de leeftijd toeneemt, wordt het percentage nieuw geregistreerde donors en eerste-donatie-donors kleiner en wordt het percentage inactieve donors juist groter.



Afbeelding 14. Samenstelling van de Europese donorpopulatie per leeftijdscategorie

Gewenste samenstelling van de donorpopulatie

Goed donormanagement vraagt om inzicht in de samenstelling van de donorpopulatie. Als bekend is hoe de actuele samenstelling van de donorpopulatie eruit ziet, is het mogelijk om een vergelijking te maken met de algemene bevolking. Dit verschaft ook informatie over het feitelijke deel van de algemene populatie dat zich inzet als donor.

Omvang: Over het algemeen wordt het wenselijk en haalbaar geacht dat ongeveer 3 tot 4% van de algemene bevolking tussen de 18 en de 70 bloeddonor is (zie ook Paragraaf 4.4.4).

Regelmaat: Daarnaast is het wenselijk om in verhouding veel trouwe donors te hebben, bij voorkeur in alle leeftijdscategorieën. Trouwe donors zijn de meest actieve donors; bij voorkeur bestaat het grootste deel van de donorpopulatie uit trouwe donors. Daarom is een donatiefrequentie van ongeveer twee keer per jaar voor vol bloeddonors en vijf keer per jaar voor plasmadonors gerechtvaardigd.

Etnische diversiteit

Het is niet in alle Europese bloedbanken gebruikelijk om de etnische achtergrond van donors te registreren. Verschillende etnische groepen hebben echter specifieke fenotypen en genotypen die belangrijk kunnen zijn voor patiënten die bloed met deze kenmerken nodig hebben. Het registreren van de etnische achtergrond kan dus toegevoegde waarde hebben voor donormanagement voor patiënten met speciale transfusiebehoeften (zie Hoofdstuk 9 over patiënten die veelvuldige transfusies nodig hebben). Het kan met name de zoektocht naar matchende HLA-donors vereenvoudigen. Het is van belang om erop toe te zien dat de registratie van etniciteit voldoet aan de geldende wet- en regelgeving.

4.4.4 Gewenste omvang van het donorbestand

Het is raadzaam om voorafgaand aan het opstellen van marketingplannen en het werven van donors vast te stellen wat de gewenste omvang van het donorbestand is. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft op zijn website verschillende publicaties over bloed en bloeddonatie gepubliceerd, waaronder publicaties over het aantal donors in de hele wereld. Het aantal donaties dat nodig is, wordt over het algemeen uitgedrukt in het aantal donaties per 1000 inwoners. De WHO gebruikt een ondergrens van 10 donaties per 1000 inwoners per jaar voor een minimale voorraad⁸. Doorgaans doet een donor meerdere bloeddonaties per een jaar. Uit een benchmark van de EBA bleek dat het gemiddelde aantal vol bloeddonaties per jaar per actieve donor op ongeveer 2,0 tot 2,3 lag.

Om het minimale aantal (A) actieve donors te berekenen dat in een bepaald jaar nodig is om aan de vraag te kunnen voldoen, moet bekend zijn wat het gemiddelde aantal donaties (B) per jaar van een donor is en hoeveel donaties er in een jaar nodig zijn (C). Hieruit volgt dat $A = C / B$ (zie Kader 1 voor een rekenvoorbeeld van de benodigde omvang van het donorbestand).

Kader 1. Berekening van het aantal actieve donors

Als het gemiddelde aantal donaties van een actieve donor op 2 per jaar ligt en een bloedbank het WHO-minimum van 10 donaties per 1000 inwoners wil inzamelen, dan is de benodigde omvang van het donorbestand $10 / 2 = 5$ actieve donors per 1000 inwoners, ofwel 0,5%.

Dit betekent dat er in een land met 20 miljoen inwoners 100.000 actieve donors nodig zijn.

Dit cijfer moet echter om twee redenen naar boven worden bijgesteld (zie Kader 2).

Ten eerste is het een feit dat er tijdelijk afgekeurde donors, uitvallende donors en inactieve donors in het donorbestand aanwezig zijn. Het percentage actieve donors kan verschillen (zie Paragraaf 2.2).

Ten tweede voldoen niet alle mensen in een land (of regio) aan de eisen om bloed te mogen doneren, omdat de meeste landen leeftijdscriteria hanteren. Om het cijfer voor deze factor bij te stellen, zijn er demografische gegevens nodig.

Kader 2. Berekening van de omvang van het donorbestand, gecorrigeerd voor inactieve donors en de demografische situatie

Het gemiddelde aantal donaties in Europa is ongeveer 40 donaties per 1000 inwoners⁹.

Met gemiddeld 2,0 donaties per actieve donor per jaar zijn er in totaal aantal 20 actieve donors per 1000 inwoners nodig, wat neerkomt op ongeveer 2,0% van de algemene bevolking.

Als het percentage tijdelijk afgekeurde, uitvallende of inactieve donors in het donorbestand 16,7% (een op de zes) bedraagt, dan moet de omvang van het totale donorbestand 2,4% ($= 6 / 5 * 2,0\%$) van de algemene bevolking bedragen.

Als de leeftijdsgrenzen voor bloeddonatie op de 18 en 65 jaar liggen, dan blijkt uit de demografische gegevens dat ongeveer 75% (drie op de vier) van de algemene bevolking voldoet aan de eisen om bloeddonor te worden. Dit betekent dat 3,2% ($= 4 / 3 * 2,4\%$) van de mensen in de leeftijdsgroep 18-65 in het donorbestand moet zijn opgenomen.

Een 'gemiddeld Europees' land met 20 miljoen inwoners en een gemiddelde vraag naar bloed van 40 vol bloeddonaties per 1000 inwoners zou 480.000 donors in zijn donorbestand moeten hebben, waarvan er 400.000 actieve donors zijn. Het donorbestand bestaat in dit voorbeeld uit 2,4% van de algemene bevolking en 3,2% van de bevolking in de leeftijdsgroep 18-65.

Het is belangrijk om er rekening mee te houden dat dit percentage gecorrigeerd moet worden voor de actuele vraag en aanbod van bloedproducten in een regio of land. Verder is het goed om op te merken dat de bovengenoemde voorbeelden alleen betrekking hebben op vol bloedinzameling. De vraag naar plasma is hier niet in opgenomen.

PARAGRAAF 4.5 DONATIETYPE EN OPKOMSTGEDRAG

4.5.1 Inleiding

Het is voor een bloedbank van essentieel belang om precies te weten hoeveel donors er zijn van een bepaald donortype. Deze informatie is o.a. van belang voor een goed voorraadbeheer. Om te bepalen hoeveel donors moeten worden opgeroepen voor een optimale voorraad, is kennis van zowel de samenstelling van het donorbestand en als het opkomstgedrag van de donor na een (persoonlijke) oproep onmisbaar.

4.5.2 Huidige situatie in Europa: donatietype

Bij het merendeel van de Europese bloedbanken vormen vol bloeddonsors gemiddeld 96% van de totale donorphpopulatie. De resterende 4% bestaat uit plasmadonors (2%), trombocytendonors (1%) of andere aferesedonors (1%).

Gemiddeld voert een derde van de bloedbanken in Europa plasmafereseprocedures uit. Ongeveer de helft van de bloedbanken zamelt trombocyten in bij speciale trombocytendonors. Ongeveer een kwart van de bloedbanken zamelt andere bloedproducten in met speciale afereseprocedures.

4.5.3 Huidige situatie in Europa: opkomstgedrag na een oproep

Het opkomstpercentage bestaat uit het aantal donors dat een afnamesessie bezoekt gedeeld door het totale aantal donors dat een oproep heeft ontvangen. Het opkomstpercentage n.a.v. een persoonlijke oproep is afhankelijk van het donatietype. Er is tussen de verschillende donatietypen een groot verschil in opkomstpercentage n.a.v. een persoonlijke oproep.

Vol bloeddonsors vertonen lage opkomstpercentages die variëren van 5% tot 80%, met een gemiddelde van 35%

Plasma donors vertonen hoge opkomstpercentages die variëren van 90% tot 95%, met een gemiddelde van 92%.

Trombocytendonors vertonen opkomstpercentages die variëren van 50% tot 90%, met een gemiddelde van 83%.

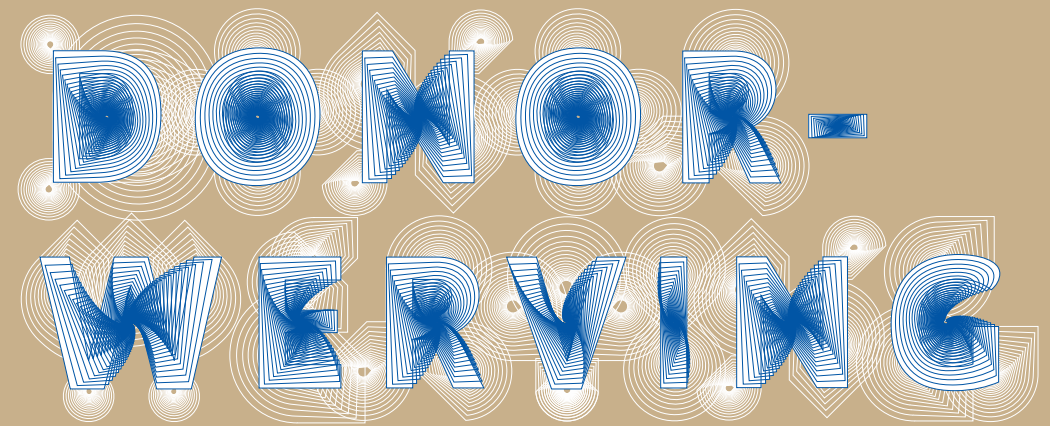
Het hoge opkomstpercentage van zowel plasma- als trombocytendonors kan verklaard worden vanuit het feit dat ze vaak een specifieke afspraak maken om te done- ren. Daarnaast kunnen grotere motivatie en betrokkenheid ook rol spelen. Het feit dat plasmadonors per jaar meer donaties mogen doen dan vol bloeddonsors en per donatie meer tijd op de bloedbank doorbrengen, kan ook een groot verschil uitmaken.

Gewenste situatie

De relatie tussen donor en bloedbank wordt sterker naarmate de donor de bloedbank vaker bezoekt. Daarom is het gunstig om hoge opkomstpercentages te hebben. Dit schept niet alleen een band tussen de donor en de bloedbank, maar verhoogt ook de effectiviteit van het oproepproces.

Referenties

- 1 Aanbeveling van de Raad van 29 juni 1998 inzake de geschiktheid van bloed- en plasmadonors en de screening van donorbloed in de Europese Gemeenschap (98/463/EG). Publicatieblad van de Europese Unie, L203, 21.07.1998, p.14
- 2 Van der Poel CL, Janssen MP & Borkent-Raven B (2007). *Report on the collection, testing and use of blood and blood components in Europe in 2004*. Council of Europe, European Committee (Partial Agreement) on Blood Transfusion
- 3 European Medicines Agency. *Guideline on epidemiological data on blood transmissible infections*. EMEA/CPMP/BWP/125/04. Rev 1, London, 20 May 2009
- 4 Richtlijn 2002/98/EG van het Europees Parlement en de Raad van 27 januari 2003 tot vaststelling van kwaliteits- en veiligheidsnormen voor het inzamelen, testen, bewerken, opslaan en distribueren van bloed en bloedbestanddelen van menselijke oorsprong en tot wijziging van Richtlijn 2001/83/EG van de Raad. Publicatieblad van de Europese Unie, L33, 08/02/2003, p.30
- 5 Nilsson Sojka B, Sojka P (2008). The blood donation experience: self-reported motives and obstacles fro donating blood. *Vox Sanguinis*, 94(1), 56-63
- 6 Greinacher A, Fendrich K, Alpen U, Hoffman W. (2007). Impact of demographic changes on the blood supply: Mecklenburg-West Pomerania as a model region for Europe. *Transfusion*, 47(3), 395-401
- 7 Veldhuizen IJT, Doggen CJM, Atsma F, De Kort WLAM (2009). Donor profiles: demographic factors and their influence on the donor career. *Vox Sanguinis*, 97, 129-138
- 8 World Health Organisation (2009) *Global blood safety and availability. Facts and figures from the 2007 Blood Safety Survey*. Retrieved March 17 2010 from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs279/en/index.html>



Auteurs:
Ingrid Veldhuizen
Gilles Folléa
Angelo Degiorgio,

Thomas Bart
Stefano Fontana
Anita Tschaggelar

Guy Lévy

HOOFDSTUK
05

5.1.1 Inleiding

Activiteiten op het gebied van donorwerving en donorbehoud zijn van cruciaal belang voor alle bloedbanken in de wereld. Om te kunnen zorgen voor een solide en veilige bloedvoorraad, is het echter belangrijk om moderne marketingprincipes op deze activiteiten toe te passen.

Het DOMAINE-onderzoek heeft o.a. gekeken naar de manier waarop Europese bloedbanken vorm geven aan donorwerving. De onderzoeksresultaten staan in deze paragraaf centraal. Daarna beschrijft Paragraaf 5.2 wat de principes van effectieve marketing zijn en hoe deze kunnen worden toegepast op donorwerving. Hoofdstuk 6 beschrijft vervolgens hoe deze marketingprincipes kunnen worden gebruikt voor donorbehoud.

5.1.2 Marketingstrategieën in Europa

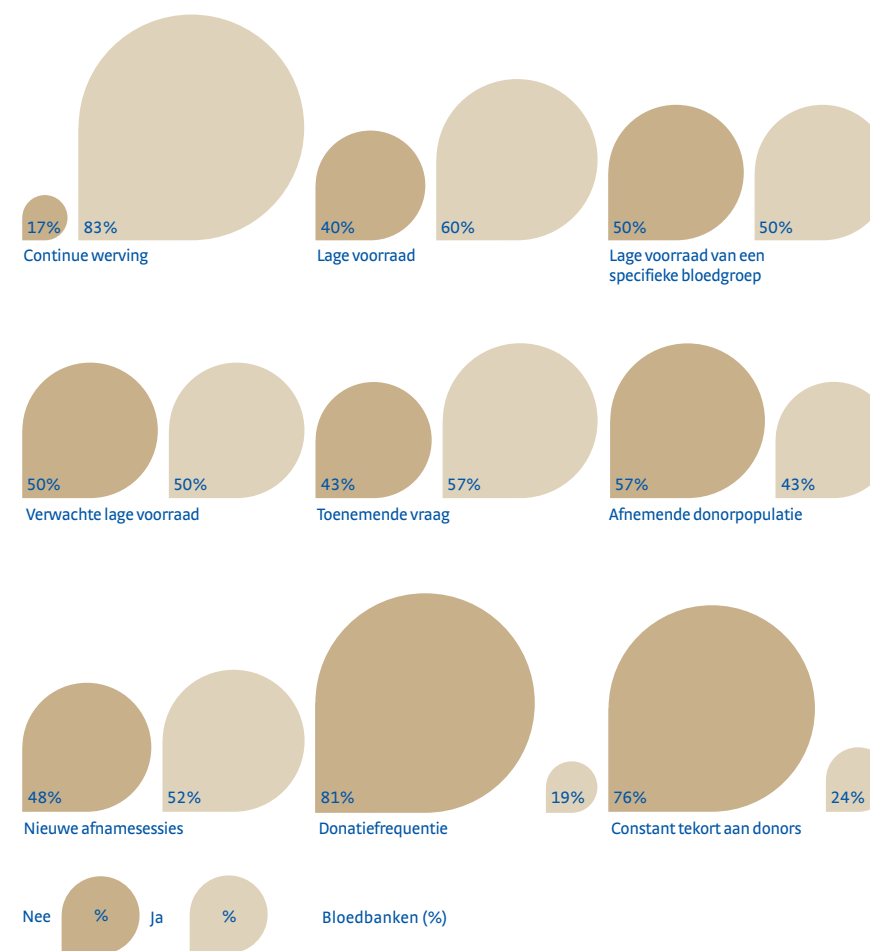
Uit de resultaten van het DOMAINE-onderzoek (zie Hoofdstuk 2) komt naar voren dat de meeste bloedbanken een marketingstrategie of een reclamestrategie hebben opgesteld voor donorwerving. De bloedbanken geven aan dat ze verschillende criteria hanteren op basis waarvan ze beslissen of er al dan niet nieuwe donors moeten worden geworven (zie Afbeelding 1 en Kader 1).

Kader 1. Verschillende aanleidingen om nieuwe donors te werven

- Dagelijkse routine
- (Verwachte) lage bloedvoorraad
- (Verwachte) lage bloedvoorraad van een specifieke bloedgroep
- Toenemende vraag naar bloedproducten
- Afnemende donorpopulatie
- Het starten van nieuwe afnamesessies
- Donatiefrequentie

De meerderheid van de bloedbanken werft donors op regelmatige basis, omdat er constant donors stoppen vanwege leeftijdsredenen, afkeuring of uitval. Daarnaast zijn er diverse andere situaties die ertoe kunnen leiden dat er nieuwe donors moeten worden geworven, zoals een (verwachte) lage bloedvoorraad, of het opstarten van een nieuwe afnamesessie. De donatiefrequentie wordt ook vaak genoemd als reden om donors te werven, omdat bloedbanken ernaar streven om een gemiddelde donatiefrequentie per specifieke tijdsperiode aan te houden. Het kan bijvoorbeeld een streven zijn om de donatiefrequentie voor vol bloeddonors op 1.6 keer per jaar te houden. Een stijging of daling in de donatiefrequentie heeft gevolgen voor het aantal donors dat opgeroepen moet worden, en dus voor het aantal beschikbare donors. Het is echter van groot belang om de donatiefrequentie grondig te analyseren, omdat

tegenstrijdige redenen voor donorverloop deze verschillen kunnen veroorzaken. Het is goed om bij het bepalen van wervingsdoelstellingen rekening te houden met (regionale) demografische gegevens, trends in de ontwikkeling van de donorpopulatie en trends in de vraag naar bloedbestanddelen. Door regelmatig informatie uit te wisselen met ziekenhuizen is het mogelijk om de productie van bloedbestanddelen aan te passen op de transfusiebehoeften, en op deze manier tekorten of hoge outdatingspercentages te voorkomen.



Afbeelding 1. Redenen om nieuwe donors te werven

Het DOMAINE-onderzoek laat zien dat de meerderheid van de bloedbanken tegen factoren aanloopt die het werven van donors bemoeilijken. Het gaat om o.a. de volgende beperkingen.

- Een klein budget
- Veranderingen in wet- en regelgeving, bijvoorbeeld strengere selectiecriteria vanwege de ziekte van Creutzfeldt-Jacob of vanwege het feit dat donors die ooit een bloedtransfusie hebben ontvangen niet meer mogen doneren
- De aanwezigheid van commerciële bloedbanken
- Andere factoren, zoals verandering in levensstijl en de commercialisering van de samenleving

Kader 2. Afdelingen of organisaties die wervingsactiviteiten uitvoeren

- Marketingafdeling
- Unit Donorzaken
- Afnameteams
- Het Rode Kruis
- Vrijwilligersorganisaties
- Studentenorganisaties
- Outsourcing naar een andere (particuliere) organisatie

5.1.3 Wervers

Wervingsactiviteiten kunnen door verschillende afdelingen of organisaties worden uitgevoerd. Meer dan de helft van de bloedbanken in Europa heeft een speciale wervingsafdeling, op regionaal of landelijk niveau. Deze wervingsafdeling is verantwoordelijk voor het selecteren, plannen en uitvoeren van de wervingsactiviteiten. Deze wervingsafdelingen besteden de uitvoering van de wervingsactiviteiten vaak uit aan andere afdelingen, vaak aan meerdere afdelingen tegelijkertijd. Zo kunnen bijvoorbeeld zowel de unit Donorzaken als de inzamelingsteams gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de werving van (nieuwe) donors (zie Kader 2).

5.1.4 Prestatie-indicatoren (PI's) voor werving

Het is niet eenvoudig om het resultaat van wervingsactiviteiten te beoordelen. Veel wervingsactiviteiten lopen tegelijkertijd, waardoor het moeilijk wordt om de campagnes afzonderlijk te beoordelen. Toch kunnen de volgende algemene PI's bruikbaar zijn.

- Aantal nieuw-geregistreerde donors in een bepaald jaar
- Percentage nieuw-geregistreerde donors van het totale aantal donors in een bepaald jaar
- Aantal eerste-donatie-donors in een bepaald jaar
- Percentage eerste-donatie-donors van het totale aantal donors in een bepaald jaar
- Wervingskosten en/of registratiekosten van een nieuw-geregistreerde donor
- Wervingskosten, registratiekosten en oproepkosten per eerste-donatie-donor

PARAGRAAF 5.2

MARKETINGPRINCIPES TOEGEPAST OP DONORS

5.2.1 Inleiding

De term marketing wordt door diverse beroepsorganisaties op verschillende manieren uitgelegd. De marketing die wordt gebruikt voor bloedbankactiviteiten wijkt echter behoorlijk af van de 'klassieke' benadering van marketing. Ten eerste werken bloedbanken in een non-profitomgeving. Daarnaast gaat marketing binnen de bloedbank niet om het verkopen of aanbieden van producten, maar om het verkopen van een goed gevoel aan donors. Marketing binnen de bloedbank heeft als doel donors te werven en te behouden. We streven naar een 'levenslange' relatie tussen de donor en de bloedbank, omdat dit gunstig is voor de kosteneffectiviteit en voor de bloedveiligheid¹⁻⁴. Deze doelen moeten worden bereikt zonder dat de donor enige vorm van vergoeding krijgt. Bovendien is het moeilijk is om te nauwkeurig te bepalen hoe succesvol de wervings- en behoudsstrategieën zijn. Deze factoren maken marketing binnen de bloedbank tot een gecompliceerd proces.

Er zijn diverse marketingmodellen die op donormanagement kunnen worden toegepast, zoals bijvoorbeeld het AIDA-model (attention, interest, desire, action, ofwel attentie, interesse, verlangen, actie). In dit DOMAINE-handboek gebruiken we de marketingbenadering van de 'vier-fasen-cyclus' die in 2004 door de bloedbank van Québec (Héma-Québec) en de Donor Loyalty Group werd geïntroduceerd⁵. Het is gebleken dat dit model bruikbaar is voor zowel donorwerving als donorbehoud.

Marketing wordt meestal gedefinieerd als 'het proces van het bedenken en uitvoeren van het ontwerp, de prijszetting, de promotie en de distributie van ideeën, goederen en diensten om zo een ruil te creëren waarbij aan de wens van zowel de klant als de organisatie wordt voldaan'. In onze context bestaat marketing uit twee onderdelen: donorwerving en donorbehoud. Het wordt ten eerste gebruikt om bloeddonoratie te promoten, om de bevolking te informeren over de vraag naar bloed en om de opvattingen over bloeddonoratie te veranderen, zodat meer mensen bloeddonor worden (donorwerving). Marketing is ook een krachtig instrument om donors aan te sporen om keer op keer bloed te blijven geven (donorbehoud, Hoofdstuk 6).

Het is voor elke bloedbank aan te raden om de strategieën voor planning en inzameling af te stemmen op de verwachte vraag naar bloed. Deze plannings- en collectiestrategieën kunnen vervolgens als input dienen voor een gedetailleerder marketingplan.

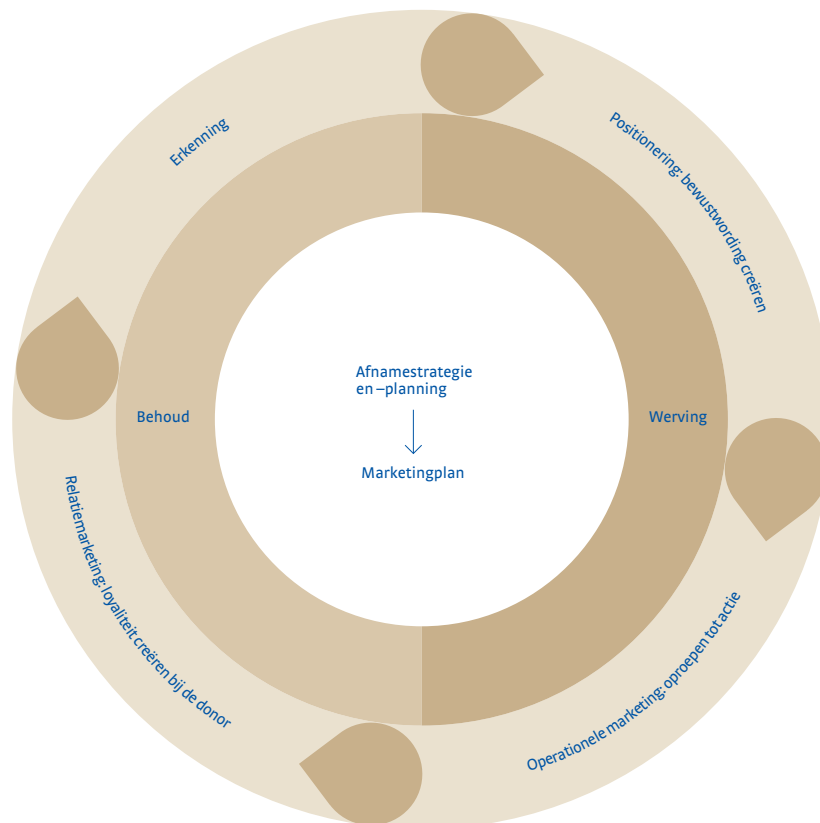
In dit hoofdstuk komen de vier onderdelen van de marketingcyclus aan bod. De cyclusederdelen die betrekking hebben op donorwerving worden in dit hoofdstuk beschreven. De onderdelen uit de marketingcyclus die te maken hebben met donorbehoud komen in Hoofdstuk 6 aan de orde.

5.2.2 Marketingcyclus

Marketingactiviteiten binnen de bloedbank hebben de vorm van een cyclus met vier fasen⁶ (zie Afbeelding 1).

1. **Positionering:** bewustwording creëren bij het algemene publiek
2. **Operationele marketing:** oproepen tot actie
3. **Relatiemarketing:** loyaliteit creëren bij de donor
4. **Erkenning**

De eerste twee fasen (positionering en operationele marketing) spelen een rol binnen donorwerving en donorbehoud. De laatste twee fasen (relatiemarketing en erkenning) hebben alleen te maken met donorbehoud en worden in het volgende hoofdstuk behandeld.



Afbeelding 2. De vier fasen van marketing (gebruikt met toestemming van Héma Québec)⁶

Fase 1: Positionering

De opvattingen over die mensen hebben over bloeddonatie kunnen op een positieve manier worden beïnvloed door strategische acties. Positionering heeft daarom als doel dat het algemene publiek zich bewust wordt van de vraag naar bloed en het maatschappelijke belang van bloeddonatie. In een ideale situatie zorgt positionering voor een positief beeld van bloeddonatie bij de algemene bevolking, waardoor mensen het gevoel hebben dat ze tot een groep behoren en de maatschappelijke relevantie het bloeddonschap inzien.

Positionering speelt zowel bij donorwerving (zie Paragraaf 5.3) als bij donorbehoud (zie Paragraaf 6.2) een rol. Bij nieuwe donors is het doel van positionering het creëren van de startmotivatie. Het gaat hier om het wervingsproces dat voorafgaat aan de eerste donatie. Bij mensen die al langer donor zijn is het doel van positionering dat ze gemotiveerd blijven om bloed te geven; hier gaat het om het wervingsproces voor vervolgdonaties.

Fase 2: Operationele marketing

Operationele marketing is erop gericht het aantal donors dat de bloedbank binnen het verzorgingsgebied van de bloedbank bezoekt, te verhogen. De belangrijkste vraag hierbij is: hoe kunnen we ervoor zorgen dat er meer mensen naar de bloedbank komen om bloed komen geven? Acties op het gebied van operationele marketing kunnen qua vorm en inhoud verschillend zijn, maar ze moeten regelmatig worden herhaald. Bij het ontwikkelen van strategieën om mensen naar de bloedbank te laten komen voor een bloeddonatie is goed om erbij stil te staan dat niet alle donors hetzelfde zijn. De beste manier is om de communicatiemiddelen en boodschap aan te passen aan de verschillende donorsegmenten, zoals nieuw-geregistreerde donors, eerste-donatie-donors en trouwe donors.

Operationele marketing is zowel voor donorwerving (zie Paragraaf 5.4) als donorbehoud (zie Paragraaf 6.3) van belang.

Fase 3: Relatiemarketing

Relatiemarketing is van essentieel belang voor donorbehoud (zie Paragraaf 6.4). Het is erop gericht om donors terug te laten komen voor een vervolgdonatie. Relatiemarketing kan worden gedefinieerd als meetbare bedrijfscommunicatie met als doel een individuele, directe, interactieve en langdurige relatie tussen de donor en de bloedbank tot stand te brengen. Relatiemarketing gaat ervan uit dat het belangrijk is om donors voor de lange termijn te behouden en is dan ook een proces dat langere tijd loopt.

Het doel van relatiemarketing is het creëren van loyaliteit en het zorgen voor een hoge mate van donortevredenheid. Zowel de donorbehoudsmaatregelen tijdens het donatieproces zelf als speciale campagnes op het gebied van donorbehoud vallen onder relatiemarketing. Om ervoor te zorgen dat elke afnamesessie succesvol verloopt, en om snel te kunnen reageren op een plotselinge vraag naar bloed, moeten de communicatie-instrumenten die gebruikt worden voor relatiemarketing kunnen worden aangepast, om ervoor te zorgen dat donors direct reageren op een oproep om bloed te geven en om de voorraad voor (bepaalde) producten weer te kunnen aanvullen voor de lange termijn of voor speciale bloedgroepen.

Fase 4: Erkenning

De vierde fase, erkenning, is een set van middelen die erop gericht zijn om donors te bedanken voor hun buitengewone gebaar en om ervoor te zorgen dat ze gemotiveerd blijven om te blijven doneren. D.m.v. erkenning kan een bloedbank een nauwe band met de donor onderhouden. Erkenning is belangrijk om een gevoel van trots te creëren bij de donor. Erkenning verhoogt het gevoel dat bloed geven van grote waarde is en moedigt de donor aan om meerdere keren bloed te geven. Door donors erkenning te geven, wordt het belang van bloed geven onderstreept bij het algemene publiek. Paragraaf 6.5 beschrijft hoe erkenning kan worden gebruikt voor donorbehoud.

POSITIONERING ALS MARKETINGTOOL VOOR DONORWERVING

5.3.1 Inleiding

Het doel van positionering, de eerste fase van de marketingcyclus, is het algemene publiek bekend maken met de vraag naar bloed en het belang van bloeddonatie. Hiervoor worden wervingsactiviteiten ingezet. Zowel de boodschap (de wervingsinhoud) als het middel (de wervingsmethode) spelen een belangrijke rol bij het verhogen van de intentie om te doneren.

5.3.2 Werving: de inhoud wervingsboodschap

Wervingsactiviteiten hebben tot op heden meestal weinig succes⁷. Dit kan, in ieder geval voor een deel, liggen aan het feit dat wervingsstrategieën vaak op basis van een niet-theoretische aanpak worden ontwikkeld⁸.

Wervingsmaterialen bevatten meestal informatie over de constante behoefte aan bloed, de donatieprocedure, veiligheidsaspecten, eisen om bloed te mogen geven, enzovoort. Hoewel deze materialen goed werken om informatie over te brengen aan potentiële nieuwe donors, dragen ze niet veel bij aan donorwerving. De informatie in deze wervingsmaterialen vertaalt zich niet naar effectieve werving, omdat de boodschap niet appelleert aan de attitude of aan de zelfeffectiviteit van een potentiële donor⁹. Om effectief te kunnen zijn, moeten wervingsmaterialen de boodschap bevatten dat bloed geven iets goeds is, dat anderen er positief tegenover staan en dat het een activiteit is die binnen ieders mogelijkheden ligt.

De effectiviteit van werving kan worden verhoogd door te appelleren aan specifieke psychologische constructen, waarvan bekend is dat ze de beslissing om bloed te geven beïnvloeden¹⁰⁻¹³. Een sociaal cognitiemodel dat veel wordt toegepast in de context van bloeddonatie is de *Theorie van Gepland Gedrag*. Volgens dit model is intentie de primaire motivationele determinant van gedrag. Hoe hoger de intentie om bloed te geven, hoe hoger de kans is dat hij of zij daadwerkelijk een donatie doet^{13,14}. Het creëren van de intentie om te doneren is daarom belangrijk bij het ontwerpen van wervingsmaterialen. De intentie om te doneren wordt door drie factoren bepaald: attitudes, subjectieve norm en zelfeffectiviteit.

Attitude verwijst naar iemands totale evaluatie van het betreffende gedrag, bijvoorbeeld bloed geven. Een positieve attitude verhoogt de intentie om bloed te geven.

Subjectieve normen verwijzen naar de manier waarop mensen die belangrijk zijn voor de potentiële donor het voorgestelde gedrag evalueren: de sociale steun die

iemand ervaart. Vinden andere mensen die belangrijk zijn voor de nieuwe donor dat bloed geven belangrijk is?

Zelfeffectiviteit verwijst naar het gevoel dat iemand heeft dat hij in staat is om het gedrag succesvol uit te voeren, d.w.z. bloed geven.

Samengevat: kan een succesvolle wervingsboodschap kan de intentie om bloed te geven verhogen, door de volgende methoden te gebruiken.

- Een positieve attitude t.o.v. bloed geven creëren
- Gehoor geven aan de behoefte aan goedkeuring door anderen
- Het gevoel van zelfeffectiviteit vergroten; potentiële nieuwe donors het gevoel geven dat bloed geven iets is waartoe ze in staat zijn

Wervingsmaterialen die een specifiek appel doen op deze constructen zorgen voor positieve en consistente gedragsveranderingen^{15,16}.

5.3.3 Inhoud van wervingsboodschappen in Europa

Het DOMAINE-onderzoek laat zien dat de inhoud van wervingsboodschappen die in Europa worden gebruikt behoorlijk divers is. Het meest opvallend is dat het merendeel van de bloedbanken zich richt op informatieoverdracht aan de donor: informatie over bloed in het algemeen en over het donatieproces zelf. Voor het aanspreken van de attitude van een potentiële nieuwe donor gebruiken bloedbanken verhalen van patiënten, en beroemdheden die als rolmodel fungeren.

Het is niet duidelijk of wervingsmaterialen ingaan op de behoefte van nieuwe donors dat andere mensen hun donorschap ondersteunen. Ook is het onduidelijk of wervingsmaterialen inspelen op het gevoel van zelfeffectiviteit.

Samengevat: De inhoud van wervingsboodschappen is vooral gericht op informatieoverdracht en niet zozeer op het verhogen van de attitude van de donor. De positieve invloed van wervingsmaterialen op iemands intentie om te doneren zal dus relatief klein zijn. Het wervingseffect zal hoogst waarschijnlijk toenemen als de wervingsboodschappen inspelen op deze factoren.

- Bloed doneren is een goede daad
- Bloed geven brengt sociale goedkeuring met zich mee
- Bloed geven is eenvoudig om te doen: 'ja, ik kan bloed geven'

Bij donorwerving hangt het ook af van de nationale en lokale cultuur welke wervingsboodschappen effectief zijn. Het is belangrijk om hier rekening mee te houden. Veel bloedbanken gebruiken bijvoorbeeld een wervingsboodschap die wijst op het belang voor de patiënt, omdat dit appelleert aan normen die in hun samenleving zeer hoog staan aangeschreven.

5.3.4 Wervingsmethoden

De bloedbanken in Europa maken gebruik van veel verschillende wervingsmethoden (zie Tabel 1). Uit onderzoeken waarin donors werd gevraagd naar de belangrijkste reden voor hun eerste bloeddonatie, kwam duidelijk naar voren dat oproepen via de media en donor-werft-donor-strategieën de meest effectieve manieren waren om nieuwe donors te werven¹⁶. Het DOMAINE-onderzoek bevestigt deze bevinding, wat blijkt uit de top 5 van meest effectieve wervingsmethoden.

1. Reclame op landelijke TV
2. *Donor-werft-donor*
3. Reclame op landelijke radio
4. Direct mail-campagnes
5. Belacties

Tabel 1. Wervingsmethoden

Wervingsmethode	Gebruikt door % van de bloedbanken
Folders	83%
Werving in grote bedrijven	83%
Bewustwordingsprogramma's op scholen	80%
Reclames op lokale radio	81%
Website	79%
Advertenties in lokale kranten	79%
Kleine attenties	71%
Vrijwilligers	71%
Wervingsinformatie in openbare gebouwen	69%
Wervingsteams bij evenementen	69%
Donor-werft-donor	64%
Reclame op landelijke televisie	62%
Reclame op landelijke radio	62%
Samenwerking met lokale autoriteiten	62%
Reclame in landelijke kranten	60%
Samenwerking met andere non-profitorganisaties	57%
Reclame op lokale televisie	55%
Direct-mail-campagnes	55%
Studentenwerfers	55%
Samenwerking met leger	52%
Samenwerking met politie	50%
Locale Rode Kruis	45%
Wervingsinformatie in kerken	43%
Advertenties in tijdschriften	41%
Samenwerking met hulpdiensten	33%
E-mailcampagnes	27%
Telefonische marketing	24%
Vervangende donors	19%
Huis-aan-huis-werving	14%

Media: Reclame op televisie of advertenties in kranten hebben een groot bereik als het gaat om het aankondigen van afnamesessies of het overbrengen van de boodschap van het bloeddonschap. Het merendeel van deze reclames en advertenties is niet gepersonaliseerd; d.w.z. ze roepen de algemene bevolking op om bloed te geven (zie Tabel 1). Kader 3 bevat een voorbeeld van een Zwitserse campagne, waarbij een dubbeldekker werd ingezet. Een voorbeeld van een grootschalige wervingscampagne in België staat in Kader 4.

Kader 3. Dubbeldekkercampagne in Zwitserland

Doelen: De aandacht voor bloed geven verhogen en een mogelijk tekort tijdens de zomerperiode voorkomen.

Methoden: Tussen 14 juni (Wereld Bloeddondag) en 22 augustus 2009 heeft een rode dubbeldekker alle grote steden in Zwitserland bezocht. De bus stopte op drukbezochte plekken. Mensen werden uitgenodigd om bloed te geven in de dubbeldekker. Er werd op verschillende manieren reclame gemaakt, bijvoorbeeld met behulp van gadgets, folders, toezeggingkaartjes en landelijke en lokale media¹⁸.

Resultaten: 12 van de 13 bloedbanken deden mee met de wervingscampagne. Al deze bloedbanken hadden zeer positieve ervaringen. Ook voorbijgangers reageerden positief op de dubbeldekker. Gedurende 55 dagen werden er 2245 donaties ingezameld, voornamelijk van donors die anders niet naar een afnamesessie waren gekomen om bloed te geven.

Resultaten van de dubbeldekkercampagne (van 14-06-2009 tot 22-08-2009)		
Bloedbank	Aantal donaties in dubbeldekker	Nieuwe donors in dubbeldekker
1	838	381
2	152	84
3	93	niet beschikbaar
4	35	19
5	144	97
6	137	19
7	55	niet beschikbaar
8	18	10
9	0	0
10	649	niet beschikbaar
11	46	24
12	178	107



Afbeelding 3. Dubbeldekkercampagne in Zwitserland

Kader 4. Mediacampagne in België

Het Belgische Rode Kruis lanceerde in 2009 een grote mediacampagne om nieuwe donors te werven. Elke maand gingen een of meer Belgische beroemdheden de uitdaging aan om 4000 nieuwe donors te werven. Deze beroemdheden namen samen een single en een videoclip op voor de campagne. De TV-presentatoren, acteurs en zangers hebben gebruikt gemaakt van verschillende media om de aandacht van potentiële donors te trekken: kranten, landelijke en regionale TV, SMS, websites, blogs en evenementen¹⁷.

Persoonlijk contact: Het is belangrijk om familie of vrienden te hebben die achter het idee van bloeddonatie staan of zelf bloed geven^{8, 13, 19}. Persoonlijk contact met vrienden, familieleden en collega's is een belangrijk motivatie-instrument. Het is vaak de belangrijkste of een van de belangrijkste redenen om voor de eerste keer bloed te geven^{9, 20-23, 25}. Daarnaast zijn bestaande donors vaak graag bereid om te helpen met het werven van vrienden of familieleden.

De *donor-werft-donor-methode* of de *breng-een-vriend-mee-methode* heeft een andere insteek dan de andere wervingsmethoden. De kracht ligt in de directe invloed van de donor op de potentiële nieuwe donor. De Nederlandse *donor-werft-donor-methode* staat beschreven in Kader 5.

Kader 5. Donor-werft-donor in Nederland

Sanquin zet de *donor-werft-donor-campagne* in als er op specifieke afnemelocaties nieuwe donors nodig zijn of als er behoefte is aan donors met een specifieke bloedgroep. Donors krijgen een informatiepakket thuisgestuurd, met daarin een folder en registratieformulieren in de vorm van ansichtkaarten. De folder bevat nadere informatie over de behoefte aan nieuwe donors en legt uit hoe de donor het onderwerp bloeddonatie met toekomstige donors kan bespreken. De donor kan de registratieformulieren gebruiken om weg te geven, zodat ze voor de potentiële donor dienen als geheugensteuntje en als stimulans om zich te registreren en bloed te gaan geven.



5.3.5 Doelgroepen

De meeste bloedbanken richten een deel van hun wervingsactiviteiten specifiek op de volgende groepen donors.

- Jonge donors
- Etnische groepen
- Specifieke bloedgroepen

a. Jonge donors

Het DOMAINE-onderzoek toont aan dat ongeveer de helft van de bloedbanken wervingscampagnes heeft die speciaal op jongeren (onder de 25) gericht zijn. Het achterliggende idee is dat jonge donors voor een langere tijd aan de bloedvoorziening kunnen bijdragen. Jongeren worden echter vaker afgekeurd vanwege hun levensstijl; ze krijgen vaker complicaties en ze stoppen vaker met doneren dan donors uit andere leeftijdscategorieën²⁵⁻²⁸.

Jonge donors en wervingsmethoden

De campagnes die gericht zijn op jongeren lopen behoorlijk uiteen. Uit het DOMAINE-onderzoek blijkt dat Europese bloedbanken gebruik maken van de volgende methoden.

- Voorlichting geven aan jongeren die nog op school zitten: informatie geven over de vraag naar bloed, de bloedbank en het donatieproces
- Studenten inzetten om specifiek onder studenten nieuwe donors te werven d.m.v. persoonlijk contact, bijvoorbeeld de donor-werft-donor-methode
- Nieuwe media gebruiken, zoals online wervingscampagnes, email en SMS

b. Etnische groepen

Als gevolg van bloedgroepopolymorfisme zijn er bij bevolkingsgroepen over de hele wereld verschillende bloedgroepen ontstaan²⁹. Er bestaan biologische en genetische verschillen in de diverse bloedgroepen en in bloedsamenstelling. Afrikaanse mensen, of mensen van Afrikaanse oorsprong, kunnen bijvoorbeeld behoefte hebben aan erythrocyten met of juist zonder specifieke antistoffen voor hemoglobinoopathiën (zoals sikkelcelanemie). Het is soms lastig om zeldzame bloedgroepen te vinden voor transfusiedoeleinden, omdat ethische minderheden van oudsher aanzienlijk ondervertegenwoordigd zijn in de donorpopulatie³⁰.

Gezien het feit dat de donorpopulatie overwegend uit blanke donors bestaat, is het essentieel om meer donors van een andere etnische komaf te werven en te behouden, om ervoor te kunnen zorgen dat er voor alle patiënten matchende producten beschikbaar zijn^{30, 31}. Hoewel de meest recente Europese immigratietrends het belang van wervingscampagnes onder verschillende etnische groepen onderstrepen, zijn er nog maar weinig bloedbanken die zulke strategieën hebben toegepast.

Specifieke strategieën voor (etnische) minderheden

Uit het DOMAINE-onderzoek blijkt dat slechts een op de tien bloedbanken speciale aandacht besteedt aan het ontwerpen van wervingscampagnes die speciaal gericht

zijn op mensen uit etnische en/of culturele minderheden. Een van de methoden uit het onderzoek trekt echter de aandacht: het gebruik van een antropologische aanpak om donors te werven onder immigrantengemeenschappen in een van de grote steden in Frankrijk. Door mensen direct te benaderen, met een boodschap die aangepast is aan de cultuur, lukte het om donors te werven²⁹.

c. Specifieke bloedgroepen

Sommige chronische patiënten zijn afhankelijk van langdurige en speciale bloedtransfusies (zie ook Hoofdstuk 9 over patiënten die veelvuldige transfusies nodig hebben). Patiënten met thalassemie, een erfelijke bloedafwijking die de productie van normaal hemoglobine aantast, zijn bijvoorbeeld afhankelijk van langdurige bloedtransfusies. Thalassemie komt met name voor bij mensen uit het Middellandse Zeegebied, en vraagt om grote hoeveelheden bloedtransfusies. Patiënten die vaak bloedtransfusies krijgen, zijn zeer vatbaar voor de aanmaak van antilichamen en voor reacties op bloedbestanddelen. Daarom hebben ze behoefte aan bloedtransfusies met een matchend en bekend fenotype.

Speciale wervingsstrategieën voor chronisch zieke patiënten

Een van de mogelijke wervingsstrategieën is donors te vertellen dat hun donatie zeer belangrijk is, omdat deze speciaal bestemd is voor een patiënt die langdurig transfusies nodig heeft. Deze informatie kan helpen om donors te werven voor een speciaal donorpanel. Het bloed van dit donorpanel wordt dan gebruikt voor één specifieke patiënt.

Specifieke wervingsstrategieën voor 0-negatieve donors

Een andere doelgroep waar vaak speciale aandacht voor is binnen de bloedbank is de groep donors met 0-negatief bloed. Het DOMAINE-onderzoek laat zien dat ongeveer 40% van de bloedbanken speciale campagnes heeft om 0-negatieve donors te werven. Sommige bloedbanken schakelen bijvoorbeeld 0-negatieve donors in voor de werving van nieuwe 0-negatieve donors. Ze vragen hun 0-negatieve donors om potentiële nieuwe donors te werven onder hun familieleden.

PARAGRAAF 5.4 OPERATIONELE MARKETINGTOOLS VOOR DONORWERVING

5.4.1 Inleiding

Operationele marketing, de tweede fase in de donormarketingcyclus (zie Paragraaf 5.2), is gericht op het verhogen van het aantal donors dat een afnamesessie bezoekt. Positionering, zoals beschreven in de vorige paragraaf, is bedoeld om de mensen te informeren over de behoefte aan bloed en te wijzen op de mogelijkheid om op regelmatige basis bloed te geven. Operationele marketing roept donors vervolgens op tot actie, en moedigt ze aan om een afnamesessie te bezoeken en bloed te geven. Marketinginstrumenten op het gebied van operationele marketing zijn zowel gericht op eerste-donatie-donors als op mensen die al langer donor zijn.

5.4.2 Wervingsmethoden

Er bestaan binnen Europa veel verschillende wervingsmethoden om (potentiële) donors tot actie op te roepen. De methoden kunnen in twee categorieën worden onderverdeeld.

- (a) een persoonlijke oproep om bestaande donors aan te sporen om bloed te geven
- (b) een oproep aan het algemene publiek, zowel aan donors als niet-donors

Beide methoden bevatten een heldere wervingsboodschap: ofwel een oproep om te doneren, ofwel algemenere informatie over afnamesessies die binnenkort plaats zullen vinden. In de onderstaande deelparagrafen komen beide methoden aan bod. Een ander middel dat vaak wordt ingezet bij donorwerving is het uitdelen van kleine attenties. Het is gebruikelijk om kleine attenties aan (potentiële) donors te geven, als teken van waardering. Dit onderwerp komt in het laatste deel van deze paragraaf aan de orde.

5.4.3 Persoonlijke oproepmethoden

Bloedbanken maken gebruik van verschillende methoden om donors aan te sporen om naar de bloedbank te komen en bloed te geven. In Tabel 2 staan de persoonlijke oproepmethoden die in het DOMAINE-onderzoek genoemd worden.

Tabel 2. Persoonlijke oproepmethoden

Persoonlijke oproepmethode	Gebruikt door % van de bloedbanken
Brief/kaart sturen	88%
Telefonische oproep	88%
SMS sturen	60%
Email sturen	48%

Al deze oproepmethoden gaan ervan uit dat donors die een oproep hebben gekregen niet altijd op komen dagen; daarom moeten er meer oproepen verzonden worden om het juiste aantal opgekomen donors bereiken. Een manier om deze onzekerheid te verminderen is donors de mogelijkheid geven om een afspraak te maken voor hun volgende donatie, op het moment dat ze op de bloedbank zijn om hun huidige donatie te doen.

Hierbij dient te worden aangemerkt dat sommige wervingscampagnes speciaal zijn ontworpen om jonge mensen aan te sporen om naar de bloedbank te komen en bloed te geven. In het DOMAINE-onderzoek worden verschillende methoden genoemd.

- Een verjaardagskaart sturen aan donors die 18 of 19 jaar worden
- Bewustwordingsprogramma's op scholen
- Online reclamecampagnes
- Speciale evenementen voor jongeren

5.4.4 Algemene oproepen

Naast persoonlijke oproepen wordt er ook veel gebruik gemaakt van algemenere aankondigingen van de tijd en de plaats van toekomstige afnamesessies. Deze aankondigingen zijn zowel aan de donor als aan het algemene publiek gericht. De meeste Europese bloedbanken maken gebruik van algemene aankondigingen via de (locale) media (bijvoorbeeld kranten, radio en televisie). Sommige bloedbanken kondigen hun afnamesessies aan via internet of d.m.v. posters in openbare plaatsen zoals buurthuizen, kerken en winkels.

5.4.5 Informatie voor eerste-donatie-donors

Als donors voor het eerst naar de bloedbank komen om bloed te geven, krijgen ze veel informatie. Naast de informatie die in de wervingsmaterialen staat (zie Paragraaf 5.3), krijgen eerste-donatie-donors informatie aangeboden die door EU-richtlijn 2004/33/EG³² wordt voorgeschreven. Artikel 2 van deze richtlijn schrijft voor welke informatie moet worden verstrekt aan aspirant-donors: EU-lidstaten moeten ervoor zorgen dat bloedbanken hun donors informeren over de onderwerpen die in Deel A van Annex II beschreven staan (zie ook Paragraaf 13.2 over ethisch-juridische overwegingen). Bloedbanken zijn verplicht om deze informatie aan hun donors te geven (zie Kader 6).

De meerderheid van de Europese bloedbanken verstrekt naast deze informatie ook aanvullende informatie over verschillende onderwerpen. Uit het DOMAINE-onderzoek blijkt dat de meeste bloedbanken hun donors informeren over de donatieprocedure, de afnamecriteria, bloedgroepen, de manier waarop bloed of bloedbestanddelen bewerkt worden, de verschillende laboratoriumtests en andere donatievormen, zoals beenmerg- of orgaandonatie.

Kader 6. EU-richtlijn 2004/33/EG annex II. Voorschriften inzake te verstrekken gegevens, part A³².

Aan aspirant-donors van bloed of bloedbestanddelen te verstrekken gegevens

1. Nauwkeurig, voor het grote publiek begrijpelijk voorlichtingsmateriaal over het essentiële belang van bloed, de bloeddonatieprocedure, de uit volbloed- en afereseudonaties bereide bestanddelen en het grote nut voor patiënten.
2. Zowel voor allogene als voor autologe donaties de redenen voor het vereisen van een onderzoek, een gezondheids- en medische anamnese en het testen van de donaties, alsmede de betekenis van "toestemming met kennis van zaken".

Voor allogene donaties, zelfuitsluiting en tijdelijke en permanente uitsluiting en de omstandigheden waaronder personen geen bloed of bloedbestanddelen mogen doneren wanneer er een risico voor de ontvanger zou kunnen bestaan.

Voor autologe donaties de mogelijkheid van uitsluiting en de omstandigheden waaronder de donatieprocedure niet kan plaatsvinden omdat er een gezondheidsrisico voor de betrokkene als donor of ontvanger van het autologe bloed of bestanddelen daarvan kan bestaan.

3. Informatie over de bescherming van persoonsgegevens: de identiteit van de donor, gegevens over diens gezondheid en de resultaten van de verrichte tests worden niet zonder toestemming bekendgemaakt.
4. De omstandigheden waaronder personen geen bloed of plasma mogen geven omdat het doneren schadelijk kan zijn voor hun eigen gezondheid.
5. Specifieke gegevens over de aard van de procedures met betrekking tot de allogene of autologe donatie en de daaraan verbonden risico's. Voor autologe donaties de mogelijkheid dat het autologe bloed en de bestanddelen daarvan niet toereikend zijn voor de beoogde transfusiedoelinden.
6. Informatie over de mogelijkheid voor donors om hiervan vóór de donatie af te zien of zich op elk moment tijdens de donatie terug te trekken of ervan af te zien zonder hierdoor in verlegenheid te worden gebracht of zich onbehaaglijk te voelen.
7. De redenen waarom het van belang is dat donors de bloedinstelling in kennis stellen van elk na de donatie optredend voorval dat een eerdere donatie ongeschikt voor transfusie kan maken.
8. Mededeling over de verantwoordelijkheid van de bloedinstelling om de donor via een geschikt mechanisme te benaderen ingeval de testresultaten een afwijking tonen die van belang is voor de gezondheid van de donor.
9. Informatie over de redenen waarom ongebruikt autoloog bloed en bestanddelen daarvan worden afgevoerd en niet voor transfusie bij andere patiënten worden gebruikt.
10. Mededeling dat testuitslagen waarbij markers voor virussen zoals HIV, HBV, HCV of andere relevante bloeioverdraagbare microbiologische agentia worden aangetroffen, leiden tot uitsluiting van de donor en vernietiging van de donatie.
11. Mededeling dat donors altijd vragen mogen stellen.

5.4.6 Kleine attenties

De Raad van Europa steunt het principe van vrijwillige en niet-betaalde donatie van bloed en bloedbestanddelen. Dit principe stelt grenzen aan de methoden en de materialen die kunnen worden ingezet voor werving (en behoud) van donors³³. In een van de aanbevelingen van de Raad staat dat donors geen vergoeding zouden moeten krijgen voor hun donatie, 'noch in de vorm van contant geld, noch in een andere vorm als die een vervanging voor geld kan worden beschouwd'. Kleine attenties, versnaperingen en vergoeding van directe reiskosten zijn echter wel in overeenstemming met vrijwillige, onbetaalde donatie³⁴.

Bloedbanken gebruiken een grote verscheidenheid aan attenties (voornamelijk kleine consumentenproducten) om de donor te bedanken voor zijn inzet. Dit wordt algemeen geaccepteerd. Deze attenties worden ook vaak gebruikt als wervingsmaterialen op beurzen of evenementen om de aandacht te trekken voor bloeddonatie.

Kader 7. Voorbeelden van attenties die Europese bloedbanken gebruiken

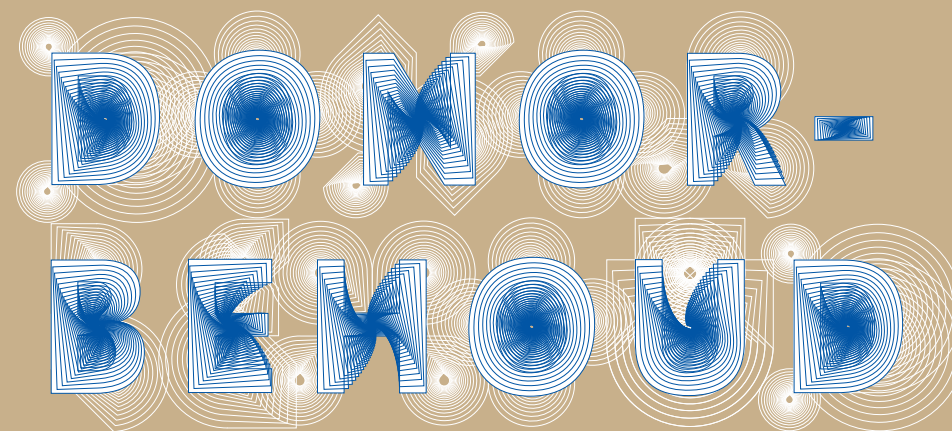
- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------|
| • Agenda's | • Keycards/
sleutelhangers | • Reflectoren |
| • Armreflectoren | • Kladblokken | • Schrijfblokken |
| • Autoluchtverfrissers | • Kleine rugzakjes | • SMS-kaarten |
| • Badges/Insignes | • Knuffelbeertjes | • Snoepjes |
| • Bandana's | • Koffiekopjes | • Sokken |
| • Boekenleggers | • Linialen | • Speldjes |
| • CD's | • Lucifers | • Speelgoed |
| • Chocola | • Magneten | • Speelkaarten |
| • Condooms | • Mokken | • Stickers |
| • EHBO-doos voor motorrijder | • Muismatten | • Stressballetjes |
| • Eurocalculators | • Paraplu's | • Tafelklokjes |
| • Fietszadelhoesjes | • Pennen | • Tassen |
| • Flesjes water | • Petten | • Telefoonhangers |
| • Handdoeken | • Plaids | • Theekopjes |
| • Honing | • Pleisters | • T-shirts |
| • Ijskrabbers voor autoruiten | • Polstassen | • USB-sticks |
| • Kalenders | • Poncho's | • Wervingskaarten |
| | • Post-it-memoblokken | • Zaklampen |



Referenties

- 1 Masser BM, White KM, Hyde MK & Terry DJ (2008). The psychology of blood donation: Current research and future directions. *Transfusion Medicine Reviews*, 22(3), 215-233
- 2 Chamla JH, Leland LS & Walsh K (2006). Eliciting repeat blood donation: Tell early career donors why their blood type is special and more will give again. *Vox Sanguinis*, 90(4), 302-307
- 3 Callero PL & Piliavin JA (1983). Developing a commitment to blood donation: The impact of one's first experience. *Journal of Applied Social Psychology*, 13(1), 1-16
- 4 Royse D & Doochin KE (1995). Multi-gallon blood donors: Who are they? *Transfusion*, 35(10), 826-831
- 5 ABO Donor Loyalty Group (2005-2010), <http://www.bloodonorloyalty.org>
- 6 Daigneault S (2007). Le marketing dans l'univers du don de sang. *Transfusion Clinique et Biologique*, 14(1), 147-151
- 7 Ferguson E (1996). Predictors of future behaviour: A review of the psychological literature on blood donation. *British Journal of Health Psychology*, 1(4), 287-308
- 8 Lemmens KPH, Abraham C, Ruiter RAC, Veldhuizen IJT, Dehing CJG, Bos AER & Schaalma HP (2008). Modelling antecedents of blood donation motivation among non-donors of varying age and education. *British Journal of Psychology*, 100(1), 71-90(20)
- 9 Nilsson Sojka B & Sojka P. (2008). The blood donation experience: self-reported motives and obstacles from donating blood. *Vox Sanguinis*, 94(1), 56-63
- 10 Armitage CJ & Conner M (2001). Social cognitive determinants of blood donation. *Journal of Applied Social Psychology*, 31(7), 1431-1457
- 11 Giles M & Cairns E (1995). Blood donation and Ajzen's theory of planned behaviour: An examination of perceived behavioural control. *British Journal of Social Psychology*, 34(2), 173-188
- 12 Giles M, McClenahan C, Cairns E & Mallet J (2004). An application of the theory of planned behaviour to blood donation: The importance of self-efficacy. *Health Education Research*, 19(4), 380-391
- 13 Lemmens KPH, Abraham C, Hoekstra T, Ruiter RAC, de Kort WLAM, Brug J & Schaalma HP (2005). Why don't young people volunteer to give blood? An investigation of the correlates of donation intentions among young donors. *Transfusion*, 45(6), 945-955
- 14 Armitage CJ & Conner M (1999). The theory of planned behaviour: assessment of predictive validity and perceived control. *British Journal of Social Psychology*, 38(1), 35-54
- 15 France CR, Montalva R, France JL & Trost Z (2008). Enhancing attitudes and intentions in prospective blood donors: evaluation of a new recruitment brochure. *Transfusion*, 48(3), 526-530
- 16 Lemmens, K.P.H. *The systematic recruitment of new blood donors*. PhD thesis. Maastricht: F&N Eigen Beheer
- 17 Meer informatie op <http://www.bloedgevendoetleven.be>, verkregen op 17 maart 2010
- 18 Meer informatie op <http://www.bsd-be.ch/VerticalDefault.aspx?tabindex=0&tabid=2511&lang=g>, verkregen op 17 maart 2010
- 19 Godin G, Sheeran P, Conner M, Germain M, Blondeau D, Gagné C, Beaulieu D & Naccache H (2005). Factors explaining the intention to give among the general population. *Vox Sanguinis*, 89(3), 140-149
- 20 Misje AH, Bosnes V, Gåsdal O & Heier HE (2005). Motivation, recruitment and retention of voluntary non-remunerated blood donors: a survey-based questionnaire study. *Vox Sanguinis*, 89(4), 236-244

- 21 Moore RJ (1991). Promoting blood donation: a study of the social profile, attitudes, motivation and experience of donors. *Transfusion medicine*, 1(4), 201-207
- 22 Glynn SA, Kleinman SH, Schreiber GB, Zuck T, McCombs S, Bethel J, Garratty G & Williams AE (2002). Motivations to donate blood: demographic comparisons. *Transfusion*, 42(2), 216-225
- 23 Mikkelsen N (2004). Who are the donors in 2003? *Transfusion Clinique et Biologique*, 11(1), 47-52
- 24 Lemmens KPH, Abraham C, Ruiter RAC, Veldhuizen IJT, Bos AER & Schaalma HP (2008). Identifying blood donors willing to help with recruitment. *Vox Sanguinis*, 95(3), 211-217
- 25 Misje AH, Bosnes V & Heier HE (2008). Recruiting and retaining young people as voluntary blood donors. *Vox Sanguinis*, 94(2), 119-124
- 26 Veldhuizen IJT, Doggen CJM, Atsma F & de Kort WLAM (2009). Donor profiles: demographic factors and their influence on the donor career. *Vox Sanguinis*, 97(2), 129-138
- 27 France CR, Rader A & Carlson B (2005). Donors who react may not come back: Analysis of repeat donation as a function of phlebotomist ratings of vasovagal reactions. *Transfusion and Apheresis Science*, 33(2), 99-106
- 28 Reiss RF, Harkin R, Lessig M & Mascari J (2009). Rates of Vaso-Vagal reactions among first time teenaged whole blood, double red cell, and plateletpheresis donors. *Annals of Clinical & Laboratory Science*, 39(2), 138-143
- 29 Grassineau D, Papa K, Ducourneau A, Duboz P, Boëtsch G & Chiaroni J (2007). Improving minority blood donation: anthropologic approach in a migrant community. *Transfusion*, 47(3), 402-409
- 30 Murphy EL, Shaz B, Hillyer CD, Carey P, Custer BS, Hirschler N, Fang J & Schreiber GB (2009). Minority and foreign-born representation among US blood donors: demographics and donation frequency for 2006. *Transfusion*, 49(10), 2221-2228
- 31 Shaz BH, Zimring JC, Demmons DG & Hillyer CD (2008). Blood donation and blood transfusion: special considerations for African Americans. *Transfusion Medicine Reviews*, 22(3), 202-214
- 32 Richtlijn 2004/33/EG van de Commissie van 22 maart 2004 tot uitvoering van Richtlijn 2002/98/EG van het Europees Parlement en de Raad met betrekking tot bepaalde technische voorschriften voor bloed en bloedbestanddelen. Publicatieblad van de Europese Unie, L91, 30/03/2004, p.25
- 33 European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (EDQM), European Committee (Partial Agreement) on Blood Transfusion (CD-P-TS), (Ed. Council of Europe). *Guide to the preparation, use and quality assurance of blood components*. 14th Edition, 2008
- 34 Raad van Europa. *Recommendation No. R (95) 14 of the Committee of Ministers to member states on the protection of the health of donors and recipients in the area of blood transfusion*. Artikel 2



MARKETING EN DONORBEHOUD

6.1.1 De vier marketingfasen

Donorbehoud kan worden gedefinieerd als het pakket met acties die bloedbanken inzetten om donors aan te moedigen om trouwe donors te worden. Trouwe donors leveren over het algemeen de grootste bijdrage aan de bloedvoorraad en ze worden beschouwd als de veiligste donors als het gaat om het risico op bloedoverdraagbare ziekten¹⁻⁴. Daarom is het optimaliseren van donorbehoud, naast donorwerving en donorselectie, een zeer belangrijke factor in het onderhouden van een stabiele en voldoende bloedvoorraad voor patiënten die bloedtransfusies nodig hebben⁵.

De methoden die worden ingezet voor donorwerving en donorbehoud bestaan voor het grootste deel uit marketing- en communicatiestrategieën. In Hoofdstuk 5 (Paragraaf 5.2) stond de marketingcyclus centraal en zijn de activiteiten die bloedbanken uitvoeren op het gebied van donorbehoud beschreven aan de hand van de vier marketingfasen: positionering, operationele marketing, relatiemarketing en erkenning⁶. In dit hoofdstuk staan de instrumenten centraal die bloedbanken inzetten voor donorbehoud, aan de hand van deze vier marketingfasen. Tevens komt het belang van prestatie-indicatoren en onderzoek naar donortevredenheid aan de orde.

POSITIONERING ALS MARKETINGTOOL VOOR BEHOUD

6.2.1 Doelen en methoden

Positionering heeft als doel bloeddonoratie bij het algemene publiek onder de aandacht te brengen. Het kan zowel voor donorwerving als donorbehoud worden ingezet. Op het vlak van donorbehoud bieden positioneringsmethoden een manier om de motivatie van donors vast te houden en donors aan te moedigen om opnieuw bloed te gaan geven.

Het DOMAINE-onderzoek naar donormanagement in Europa laat zien dat bloedbanken voor de positioneringsfase vaak gebruik maken van de volgende instrumenten (zie Tabel 1).

Tabel 1. Communicatie-instrumenten voor donorwerving en donorbehoud

Instrumenten	Bloedbanken die dit instrument gebruiken
Verspreiding van folders	83%
Reclame op lokale radio	80%
Informatie op websites	79%
Advertenties in lokale kranten	79%
Reclame op landelijke radio	62%
Reclame op landelijke televisie	62%
Direct-mail-campagnes	55%
Vrijwilligers betrekken bij donorbehoud	19%

OPERATIONELE MARKETING- TOOLS VOOR BEHOUD

6.3.1 Voorwaarden voor succes

Bloedbanken kunnen operationele marketing inzetten om ervoor te zorgen dat meer bloeddonors een afnamesessie in hun verzorgingsgebied bezoeken.

Om dit te bereiken, zijn er twee randvoorwaarden.

- **Doelgroepsegmentatie**, d.w.z. de communicatie-instrumenten en boodschappen aanpassen aan de verschillende donorsegmenten.
- **Een donorbestand dat up-to-date is**. Dit is een essentieel instrument om de verschillende donorsegmenten te analyseren.

Doelgroepsegmentatie maakt het mogelijk om de aandacht te richten op huidige en potentiële donors waarvan het meest te verwachten is. Een goed inzicht in de verschillende donorsegmenten is noodzakelijk om aan de behoeften en verwachtingen van de donor te kunnen voldoen en om gerichte donorbehoudsprogramma's te ontwikkelen die aangepast zijn op specifieke groepen donors.

6.3.2 Niet-gepersonaliseerde instrumenten

Er zijn verschillende algemene, niet-gepersonaliseerde instrumenten om donors op te roepen tot actie. Volgens het DOMAINE-onderzoek naar donormanagement geeft 29% van de bloedbanken regelmatig tijdschriften, magazines en donornieuwsbrieven uit: bij de meeste bloedbanken verschijnen deze bladen twee tot drie keer per jaar. Mailings, folders, posters, locale kranten, aanplakbiljetten en spandoeken zijn voorbeelden van instrumenten die vaak worden gebruikt om een afnamesessie aan te kondigen. Het is echter niet bekend hoe vaak deze instrumenten middelen gebruikt worden.

Onlangs zijn er enkele ervaringen opgedaan met het gebruik van sociale netwerken en smartphone-applicaties als instrument voor donorwerving en donorbehoud. EFS Alsace heeft een smartphone-applicatie ontwikkeld die informatie biedt over de actuele vraag naar bloed (zie Afbeelding 1). Deze applicatie kan door iedereen gratis worden gedownload via internet.

Met de applicatie kunnen donors de dichtstbijzijnde afnamelocatie vinden op hun smartphone. Ze krijgen up-to-date informatie over het adres en de openingstijden van de locatie die het dichtst bij hen in de buurt is (datum, openingstijden, kaart en routebeschrijving). De EFS-applicatie bevat ook een eenvoudige versie van het keurings- en afnameformulier, waardoor de donor zelf kan besluiten geen bloed te gaan geven als duidelijk blijkt dat hij niet aan de eisen voldoet. Op deze manier komt de donor niet voor niets naar het afnamecentrum. De applicatie vormt dus een instrument dat kan worden ingezet voor operationele marketing op het gebied van donorbehoud. EFS Alsace heeft ook een Facebookpagina die dezelfde informatie bevat als de smartphone-applicatie.



Afbeelding 1. Iphone-applicatie ontwikkeld door EFS Alsace

Bloedbanken maken voor donorwerving en donorbehoud steeds vaker gebruik van sociale netwerksites zoals Facebook, MySpace en Orkut. Op deze sites is het mogelijk om online een sociaal netwerk op te bouwen. Meestal bestaan ze uit een beschrijving van de gebruiker (vaak een profiel), zijn sociale contacten en diverse aanvullende mogelijkheden. Miljoenen mensen maken gebruik van sociale netwerksites. Bij veel van deze mensen is het gebruik van deze sites een onderdeel van hun dagelijks leven geworden. Kader 1 geeft meer informatie over de Facebookpagina van de IBTS. De bloedbank van het Noord-Estse Regionale Ziekenhuis maakt gebruik van een Orkutpagina voor *social networking*: www.orkut.com. Nadat de donor is ingelogd, kan hij de *community* 'Ik ben donor' bezoeken.

Kader 1. Facebookpagina van de IBTS

De Irish Blood Transfusion Service (IBTS) heeft in het voorjaar van 2009 een Facebookpagina gelanceerd: www.facebook.com/giveblood. Deze Facebookpagina had binnen een jaar tijd bijna 10.000 'fans'. De sociale netwerksite stelt de IBTS in staat om op een minder formele manier met donors, ontvangers van bloed en andere geïnteresseerden te praten.

De IBTS had als doel om op een positieve en proactieve manier te communiceren met de fans en de pagina als medium te gebruiken om vragen te beantwoorden en mythen over bloeddonatie te ontkrachten. De communicatie van de bloedbank is normaalgesproken meestal eenrichtingsverkeer en de bloedbank doet altijd een beroep op de tijd en de vrijgevigheid van donors. Facebook biedt daarom een mooie gelegenheid om de donors te bedanken. Het geeft donors ook de ruimte om hun verhalen te delen. De grootste investering voor een Facebookpagina is tijd en, wat nog belangrijker is, juiste en tijdige antwoorden op de berichten en de medische vragen van de fans.

6.3.3 Gepersonaliseerde instrumenten

Persoonlijke mailings vormen ook een instrument voor donorbehoud. Mensen die al langer donor zijn, ontvangen een persoonlijke uitnodiging, waarin ze worden aangespoord om naar de bloedbank te komen en bloed te geven. Persoonlijke uitnodigingen kunnen bestaan uit oproepkaarten, persoonlijke brieven, e-mails of sms-berichten. Het is erg moeilijk om te weten te komen hoeveel bloedbanken gebruik maken van deze instrumenten en om te meten hoe effectief deze instrumenten zijn.

Ook smartphone-applicaties kunnen gebruikt worden als gepersonaliseerd instrument. EFS Alsace heeft de smartphone-applicatie, die in Paragraaf 6.3.2 beschreven is, verder ontwikkeld en gepersonaliseerd. Donors kunnen hun eigen donatiegeschiedenis inzien, ze kunnen zien vanaf wanneer ze weer bloed mogen geven en ze kunnen een herinnering ontvangen voor de volgende afnamesessie.

6.3.4 Telemarketing

Telemarketing bestaat uit het bellen van een bestaande donor, om hem uit te nodigen voor een volgende donatie. Het is relatief eenvoudig om de effectiviteit van telefonische marketing te meten. Het lijkt erop dat de effectiviteit van telemarketing hoog is als de boodschap helder is en afgestemd is op het donorsegment.

Er zijn maar weinig bloedbanken die telemarketing gebruiken als instrument om een afspraak te maken met donors die een oproep hebben gekregen om op een vaste afnamelocatie bloed te geven. Telemarketing wordt niet vaak ingezet om grote groepen donors op te roepen voor donatie. Sommige bloedbanken besteden hun telemarketing-activiteiten uit aan externe bedrijven.

6.3.5 Gerichte donorbehoudprogramma's

De wereld zou een stuk eenvoudiger zijn als er een 'one size fits all' gouden standaard bestond voor het behouden van bloeddonsors. Helaas leiden onze donors een druk bestaan. Sociale verplichtingen, werk en gezondheid zijn allemaal van invloed op de vraag of iemand een trouwe donor kan blijven. Om voldoende actieve donors te behouden, is het belangrijk om donorbehoudprogramma's te ontwikkelen die gericht zijn op een specifieke groep donors (bijvoorbeeld eerste-donatie-donors, trouwe donors, inactieve donors, afgekeurde donors of jonge eerste-donatie-donors).

Nieuwe donors

Persoonlijk contact tussen nieuwe donors en de bloedbank is belangrijk om ervoor te zorgen dat de donor terugkomt voor een volgende donatie. Persoonlijk contact is vooral tijdens en vlak na het eerste afnameproces van essentieel belang om een goede relatie op te bouwen met de donor.

Donors met een specifieke bloedgroep

Uit het DOMAINE-onderzoek naar donormanagement blijkt dat ongeveer 62% van de bloedbanken wervingsmethoden heeft die speciaal gericht zijn op donors met een specifieke bloedgroep. Deze wervingsmethoden zijn gekoppeld aan de stand van de voorraad en zijn bedoeld om de bloedgroepen en fenotypen van donor en patiënt op elkaar af te stemmen. In landen waar voorraadtekorten voorkomen, worden er speciale programma's ingezet om de voorraad specifieke bloedgroepen aan te vullen. Deze specifieke behoudsprogramma's zijn er niet alleen op gericht om op korte termijn aan de vraag naar een bepaalde bloedgroep te kunnen voldoen. Ze vestigen daarnaast ook aandacht op de constante behoefte aan bloed; op deze manier leveren ze een bijdrage aan donorbehoud.

Het is belangrijk dat de 'stilteperiodes' tussen twee donatieoproepen wordt gehandhaafd, om te voorkomen dat dezelfde donors te vaak benaderd worden. Het is goed dat de mensen die bloedtransfusies bij de patiënt uitvoeren er regelmatig aan worden herinnerd dat donors, bijvoorbeeld O-negatieve donors, vaak worden opgeroepen.

In landen waar er vaak tekorten zijn, spelen televisie, radio en externe reclame een belangrijke rol binnen donorbehoud. Er zijn verschillende manieren om de behoudsboodschap in te steken.

- 'We hebben constant behoefte aan bloeddonsors'
- 'Bloeddonsors, help voordat er een crisissituatie ontstaat'
- 'Bloeddonsors, help een ander'

Het kan goed werken om hiervoor patiënten als ambassadeur in te schakelen. Hun boodschap kan ook een motiverende werking hebben op donors die wel actief doneren, doordat hun attitude over bloeddonatie positief wordt beïnvloed.

'No show' donors

De meeste bloedbanken blijven nieuwe oproepen sturen aan 'no show' donors, d.w.z. donors die niet op komen dagen nadat ze een oproep hebben ontvangen. Er zit een groot verschil tussen het aantal 'no shows' voordat bloedbanken actie ondernemen. In het algemeen geldt: hoe langer het duurt voordat de bloedbank actie onderneemt, hoe lager het percentage donors dat reageert en weer een actieve donor wordt. Als vuistregel zou de bloedbank na drie of vier 'no shows' actie moeten ondernemen. Het is belangrijk dat de bloedbank de status van de donor achterhaalt, bijvoorbeeld met berichten als 'We missen je. Laat ons weten of je nog komt doneren'. Een persoonlijke boodschap, per telefoon of post, werkt het best.

Tijdelijk afgekeurde donors

Volgens het DOMAINE-onderzoek hebben de meeste bloedbanken (74%) een speciaal programma om afgekeurde donors aan te sporen om weer te komen doneren. Hiervoor worden verschillende speciale programma's gebruikt. De meeste bloedbanken zetten meerdere methoden tegelijkertijd in, zoals:

- Meteen donorcounseling aanbieden als een donor wordt afgekeurd en de donor aanmoedigen om na de uitstelperiode weer bloed te komen geven
- Per post, email of telefoon een nieuwe oproep sturen aan donors die tijdelijk zijn afgekeurd
- Specifiek contact met de donor aan het eind van de uitstelperiode
- Speciale programma's voor donors die zijn afgekeurd vanwege een te laag hemoglobinegehalte
 - IJzersupplementen voorschrijven
 - Ferritinegehalte meten
 - Donors met een laag Hb doorverwijzen voor een medische keuring

Inactieve donors

Inactieve donors zijn donors die eerder gedoneerd hebben, maar niet in de laatste 24 maanden. Donors die dit stadium hebben bereikt, hebben vaak al verschillende oproepen ontvangen. Soms hebben ze ook al een bericht met de boodschap 'we missen je' ontvangen of een herinnering gekregen die speciaal op hun bloedgroep is toegespitst. Als een donor als inactieve donor is aangemerkt, is het verstandig om voorzichtig te zijn en eerst goed uit te zoeken of de donor daadwerkelijk langere tijd niet heeft gedoneerd.

Bijna 75% van de Europese bloedbanken heeft een speciaal programma voor inactieve donors. Sommige bloedbanken hebben speciale programma's voor donors die inactief zijn geworden nadat ze eenmaal een keer zijn afgekeurd. Een van deze bloedbanken verstuurt een laatste oproep met de boodschap dat donor uit het actieve donorbestand wordt verwijderd en in de toekomst geen oproepen meer zal ontvangen als hij niet op deze laatste oproep reageert. Als de donor echter wel op de oproep reageert, loopt zijn donorschap automatisch door. Het is belangrijk de reden voor 'no show' te evalueren voordat de donor wordt uitgeschreven.

PARAGRAAF 6.4

RELATIEMARKETING- TOOLS VOOR BEHOUD

6.4.1 Inleiding

Relatiemarketing bestaat grotendeels uit het creëren van service naar de klant en het opbouwen van een duurzame relatie met de klant. Het is bedoeld om eerste-donatie-donors te bewegen om vaker bloed te komen geven, zodat ze trouwe donors of misschien zelfs veelgever worden. De volgende instrumenten worden het meest gebruikt voor relatiemarketing.

- Een positieve donatie-ervaring creëren
- Persoonlijk contact tussen de donor en de bloedbank opbouwen
- Speciale methoden gebruiken die gericht zijn op het omgaan met eerste-donatie-donors

6.4.2 Een positieve donatie-ervaring creëren

Iemand die donor is, heeft waarschijnlijk al een positieve houding t.o.v. bloed geven. Deze positieve houding kan op verschillende manieren zijn ontstaan: doordat hij in aanraking is geweest met motiverende reclame, doordat hij weet dat bloed geven goed is voor de patiënt of door contact met familie of vrienden. Bloedbanken moeten proberen deze positieve houding vast te houden en verder te ontwikkelen. Het is van belang dat de activiteiten van de bloedbank en de service aan de donor geen afbreuk doen aan de motivatie van een donor om bloed te geven.

Kader 2. Meestvoorkomende donorklachten

- Wachttijden
- Procedures (oproepprocedures, het donatieproces, eten en drinken)
- Beperkingen in of bij de afname locatie (accommodatie, parkeergelegenheid, privacy)
- Gedrag/houding van de medewerkers
- Afkeuringen
- Openingstijden
- Onvoldoende informatie (het ontbreken van informatiefolders of informatie over de afnamesessies)
- Medische zorg

Het DOMAINE-onderzoek laat zien wat de meest voorkomende klachten zijn in 29 Europese bloedbanken. Het blijkt dat klachten over wachttijden, logistieke problemen op het afnamecentrum, het gedrag van medewerkers en afkeuring het vaakst voorkomen (zie Kader 2). Dit wijst erop dat bloedbanken moeten streven naar constante verbetering op twee belangrijke gebieden: ten eerste de afname locaties en de organisatie van afnamesessies (Paragraaf 6.4.3); ten tweede de houding van medewerkers (Paragraaf 6.4.4).

6.4.3 Afnamelocaties en de organisatie van afnamesessies

Afnamelocaties

Vaste afnamelocaties hebben als voordeel dat ze speciaal ontworpen zijn om bloed in te zamelen. Het is (vanuit marketingoogpunt) van groot belang dat deze locaties zo sfeervol mogelijk zijn ingericht. Zelfs bij vaste afnamelocaties kunnen specht toegankelijk zijn of beperkte parkeermogelijkheden hebben, waardoor het voor de donor minder aantrekkelijk wordt om bloed te geven.

Mobiele opbouwlocaties en mobiele afnamelocaties hebben de beperkingen vaak betrekking op het gebied van de inrichting van een sessie, de toegankelijkheid van de locatie en de verwarming en verlichting. Het is goed om donors te informeren de dat factoren die een negatieve invloed hebben op de donatie-ervaring vaak onvermijdelijk zijn.

Wachttijden

De meestgehoorde klachten van donors in heel Europa gaan over te lange wachttijden. Lange wachttijden kunnen diverse oorzaken hebben (zie Kader 3).

Kader 3. Oorzaken voor lange wachttijden

- Het afnamecentrum gaat later open dan gepland
- Onvoldoende personeel
- Beperkt aantal bedden beschikbaar
- Piek van donors die op dezelfde tijd binnenkomen
- Gebrek aan samenwerking tussen de medewerkers
- Verhoogde opkomst door (extra) oproepen

Afsprakensysteem: De oorzaken die in Kader 3 worden genoemd voor lange wachttijden zijn veelvoorkomende en complicerende factoren die ervoor zorgen dat de donor geen optimale donatie-ervaring heeft. Een van de weinige manieren om een deel van bovengenoemde problemen te ondervangen is het gebruik van een afsprakensysteem. Ongeveer 55% van de Europese bloedbanken maakt momenteel gebruik van zo'n systeem (81% heeft een afsprakensysteem voor aferese).

Leesmaterialen: Het kan helpen om leesmaterialen, TV, internettoegang, WiFi-hotspots en versnaperingen aan te bieden aan de donor, om de wachttijden te verlichten. Dit is echter geen oplossing voor de lange termijn.

Donatietijdstip

Het is onmogelijk om alle donors te laten donoren op het tijdstip dat hen het best uitkomt. Ongeschikte openingstijden zijn echter een duidelijke reden tot klagen voor bloeddonors (zie Kader 2).

Op dit moment zamelen de Europese bloedbanken ongeveer 92% van alle vol bloed-donaties op doordeweekse dagen in. Bloedbanken moeten ervoor zorgen dat de medewerkers die de planning verzorgen op de hoogte zijn van de veranderingen in maatschappelijke gewoonten, zoals dagelijkse activiteiten, werktijden of hobby's - die kunnen vragen om een aanpassing in de openingstijden. Waar mogelijk moeten degenen die de planning verzorgen proberen om openingstijden in te stellen die voor het merendeel van de donors uitkomen (zie Kader 4).

Kader 4. Criteria voor creëren van goede afnamemogelijkheden

- I. Openingstijden
 - Voorkeur voor 's ochtends/'s middags of 's avonds doneren
 - Voorkeur voor de dag van de week
 - Mogelijkheid om in het weekend te doneren
 - Ruime openstelling (bijvoorbeeld 6 dagen per week)
- II. Locatie
 - Geschikte plaats (stad, dorp, hoofdstraat)
 - Dichtbij of op de werklocatie van de donor
 - Dichtbij openbare gelegenheden, zoals winkelcentra, markten of sportfaciliteiten

6.4.4 Houding van de medewerkers

Het trainen van de eerstelijnsmedewerkers in donorzorg en persoonlijke communicatie is belangrijk voor het succes van donorbehoud. Persoonlijke communicatie is een krachtig instrument voor donorbehoud en heeft een groot bereik.

Naast medische en uitvoerende zaken hebben eerstelijnsmedewerkers de unieke mogelijkheid om de donor in een-op-een-situaties nog meer te motiveren en de positieve houding van de donor te versterken. Het is essentieel dat de eerstelijnsmedewerkers in staat zijn om de donor op een goede manier te bedanken voor zijn komst naar de bloedbank. Het is belangrijk om de donor direct en persoonlijk te zeggen hoezeer zijn donatie nodig is. De medewerker kan dit doen door te vertellen over de ervaringen van patiënten, de huidige bloedvoorraad of lage opkomsten. De eerstelijnsmedewerkers kunnen dus een krachtige boodschap overbrengen die het belang van een volgende donatie onderstreept. Elke bloedbank moet uitgebreide en continue klantbenaderingstrainingen aanbieden, waarin twee onderdelen aan de orde komen: het belang van goede donorzorg en het opbouwen van een goede relatie met de donor tijdens diens bezoek aan de bloedbank.

- **Ontvangst:** Een warm ontvangst geeft de donor te gelegenheid om klachten over zaken zoals wachttijden, openingstijden en eten en drinken te uiten. Dit vraagt om goede communicatievaardigheden van de eerstelijnsmedewerkers. Het is aan te bevelen om te investeren in de sociale vaardigheden van deze medewerkers.

- **Afkeuringen:** donors afkeuren vraagt om specifieke vaardigheden op het gebied van klantbenadering. Een afkeuring kan zorgen voor frustratie en teleurstelling bij de donor. Afkeuringen vragen daarom om een voorzichtige aanpak en duidelijke communicatie over het einde van de uitstelperiode (zie Paragraaf 8.3 Donorcounselling).
- **Na de donatie:** De communicatie-instrumenten die in de periode na de donatie worden ingezet zijn erop gericht de donor te motiveren voor een vervolgdonatie. Een voorbeeld hiervan is een bedankje (per brief, SMS of telefoon) direct na de donatie. Een goede donatie-ervaring die gevolgd wordt door een bedankje kan de loyaliteit van de donor verhogen en de kans dat hij regeert op een toekomstige oproep vergroten.
- **Relatiemanagement** wordt steeds belangrijker. In een ideale situatie zou ieder contact tussen de donor en de bloedbank worden geregistreerd, zodat de bloedbank een volledig beeld van iedere donor houdt. Dit geldt met name wanneer een donor zelf besluit om niet te komen doneren omdat hij anders zou worden afgekeurd. Het is natuurlijk een voordeel dat de donor niet onnodig teleurgesteld wordt, maar het is wel van belang dat de donor deze beslissing laat weten aan de bloedbank. Op deze manier houdt de bloedbank een volledig beeld, wat van belang is voor toekomstige communicatie met de donor en voor het relatiebeleid van de bloedbank. Voor goed relatiemanagement is het essentieel dat er een betrouwbaar IT-systeem voor handen is om de donors te registreren (zie Hoofdstuk 12). De contacten met de donor kunnen zowel positief (bijvoorbeeld wanneer een donor zelf besluit niet te doneren) als negatief zijn (bijvoorbeeld een klacht).

6.4.5 Persoonlijk contact tussen de donor en de bloedbank opbouwen

Naast de bovengenoemde instrumenten, vormen de donorpas en het geven van informatie over de donatiegeschiedenis belangrijke instrumenten om een langdurige relatie met de donor op te bouwen.

Donorpas

Het DOMAINE-onderzoek naar donormanagement laat zien dat donors in de meeste bloedbanken (93%) een persoonlijke donorpas hebben. Over het algemeen is de ervaring dat een donorpas de donor het gevoel geeft dat hij onderdeel uitmaakt van een organisatie die zich inzet voor de bloedbehoeften van patiënten.

In de toekomst wordt het misschien mogelijk om smartphones als e-donorpas te gebruiken, d.m.v. een speciaal ontwikkelde applicatie. Deze e-donorpas moet dan wel strikt vertrouwelijk zijn en dezelfde informatie bevatten als de traditionele donorpas (naam, contactgegevens, bloedgroep, etc.). De e-donorpas kan de donor ook toegang geven tot zijn of haar persoonlijke donatiegeschiedenis.

Informatie over de donatiegeschiedenis

Volgens het DOMAINE-onderzoek informeert het merendeel van de bloedbanken (62%) de donors over hun persoonlijke donatiegeschiedenis. De inhoud van de informatie die aan de donor wordt verstrekt loopt uiteen.

Alle bloedbanken verstrekken tijdens het donatieproces informatie aan de donor, in ieder geval mondeling. Voorafgaand aan de donatie laten ze de donor weten wat zijn hemoglobinegehalte, bloeddruk en (indien beschikbaar) pols is en informeren ze de donor over eventuele afkeuringsredenen. Sommige bloedbanken geven informatie over de achterliggende reden voor het wisselen van donatiesoort (bijvoorbeeld van trombocytaferese naar plasmaferese, afhankelijk van de stand van de voorraad).

Ook geven alle bloedbanken de donor mondelinge of schriftelijke informatie over het aantal donaties. Dit is erg belangrijk, omdat het directe informatie geeft over donorbehoud. Daarnaast wordt bij sommige bloedbanken direct na de keuringsprocedure een kaartje meegegeven met daarop de datum waarop de donor weer mag doneren. Het moment vlak na de donatie een goed gelegenheid zijn om een afspraak te maken voor de volgende donatie (als dit organisatorisch mogelijk is). Ten slotte brengen alle bloedbanken hun donors op de hoogte wanneer er afwijkende testuitslagen zijn (zie Hoofdstuk 7 en 13). Dit wordt altijd gedaan om de donor te informeren over contra-indicaties bij toekomstige donaties.

Er zijn grote verschillen in de manier waarop de informatie aan de donors wordt overgebracht. De informatie kan tijdens de afnamesessie zelf worden gegeven, of via een brief, een persoonlijke donorpas of online-toegang. De meest gebruikelijke manier is schriftelijke informatie aan het eind van het selectieproces.

6.4.6 Speciale methoden voor nieuwe donors

De eerste stappen in de donorcarrière bieden de ideale mogelijkheid om een goede relatie op te bouwen tussen de donor en de bloedbank. Waardering tonen na de eerste donatie kan ervoor zorgen dat de donor zich lid voelt van 'de club'. Een tastbare manier om het clubgevoel te verstevigen is het instellen van een donorclub of een donorvereniging. Een donorvereniging kan ook op initiatief van de donors zelf worden opgericht. Donorclubs en donorverenigingen houden zich o.a. bezig met de onderwerpen die in Kader 5 worden opgesomd.

Kader 5. Mogelijke discussieonderwerpen voor donorclubs of donorverenigingen

Donaties

- Oproepfrequentie
- Inhoud van loyaliteitsprogramma's voor nieuwe donors, zoals drie donaties binnen twee jaar of 'Club 25' voor jonge donors
- Informatie over bloedgroepen
- Wijze waarop donors met een bepaalde bloedgroep worden benaderd in geval van een voorraadtekort
- Informatie over wat er met bloed gebeurt voordat het aan de patiënt wordt toegediend
- Belang van afmelden als de donor om welke reden dan ook niet kan komen doneren
- Informatie over selectiecriteria en de wijze waarop de donor deze informatie kan vinden, bijvoorbeeld online

Erkenning

- Brief om de donor te bedanken voor zijn of haar donatie
- Patiënten inzetten als ambassadeur om de donor te bedanken
- Informatie over activiteiten op het gebied van erkenning en onderscheidingen
- Voor nieuwe donors die via hun werk worden geworven kan een vorm van 'bedrijfserkenning' geschikt zijn
- Voor nieuwe donors die via scholen of universiteiten worden geworven kan een boodschap zoals 'blijf in contact' geschikt zijn

Logistiek

- Informatie over de afnamesessie waarvoor de donor wordt uitgenodigd, waaronder de openingstijden
- Informatie over het bezoeken van een afnamesessie, zoals 'kom langs zonder afspraak' of 'bel voor een afspraak'
- Informatie over nieuwe donorbehoudsstrategieën (bijvoorbeeld 'we laten je per telefoon/SMS/brief weten wanneer je weer bloed mag komen geven')

Administratie

- Belang van het doorgeven van adreswijzigingen
- Informatie over het indienen van klachten of suggesties

PARAGRAAF 6.5

ERKENNING

6.5.1 Inleiding

De donor maakt een buitengewoon gebaar wanneer hij bloed geeft. Door een donor erkenning te geven voor zijn donatie, ontstaat er een gevoel van trots. Erkenning is van cruciaal belang om donors te motiveren om bloed te blijven geven. Door erkenning kan de bloedbank een goede relatie met de donor opbouwen. Dit kan direct na de donatie, of in relatie met voorgaande donaties van een donor.

6.5.2 Direct na de donatie

De donor na zijn donatie erkenning geven is de laatste stap van het donatieproces voordat de donor het afnamecentrum verlaat. Het draagt vaak bij aan een goede herinnering over de donatie-ervaring en het afnameteam. Een donor die het afnamecentrum met een glimlach verlaat, zal eerder geneigd zijn om terug te komen voor een volgende donatie.

Eten en drinken: Bijna alle bloedbanken (91%) bieden de donor wat te eten en te drinken aan na de donatie. Bij sommige bloedbanken krijgen de donors alleen wat te drinken (koffie, thee, jus d'orange); bij andere bloedbank krijgt de donor ook wat te eten, zoals broodjes, koekjes of chocola. Het aanbieden van deze versnaperingen tijdens de laatste stap van het donatieproces draagt bij aan het creëren van een goede herinnering over de donatie-ervaring, zelfs als het om kleine versnaperingen gaat. Ook heeft het een positieve invloed op donorbehoud. Het moment waarop de donor wat te eten en te drinken neemt, biedt tevens een goed moment om de donor te vragen of hij terugkomt voor een volgende donatie. Dit kan mondeling en/of schriftelijk.

Informatie over donorbehoud: De donor krijgt deze schriftelijke boodschap over donorbehoud vaak tegelijkertijd met andere informatie aangeboden. Volgens EU-richtlijn 2004/33/EG moet de donor informatie krijgen waarin staat dat hij contact met de bloedbank met opnemen als er iets gebeurt waardoor zijn donatie niet meer geschikt is voor transfusie, bijvoorbeeld wanneer hij griep krijgt.

6.5.3 In relatie met voorgaande donaties

Bedankjes: Het merendeel van de bloedbanken (57%) stuurt de donor geen bedankje kort na zijn donatie. Het kan echter wel nuttig zijn om donors na hun eerste donatie een bedankje te sturen, aangezien het behouden van nieuwe donors juist een van de moeilijkste taken van een bloedbank is. Zo'n bedankje kan per brief of ansichtkaart te worden verstuurd, of op een modernere manier, zoals SMS of email.

Donatiegeschiedenis: De meeste bloedbanken (62%) informeren hun donors over hun persoonlijke donatiegeschiedenis, waaronder het aantal donaties. Dit kan op verschillende manieren: tijdens de afnamesessie zelf (tijdens het keuringsgesprek, na de hemoglobinetest, op een formulier) of per brief, via een persoonlijke donorpas of via

online-toegang. Het verstrekken van deze informatie biedt een goede gelegenheid om de donor aan te moedigen om terug te komen voor een volgende donatie.

Kleine attenties: Bloedbanken geven hun donors vaak een aandenken of attentie na hun donatie. Sommige bloedbanken geven deze attenties, zoals pennen of waardebonnen om een broodje te kopen, na elke donatie; andere geven ze alleen op speciale dagen (Wereld Bloeddonordag, Kerstmis). Medailles, speldjes, broches of certificaten worden ook door bloedbanken gebruikt om de donor te bedanken voor hun gift, vaak na het behalen van een bepaald aantal donaties (bijvoorbeeld na 3, 5 of 10 donaties). Daarnaast is het mogelijk om donors die een groot aantal donaties hebben gedaan (50, 100, etc.) tijdens een officiële ceremonie in het zonnetje te zetten. Donors die vaak hebben gedoneerd kunnen ook een grotere onderscheiding ontvangen na een groot aantal donaties, zoals gegraveerd glaswerk of een uitnodiging voor een diner. Hoewel er grote verschillen bestaan tussen de erkenningen die bloedbanken gebruiken, zijn erkenningen bij alle bloedbanken een belangrijke manier om donors te bedanken voor hun vrijgevigheid en ze aan te moedigen om te blijven doneren.

PARAGRAAF
6.6

DONORTEVREDENHEID METEN

6.6.1 Donortevredenheid meten en verhogen

Donortevredenheid meten: Uit het DOMAINE-onderzoek komt naar voren dat ongeveer 76% van de bloedbanken regelmatig metingen uitvoert naar de tevredenheid van de donors, d.m.v. een vragenlijst die de donors moeten invullen. De frequentie varieert van een dagelijkse meting tot drie keer per jaar of eens in de vier jaar. Het lijkt erop dat een 'top-box-vragenlijst' het meest effectieve instrument is om de algemene en individuele donortevredenheid te meten, hoewel deze slecht door twee bloedbanken wordt gebruikt. Donors beoordelen verschillende onderwerpen in deze vragenlijst, zoals de algehele donatie-ervaring, de wachttijden en de vriendelijkheid van de medewerkers, met een cijfer van 1 tot 10. De top-box-methode meet het aantal donors dat de maximale score van 10 punten aan een onderwerp geeft.

Standaard vragenlijst: De Donor Loyalty Group heeft een standaard top-box-vragenlijst ontwikkeld over aspecten zoals de professionaliteit en vriendelijkheid van de medewerkers, hoe duidelijk de aanwijzingen van de medewerkers zijn, hoe schoon de afnamelocatie is, de vingerprik, het aanprikken, de wachttijd, de aandacht voor de donor en de algemene ervaring. De donor kan elk onderwerp een cijfer tussen de 1 en de 10 geven, waarbij 1 staat voor 'zeer ontevreden' en 10 voor 'zeer tevreden'. De top-box-vragenlijst laat duidelijk zien over welke aspecten donors ontevreden zijn en wat daar de mogelijke oorzaken van zijn. Aan de hand hiervan kan een bloedbank bepalen om verbeteracties uit te voeren, om daarna de donortevredenheid nogmaals te meten.

Benchmarking: De resultaten van de verschillende afnamelocaties of afdelingen binnen een bloedbank kunnen op basis van de resultaten van de top-box-vragenlijst worden vergeleken met de beste-scorende afnamelocatie of afdeling (benchmarking). Daarnaast is het mogelijk om de donor te vragen om opmerkingen of suggesties aan te geven in de top-box-vragenlijst. Aan de hand van de analyse van deze gegevens kan de bloedbank beslissen om verbeteracties in te zetten. Het is aan te bevelen om na enige tijd te meten of hoe effectief deze verbeteracties zijn.

6.6.2 Donorklachten

Het merendeel van de bloedbanken heeft een klachtafhandelingsprocedure (81%). De donor kan zijn klacht op meerdere manieren indienen (zie Kader 6).

Uit de DOMAINE-onderzoeksresultaten blijkt dat het aan te bevelen is om de volgende stappen op te nemen in een Standard Operating Procedure (SOP) voor klachtafhandeling.

1. De wijze waarop de klacht is ingediend registreren (bijvoorbeeld per brief of telefonisch)
2. Een ontvangstbevestiging sturen
3. Tijdig antwoord op de klacht geven (bijvoorbeeld tussen de 10 en 21 dagen een brief sturen)
4. Regelmatig de klachten en de gegeven antwoorden analyseren, om te kijken hoe vaak een klacht opnieuw optreedt en wat de effectiviteit van verbeteracties is

Het aantal donorklachten dat Europese bloedbanken ontvangen, loopt sterk uiteen. Over het algemeen komen de onderwerpen wel behoorlijk overeen.

Kader 6. Manieren om een klacht in te dienen

- Mondeling, tijdens de afnamesessie
- Speciaal klachtenformulier
- Schriftelijke klacht in een klachtenbrievenbus op de afnamesessie
- Schriftelijke klacht in een klachtenboek
- Telefoon
- Email
- SMS
- Brief
- Via donorverenigingen
- Via aangewezen personen op een adviescentrum ('ombudsman')

Wachttijden: De meeste klachten gaan over te lange wachttijden. Andere veelgehoorde klachten gaan over logistieke problemen, zoals openingstijden, parkeermogelijkheden en de afnamelocatie zelf.

Medewerkers: Een deel van de klachten gaat over de medewerkers, zoals geholpen worden door onvriendelijke medewerkers en slechte communicatie tussen medewerkers en donors.

Afkeuringen: Donors klagen dienen ook klachten in over het feit dat ze afgekeurd worden of dat ze niet begrijpen waarom ze zijn afgekeurd.

Technische aspecten: Klachten over donorcomplicaties, zoals hematomen, komen niet zo vaak voor, maar verdienen wel veel aandacht.

PARAGRAAF 6.7 PRESTATIE-INDICATOREN (PI's) VOOR DONOR-BEHOUD

6.7.1 PI's

Over het algemeen geeft het percentage loyale, trouwe donors aan hoe succesvol de activiteiten op het gebied van donorbehoud zijn. Een andere prestatie-indicator voor donorbehoud is een laag percentage donors dat zonder medische reden stopt met bloed geven. De volgende PI's worden het vaakst gebruikt voor donorbehoud.

Actuele donorbestand

- Aantal en percentage trouwe donors in het donorbestand
- De trend in het aantal trouwe donors

Donorverlies

- Percentage inactieve donors in het donorbestand
- Percentage uitvallende donors in het donorbestand
- Donorverloop. Deze index wordt gebruikt in het veld van donatie aan goede doelen. Hij lijkt erg op (maar is niet gelijk aan) het percentage inactieve donors in het donorbestand. Het verschil zit in de teller van de verhouding. Voor verloop wordt het aantal donors gebruikt dat in de afgelopen periode (bijvoorbeeld dit jaar en afgelopen jaar) gedoneerd heeft. *Definitie van donorverloop:* Van de donors die in het voorgaande jaar bloed gaven, het percentage donors dat in het betreffende jaar geen bloed gaf.
- Percentage gestopte donors in het donorbestand in een bepaald jaar
 - binnen het totale aantal donors
 - onderverdeeld per reden om te stoppen, zoals leeftijd, medische redenen, of verhuizing. Om inzicht te krijgen in de redenen die donors hebben om te stoppen, is het nuttig om een gestandaardiseerd interview met een deel van de gestopte donors te houden.

Donors terugwinnen

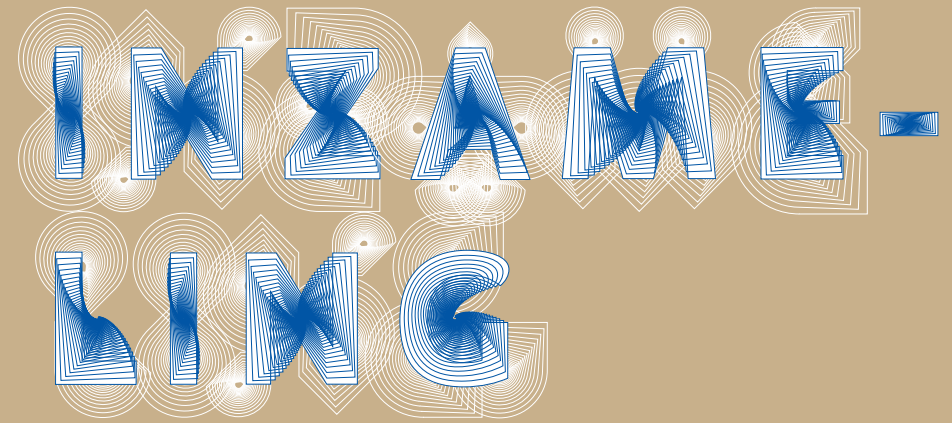
- Percentage bekende donors in het donorbestand in een bepaald jaar
 - op het totale aantal donors
 - op het aantal inactieve donors

Kosten

- Kosten voor activiteiten op het gebied van donorwerving en donorbehoud (in euro's) per donatie

Referenties

- 1 Callero PL & Piliavin JA (1983). Developing a commitment to blood donation: The impact of one's first experience. *Journal of Applied Social Psychology*, 13(1), 1-16
- 2 Royse D & Doochin KE (1995). Multi-gallon blood donors: Who are they? *Transfusion*, 35(10), 826-831
- 3 Masser, M, White, KM, Hyde, MK, Terry, DJ & Robinson, NG (2009). Predicting blood donation intentions and behaviour among Australian blood donors: testing an extended theory of planned behaviour model. *Transfusion*, 49(2), 320-329
- 4 Ferguson, E, France, CR, Abraham, C, Ditto & B, Sheeran, P (2007). Improving blood donor recruitment and retention: integrating theoretical advantages from social and behavioural science research agendas. *Transfusion*, 47(11), 1999-2010
- 5 Masser BM, White KM, Hyde MK & Terry DJ (2008). The psychology of blood donation: Current research and future directions. *Transfusion Medicine Reviews*, 22(3), 215-233
- 6 Daigneault S (2007). Le marketing dans l'univers du don de sang. *Transfusion Clinique et Biologique*, 14(1), 1



7.1.1 Inleiding

Goed georganiseerde afnamesessies vormen een belangrijk element binnen donormanagement. Ze zorgen voor voldoende afnames en stimuleren de donor om een volgende donatie te maken. Dit hoofdstuk behandelt verschillende aspecten van bloedinzameling: de organisatie van sessies, faciliteiten, logistiek, prestatie-indicatoren, donorkeuring, afkeuringsbeleid en afnameprocedures.

Succesvolle activiteiten op het gebied van werving en behoud zorgen ervoor dat een donor naar een van de afnamelocaties van de bloedbank komt. Om de doelstellingen van de bloedbank te behalen, is het van cruciaal belang dat donors bij hun eerste bezoek een positieve indruk krijgen.

De paragrafen 7.1 t/m 7.4 laten zien wat er komt kijken bij het organiseren van een afnamesessie. Deze paragrafen stellen bloedbanken in staat om hun afnameplanning, faciliteiten, logistiek, organisatie en infrastructuur te optimaliseren en om de resultaten van het afnameproces te meten, te beoordelen en te verbeteren.

De volgende stappen zijn van belang bij het organiseren van afnamesessies.

Donortevredenheid

- Zorg er voortdurend voor dat de donortevredenheid toeneemt, door donors een goede donatie-ervaring te geven en door ze aan te moedigen een volgende donatie te maken.
- Zorg ervoor dat elke stap van het afnameproces aan de geldende kwaliteits- en veiligheidseisen voldoet, vanaf het ontvangen van de donor tot het moment dat de donor de afnamesessie tevreden verlaat
- Creëer steun vanuit de samenleving door kwalitatief hoogstaande service te verlenen

Normen

- Zamel die hoeveelheden vol bloed- en aferese-eenheden in die nodig zijn om aan de vraag voor patiënten te kunnen voldoen
- Zorg ervoor dat bloed en bloedproducten die direct (kort-houdbare producten) of indirect (lang-houdbare producten die uit plasma verkregen worden) aan de patiënt worden toegediend aan de geldende kwaliteitseisen voldoen
- Zorg ervoor dat het resultaat van het afnameproces continu blijft verbeteren, met behulp van kwantitatieve indicatoren

Personeel

- Houd de arbeidsomstandigheden op een goed niveau, om de vorige twee doelstellingen te bereiken

7.1.2 Drie soorten afnamelocaties

- **Vaste afnamelocaties:** locaties waar alle sessiematerialen permanent aanwezig zijn
- **Mobiele opbouwlocaties:** locaties waar de sessiematerialen niet permanent aanwezig zijn. Voor elke afnamesessie moeten de materialen naar de locatie worden gebracht
- **Standplaatsen voor mobiele afnamelocaties:** locaties die worden bezocht door een mobiele afnamelocatie. In deze trailer of truck zijn alle sessiematerialen aanwezig. De donor geeft zijn bloed in de trailer.

Er zijn aanzienlijke verschillen in het aantal afnamelocaties per bloedbank en in de verdeling van de verschillende soorten afnamelocaties. Het DOMAINE-onderzoek naar donormanagement in Europa (zie Hoofdstuk 2) laat de volgende gegevens zien.

- **Vaste afnamelocaties:** het aantal vaste afnamelocaties in de deelnemende bloedbanken varieerde van 1 tot 156
- **Mobiele opbouwlocaties:** het aantal mobiele afnamelocaties liep uiteen van 0 tot 13.294
- **Standplaatsen voor mobiele afnamelocaties:** het aantal standplaatsen voor mobiele afnamelocaties varieerde van 0 tot 4.810

Vaste afnamelocaties vormen slechts een klein deel van het totale aantal afnamelocaties in Europa. Mobiele opbouwlocaties worden het meest gebruikt, maar ook standplaatsen voor mobiele afnamelocaties komen regelmatig voor. De meeste bloedbanken hebben zowel vaste als mobiele opbouwlocaties als standplaatsen die met een mobiele afnamelocatie worden bezocht. Slechts een paar bloedbanken zamelen alleen bloed in op vaste locaties. Bij de meeste bloedbanken is het percentage vaste locaties 2 tot 3% en ligt het percentage mobiele opbouwlocaties boven de 90%.

Mobiele afnamesessies kunnen op verschillende locaties worden gehouden: markten, winkelcentra, bedrijventerreinen, bedrijven, universiteiten, scholen, kerken, hotels, etc. Bij het kiezen van een geschikte locatie is het aan te bevelen om in ieder geval rekening te houden met de volgende criteria.

- Voldoende capaciteit om het aantal verwachte donors te kunnen te verwelkomen
- Goed bereikbaar voor donors
- Goed bereikbaar voor medewerkers
- Voldoende mogelijkheden om alle benodigde apparatuur en materialen van en naar de afnamelocatie te brengen
- De locatie voldoet aan de hygiënevoorschriften en veiligheidsvoorschriften

Benodigheden: Het gewicht van alle apparatuur en materialen is bij voorkeur zo laag mogelijk. Op deze manier is het risico op lichamelijke klachten bij de medewerkers die verantwoordelijk zijn voor het transport en het opbouwen zo klein mogelijk. Bij het aanschaffen van de materialen moet rekening worden gehouden met praktische zaken zoals plaatsing, in- en uitladen, vervoer, opbouwen en afbreken van de sessiematerialen.

Afstand: De afstand tussen het vertrek- en eindpunt en de afnamelocatie zelf is daarnaast een belangrijke factor: in veel bloedbanken is deze afstand rechtstreeks van invloed op de reis- en werktijd van veel medewerkers.

Bij het beoordelen van standplaatsen die met een mobiele afnamelocatie worden bezocht, is het belangrijk om ook met de volgende punten rekening te houden: goede toegangswegen, voldoende parkeergelegenheid rond de mobiele afnamelocatie en adequate stroomvoorziening.

7.1.3 Planning van afnamesessies

De planning van afnamesessies maakt deel uit van het bredere managementproces binnen de bloedvoorziening. De belangrijkste doelen van dit bredere bloedvoorzieningsproces zijn als volgt.

- Voorkomen dat er een tekort aan bloedproducten ontstaat
- Het aantal verlopen producten zo laag mogelijk houden

De planningsprincipes die hieronder aan bod komen, zijn alleen van toepassing op erythrocytenconcentraten die afkomstig zijn van vol bloeddonaties. Ze kunnen echter ook worden toegepast op alle andere bloedproducten, zoals trombocytenconcentraten, 'fresh frozen plasma' en, indien van toepassing, erythrocytenconcentraten die d.m.v. afereze worden ingezameld.

Algemene methode voor planning van afnamesessies

Als de stand van de bloedvoorraad het toelaat, is het aan te raden om de volgende stappen te volgen bij het plannen van afnamesessies.

Ver vooruit plannen: Probeer, indien mogelijk, afnamesessies al voor het volgende jaar vooruit te plannen. Dit werkt beter dan het maken van een korte-termijnplanning als er een tijdelijk voorraadtekort of -overschot ontstaat. Begin bij voorkeur in het eerste kwartaal van het jaar n-1 met het plannen van afnamesessies, door de vraag naar erythrocytenconcentraten voor het komende jaar vast te stellen (op basis van eerdere vraag en trendanalyse).

De distributiehypothese die hieruit naar voren komt, kan worden vertaald naar het aantal afnames dat in het gehele jaar nodig is. Dit aantal kan vervolgens worden omgezet naar het aantal benodigde afnames per week. Deze weektarget kan worden verdeeld over de verschillende vaste en mobiele afnamelocaties, gebaseerd op cijfers van eerdere afnamesessies in deze centra, zoals opkomstpercentages. Deze berekening kan leiden tot aanpassingen in de organisatie, waardoor de afnameplanning beter op de vraag aansluit. Sommige afnamelocaties moeten misschien worden gesloten, terwijl er op andere locaties juist afnamesessies bijkomen.

De afnameplanning voor het komende jaar houdt ook rekening met het effect van het aantal afnamesessies per jaar op een mobiele locatie. Wanneer het aantal afnamesessies per jaar wordt verhoogd, neemt het donorbehoud vaak toe.

Locale samenwerking: In sommige landen vindt de planning van afnamesessies plaats in nauw overleg met de lokale contacten van de bloedbank op de afnamelocaties (zie hieronder). Bloedbanken kunnen de afnamesessies zelf organiseren of ze kunnen ervoor kiezen om de hulp van het Rode kruis of een donorvereniging in te roepen.

Relatie met vervolgprocessen: bewerking, testen en uitgifte

Bij het plannen van afnamesessies moet rekening worden gehouden met de gevolgen voor de vervolgprocessen in de bloedtransfusieketen: het produceren en vrijgeven van bloedproducten. Kennis van de mogelijkheden en beperkingen van deze processen draagt bij aan een goede afstemming tussen iedere schakel in de bloedtransfusieketen.

Interne afstemming van plannen: Zorg ervoor dat de afnameplanning geen belemmering vormt voor de werkzaamheden van andere collega's of afdelingen. Afnameplanningen kunnen bijvoorbeeld negatieve gevolgen hebben voor de werken van de medewerkers van de bewerking en de laboratoria, bijvoorbeeld wanneer medewerkers als gevolg van de afnameplanning tijdens feestdagen moeten werken. Het is daarom altijd nuttig om het advies van de productie- en laboratoriummanagers mee te nemen bij het vaststellen van de afnameplanning. Dit geldt niet alleen voor het maken van de jaarplanning, maar ook bij het dagelijks en wekelijkse overleg, waarbij de hoeveelheid daadwerkelijk ingezamelde en uitgegeven eenheden wordt besproken en de afnameplanning wordt bijgesteld. Interne communicatie over de samenwerking met andere afdelingen moet daarom bij elke bloedbank goed georganiseerd zijn.

Openingstijden vaststellen

Het merendeel van de bloedbanken zamelt op werkdagen meer bloed in dan tijdens het weekend. Europese bloedbanken zamelen op werkdagen meer dan 90% van de totale hoeveelheid vol bloed in. Minder dan 8% wordt in het weekend ingezameld. Er zijn maar weinig organisaties die tijdens het weekend meer bloed inzamelen dan op werkdagen.

Openingstijden: Bijna alle bloedbanken hebben 's ochtends afnamesessies. Een klein aantal heeft afnamesessies die 's middags plaatsvinden en ongeveer de helft van de bloedbanken heeft 's avonds afnamesessies. De grote verscheidenheid aan openingstijden laat zien dat elke bloedbank rekening moet houden met lokale factoren. De volgende twee algemene factoren zijn voor elke bloedbank van belang.

- De vaste afnamelocaties in grote steden zijn bij voorkeur de hele dag door geopend, met name wanneer er ook trombocyten- en plasmaferese plaatsvindt.
- Voor mobiele locaties zijn openingstijden van 16.00 tot 20.00 vaak geschikt voor de meeste donors: na werktijd en voor de 'prime time' televisie-uren.

Locale contactpersonen

Voor mobiele afnames is het aan te raden om, waar mogelijk, samen te werken met locale contactpersonen om vol bloedafnamesessies te organiseren. Deze lokale contactpersonen kunnen vrijwilligers zijn van donorverenigingen of vertegenwoordigers van lokale organisaties of locale overheden, zoals bedrijven, scholen, universiteiten, gemeente-instellingen, politie of brandweer. De samenwerking tussen de bloedbank en deze locale contactpersonen kan uit verschillende onderdelen bestaan (zie Kader 1).

Kader 1. Samenwerking met lokale contactpersonen

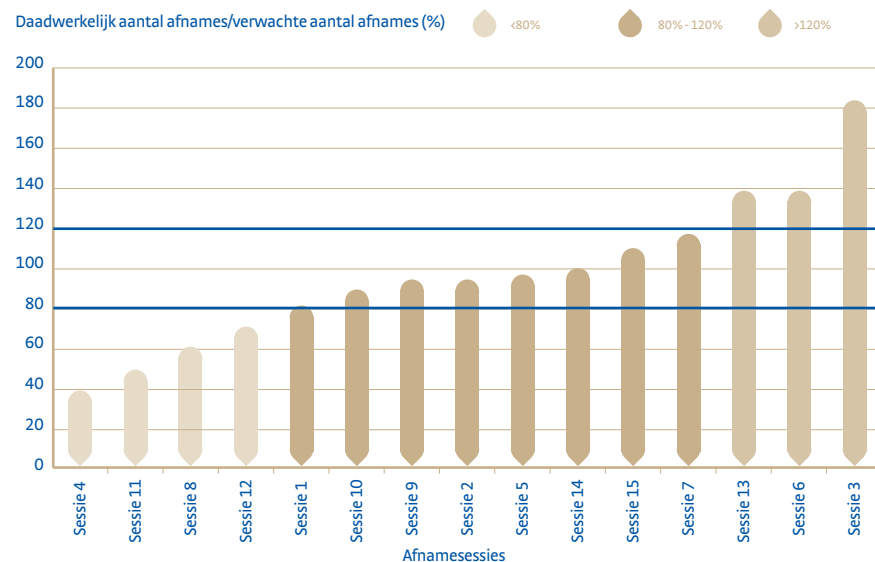
- Leg de data voor afnamesessies in een bepaalde locatie voor het komende jaar vast
- Reserveer de benodigde faciliteiten
- Beoordeel de veiligheidsmaatregelen van de locatie, met speciale aandacht voor brandpreventie en verzekeringscontracten
- Beoordeel de hygiëne-aspecten (o.a. de schoonmaak van de locatie)
- Beoordeel de stroomvoorziening, waterleiding, verwarming en airconditioning
- Kijk naar de gegevens van eerdere afnamesessies op de locatie: aantal donors en aantal ingezamelde eenheden
- Zorg voor goede bewegwijzering naar de afnamesessie en maak de afnamesessie bekend in de omgeving

De afspraken tussen beide partijen kunnen indien gewenst worden opgenomen in een schriftelijke overeenkomst, zoals bijvoorbeeld het huurbedrag dat de bloedbank betaalt voor het gebruik van een locatie.

Tenslotte kunnen lokale contactpersonen een belangrijke rol spelen bij het beoordelen en onderhouden van afnamelocaties. Dit komt de kwaliteit van de afnamelocaties ten goede. Ze kunnen bijvoorbeeld helpen een nieuwe locatie te zoeken voor een afnamesessie als de huidige locatie niet groot genoeg is of niet aan de kwaliteitseisen voldoet.

Resultaten van afnameplanning

Het verschil tussen het aantal geplande (verwachte) afnames en het daadwerkelijke aantal afnames kan worden gebruikt als een simpele manier om de resultaten van het planningsproces te beoordelen. Voor elke sessie (vast of mobiel) kan een prestatie-indicator worden berekend, die uitgedrukt wordt als een percentage (zie Afbeelding 1). De bloedbank in dit voorbeeld heeft de norm voor een effectieve sessie vastgesteld op >80 tot <120%. Vervolgens kan de bloedbank analyseren wat de reden is dat sommige sessies van deze norm afwijken, om ze daarna bij te stellen.



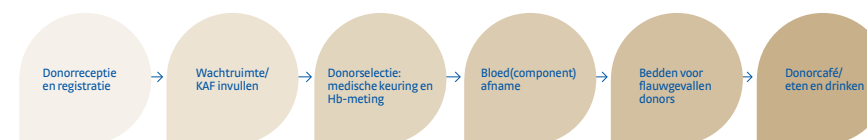
Afbeelding 1. De resultaten van afnameplanning beoordelen: een simpele manier om het planningsproces voor afnamesessies voortdurend te verbeteren

PARAGRAAF 7.2

DONATIEPROCEN EN FACILITEITEN

7.2.1 Stroomschema's en algemene eisen

In elke locatie moet het mogelijk zijn om de verschillende onderdelen van het afnameproces in een doorlopend eenrichtingsproces plaats te laten vinden. Dit geldt zowel voor vaste locaties als voor mobiele opbouwlocaties en mobiele afnamelocaties. Bij voorkeur vindt elk onderdeel plaats in een aparte ruimte. Afbeelding 2 toont een flowchart van het afnameproces. Het is aan te bevelen om voor alle afnameprocessen binnen de bloedbank zo'n flowchart te maken en deze vervolgens te vertalen naar een algemeen model. Aan de hand van dit algemene model kan de routing in elke afnamelocatie worden bepaald (zowel in vaste als mobiele locaties). Op deze manier wordt voorkomen dat donors het proces in de verkeerde volgorde doorlopen. Dit bevordert de veiligheid van de donor en de kwaliteit van de ingezamelde producten.



Afbeelding 2. Voorbeeld van een flowchart van het afnameproces

7.2.2 Eisen aan donorveiligheid

De principes van 'Lean Manufacturing' zijn eenvoudig toe te passen op het donatieproces. Ze kunnen het donatieproces veiliger maken, zowel voor de donor (doortevorkomen dat er ongewenste bijwerkingen optreden en door adequaat te handelen als ze wel optreden) als voor de ontvanger (door de kwaliteit van de ingezamelde producten). De uitgangspunten van Lean Manufacturing binnen het afnameproces staan in Kader 2 vermeld.

Kader 2. Uitgangspunten van Lean Manufacturing voor het afnameproces

- Richt het proces in als een doorlopend eenrichtingsproces, zodat er geen verwarring kan ontstaan, bijvoorbeeld door de verkeerde richting te volgen of door andere lijnen te kruisen
- Behandel iedere donatiesoort als een apart proces en organiseer de activiteiten zo dat een medewerker aan één proces tegelijk werkt (bijvoorbeeld plasmaferese met één soort separator en materialen)
- Probeer stappen die geen toegevoegde waarde hebben uit het proces te verwijderen: 'Value Stream Mapping'
- Breng de werkomgeving in kaart en verwijder alles wat geen waarde heeft voor het proces. Op deze manier ontstaat een overzichtelijke werkvloer
- Volg het farmaceutische 'empty line' principe: controleer voorafgaand aan elke donatie of er geen spullen of documenten van de vorige donor of donatie op of rondom het afnamebed liggen
- Berg de afnamematerialen zo op zodat het niet mogelijk is dat de donorassistent de verkeerde materialen voor het verkeerde proces kan gebruiken (bijvoorbeeld citraat of zoutoplossing bij plasmaferese)

7.2.3 Specifieke eisen voor vaste locaties

Op sommige vaste locatie vinden er alleen bloedinzamelingsactiviteiten plaats. In andere vaste locaties vinden er in hetzelfde gebouw ook andere bloedbankprocessen plaats, zoals bewerken en testen. In beide gevallen is het van belang dat de inrichting van de afnameruimte (het aantal bedden) wordt aangepast aan het verwachte aantal donors en dat afnamelocatie gemakkelijk toegankelijk is voor donors. De afnamelocatie moet goed bereikbaar zijn met het openbaar vervoer en er moet voldoende parkeergelegenheid zijn.

Het is ook belangrijk om de openingstijden af te stemmen op de wensen van de donor. Bloedbanken kunnen ervoor kiezen om alleen donors die een oproep hebben ontvangen bloed te laten geven, of om daarnaast ook donors die zonder oproep langskomen te laten doneren.

In het algemeen neemt de tevredenheid van donors en medewerkers toe als er een mogelijkheid is om een persoonlijke donatie-afspraken te maken.

Omgeving: Een goede omgeving voor donors en medewerkers is van groot belang. Decoratiematerialen kunnen helpen om een goede sfeer neer te zetten, mits ze op een passende manier worden gebruikt. Decoratiematerialen, apparatuur en meubilair kunnen bijdragen aan een prettige, aangename en donorvriendelijke donatie-omgeving, voor donors, medewerkers en vrijwilligers.

Bewegwijzering: Goede bewegwijzering maakt een afnamelocatie zichtbaar en eenvoudig te vinden. Dit draagt bij aan de eerste fasen van donormarketing: positionering, operationele marketing en relatiemarketing (zie Hoofdstuk 5 en 6).

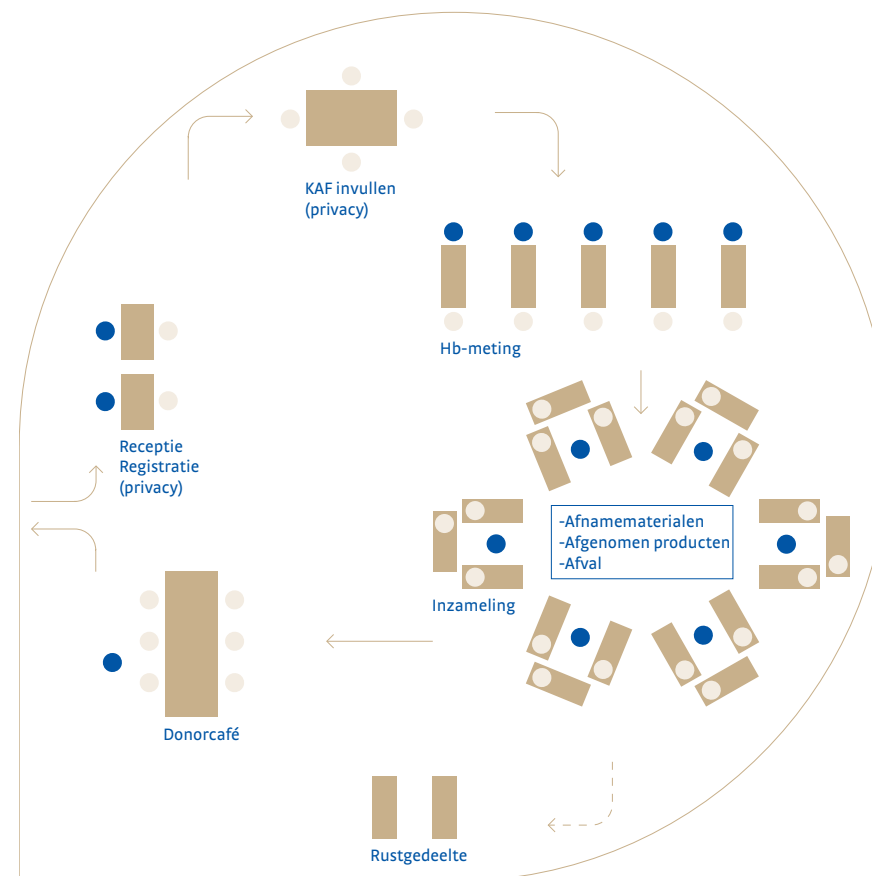
Naast een flowchart voor het afnameproces (zie hierboven) moeten er ook flowcharts beschikbaar zijn voor materialen, apparatuur, documenten en afvalstromen in vaste locaties. De vorm van deze flowcharts hangt af van de donatiesoort; in sommige centra wordt één soort product ingezameld en in andere meerdere soorten.

7.2.4 Specifieke eisen voor mobiele sessies

Voor wat betreft het aantal donors dat geworven moet worden, de verwachte opkomst en de bereikbaarheid, zijn de principes voor vaste locaties ook van toepassing op mobiele opbouwlocaties. Net als voor iedere vaste locatie, moet er ook voor elke mobiele opbouwlocatie een gedetailleerde flowchart gemaakt worden, die aangepast is aan de lokale omstandigheden en randvoorwaarden. Een voorbeeld staat in Afbeelding 3.

Hoewel deze flowcharts aangepast moeten worden aan de specifieke kenmerken van elke de locatie, is het aan te raden om de volgende twee principes uit Afbeelding 3 altijd te passen.

Opstelling van de bedden: Om de wachttijd tussen de keuring en de donatie te verkorten, is het een slim idee om donorassistenten drie in plaats van twee bedden in de gaten te laten houden. Donors hebben het gevoel dat ze actief betrokken zijn zodra ze plaats hebben genomen op het afnamebed, zelfs als ze even moeten wachten.



Afbeelding 3. Flowchart van een mobiele sessie. Bij de sessie in dit voorbeeld zijn er 2 administratief medewerkers, 5 donorartsen (of andere medewerkers die de donorkeuring mogen uitvoeren), 6 donorassistenten en een chauffeur ingepland, op 125 verwachte vol bloeddonthaties gedurende drie uur (openingstijd voor donors)

● : donors; ● : bloedbankmedewerkers

Indeling van de werkruimte: Het is belangrijk om ervoor te zorgen dat medewerkers een afgesloten ruimte hebben in het midden van de werkvloer en dat donors alleen via de buitenkant van de 'cirkel' plaats kunnen nemen op de afnamebedden. Op deze manier hebben de medewerkers goede werkomstandigheden en kan er worden voldaan aan de SOPs en andere richtlijnen. Medewerkers kunnen in deze opstelling op een adequate manier actie ondernemen als donors flauwvallen. Als donors klaar zijn met hun donatie kunnen ze plaatsnemen op de 'rustbedden' die buiten het afnamegedeelte staan.

Het is aan te bevelen om deze twee principes ook toe te passen op vaste locaties en op mobiele afnamelocaties, uiteraard met de nodige aanpassingen.

7.2.5 Validatie van locaties

Validatie van gebouwen, apparatuur en het afnameproces zelf is van belang voor alle kwaliteitssystemen (bijvoorbeeld GMP).

Gebouwen: De drie belangrijkste aandachtspunten voor de validatie van gebouwen (zowel vaste als mobiele opbouwlocaties) staan opgesomd in Kader 3. Uit de validatie moet blijken of een locatie geschikt, onder voorbehoud geschikt of niet geschikt is.

Kader 3. Aandachtspunten voor de eerste beoordeling en validatie van vaste en mobiele opbouwlocaties

- Toegankelijkheid voor voertuigen van de bloedbank
- Toegankelijkheid van het gebouw
 - Bodemconditie
 - Vloer(en)
 - Trappen
 - Liften
- Mogelijkheid om afzonderlijke ruimtes te creëren met de benodigde privacy
 - Receptie/registratie
 - KAF invullen
 - Medische keuring en Hb-meting
 - Afnamedeteelte
 - Rustgedeelte
 - Donorcafé/eten en drinken
- Geen planten, behalve in de ontvangstruimte
- Mogelijkheid om insecten en andere dieren te weren
- Locatie voldoet aan alle veiligheidseisen
- Locatie voldoet aan de hygiëne-voorschriften
- Waterleidingen
- Stroomvoorziening
- Lichtinval/verlichting
- Verwarming
- Schoonmaak

Apparatuur: Het afnameproces en de apparatuur moeten gevalideerd worden volgens de klassieke kwaliteitseisen die binnen de bloedbank van kracht zijn (bijvoorbeeld GMP). Uiteraard moet elk validatieproces traceerbaar zijn.

PARAGRAAF 7.3

LOGISTIEK

7.3.1 De organisatie van transport

In sommige bloedbanken reizen de afnameteams gezamenlijk naar de afnamelocatie. Zorg ervoor dat het vervoer van medewerkers op een goede manier plaatsvindt. Het kan motiverend zijn om een korte bespreking te houden voordat het team naar de locatie vertrekt. Dit geeft medewerkers de gelegenheid om informatie uit te wisselen en om 'team spirit' te creëren.

Lijst van benodigdheden: Maak voor iedere mobiele sessie een lijst van benodigde materialen en apparatuur, gebaseerd op het aantal verwachte donors en het aantal ingeplande medewerkers. Stel van tevoren vast welke hoeveel gebruiksartikelen, materialen en apparatuur er nodig is op welk aantal donors, zodat er een handige reken-eenheid ontstaat. Zorg dat het in- en uitladen van de materialen op een verantwoorde manier gebeurt.

Transport en temperatuur: Stem de wijze van transport af op het aantal en soort producten dat is ingezameld. Houd hierbij rekening met de reistijd tussen de mobiele locaties en de vaste locatie die als startpunt fungeert. Een constante temperatuur is van groot belang bij het vervoer van vol bloedeenheden, omdat de temperatuur van invloed is op de kwaliteit van de separatie van erythrocyten en plasma. De temperatuur van het vervoer hangt af van de eerste stap van het bewerkingsproces. Bij sommige bloedbanken bestaat deze eerste stap bijvoorbeeld uit leukocytenreductie d.m.v. het filtreren van vol bloed bij 4°C. Als het vol bloed wordt gebruikt voor trombocytenconcentraten, moet de temperatuur tot en met het separatieproces tussen de 20 en 24°C liggen. Deze temperatuurspecificatie geldt ook voor het transport van trombocytenconcentraten die d.m.v. afereze zijn afgenomen.

7.3.2 Schoonmaak

Op elke afnamelocatie, zowel vast als mobiel, moeten de materialen schoongemaakt en gedesinfecteerd worden volgens de geldende Standard Operating Procedures (SOPs). De medewerkers, in het bijzonder de donorassistenten, moeten snelle toegang hebben tot water om hun handen te wassen.

7.3.3 Onderhoud

Ook het onderhoud van alle materialen, apparaten en gebouwen moet volgens de geldende SOPs plaatsvinden. Dit onderhoud moet volgens de geldende kwaliteitseisen plaatsvinden, bijvoorbeeld GMP.

PRESTATIE- INDICATOREN VOOR HET AFNAMEPROCES

7.4.1 Prestatie-indicatoren voor bloedafname

Om het afnameproces voortdurend te verbeteren is het essentieel om de resultaten van het proces te meten en om de afnameteams bij deze resultaten te betrekken. Volgens de benchmarkingwerkgroep van de van de European Blood Alliance zijn de volgende twee punten op het gebied van prestatie-indicatoren (PI's) van belang.

- Het meten van het resultaat van het afnameproces moet op basis van eenvoudige indicatoren gebeuren en moet voor elke afzonderlijke afnamesessie plaatsvinden.
- Voor iedere sessie is er één medewerker verantwoordelijk voor het bijhouden van de resultaten. Deze 'teamleider' is, samen met andere teamleden, verantwoordelijk voor het analyseren van de indicatoren en het implementeren van oplossingen om de resultaten te verbeteren.

Op dit moment zijn er twee eenvoudige indicatoren die overal kunnen worden ingezet: een efficiëntie-indicator en een bijdrage-indicator. Een derde PI, bijvoorbeeld de gemiddelde wachttijd of de maximale wachttijd voor donors, kan nuttig zijn, maar vraagt om complexere berekeningen.

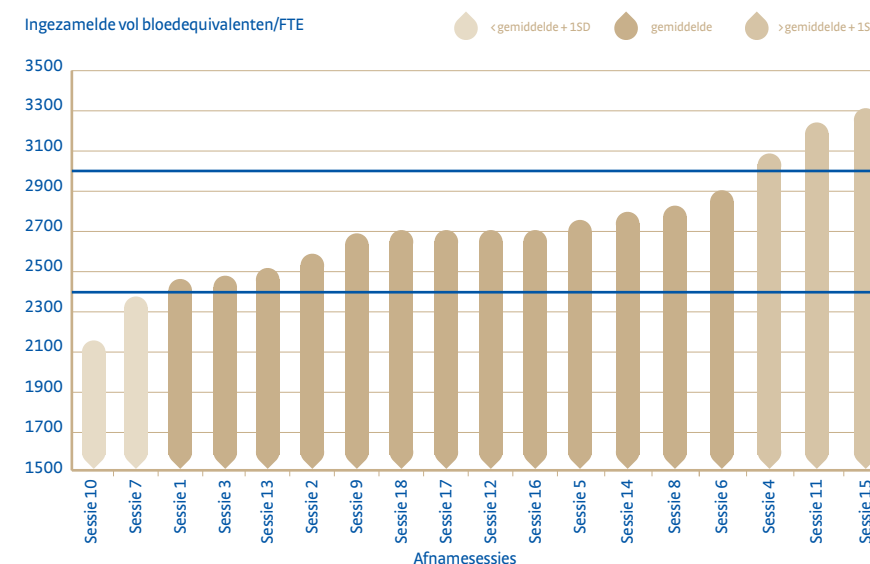
Efficiëntie-indicator

De meest eenvoudige manier om de efficiëntie te berekenen is per afnamesessie het aantal ingezamelde eenheden te delen door het totale aantal door de medewerkers gewerkte uren. Voor mobiele sessies kan de reistijd worden meegerekend. Deze indicatoren kunnen worden uitgedrukt in aantal ingezamelde eenheden per uur of het aantal ingezamelde eenheden per fte (fulltime-equivalent). Om deze indicator op alle sessies toe te kunnen passen, is het aan te raden om elke donatiesoort om te rekenen naar vol bloedeenheden. De omrekenfactoren die momenteel in Frankrijk worden gebruikt staan als voorbeeld in Kader 4 (zie ook Paragraaf 3.3; de onderstaande waarden deze wijken iets af van de waarden die in Paragraaf 3.4 (Financiële aspecten) worden genoemd).

Kader 4. Vol bloedequivalenten: omrekenfactoren naar vol bloedinzameling (voorbeeld)

- Plasmaferese: 1.50
- Trombocytaferese: 2.2
- Aferese van trombocyten en plasma: 2.2
- Aferese van trombocyten en erytrocyten: 2.2
- Aferese van erytrocyten en plasma: 1.4
- Dubbele erythrocytaferese (twee eenheden): 1.6
- Granulocytaferese: 2.7
- Consult en stamcelafname bij beenmergdonor: 1.0
- Consult en afname voor biologische test: 0.5 (zie ook Paragraaf 3.3)

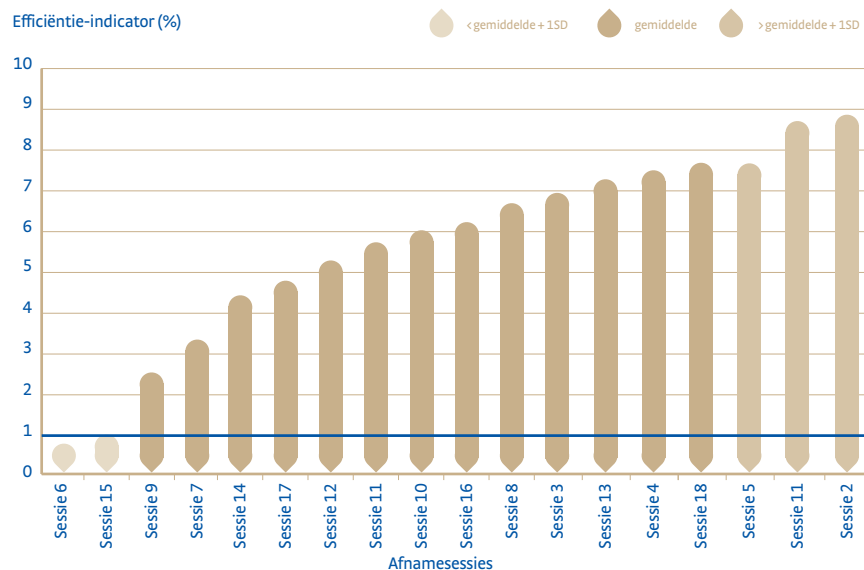
Afbeelding 4 laat de efficiëntieverhouding zien van een regionale bloedbank in een bepaalde periode. Recente ervaringen in Frankrijk laten zien dat de resultaten van sessies binnen dezelfde regio met een factor 1 tot 4 van elkaar af kunnen wijken. Dit interne benchmarkinginstrument kan managers dus helpen de oorzaken van de verschillen tussen zeer efficiënte sessies en niet-efficiënte sessies te analyseren en passende maatregelen te treffen. De bloedbank uit het voorbeeld in Afbeelding 4 heeft besloten om speciale aandacht te geven aan de sessies waarvan de efficiëntie-indicator meer dan 1 standaarddeviatie afwijkt van het gemiddelde (zowel -1 SD als +1 SD). Het is belangrijk om goede afkappunten te kiezen, om te kunnen bepalen of sessies wel of niet efficiënt zijn.



Afbeelding 4. Efficiëntie-indicator voor afnamesessies: vol bloedequivalenten

Bijdrage-indicator

De bijdrage-indicator kan worden gedefinieerd als het aantal vol bloedeenheden (of vol bloedequivalenten) dat tijdens een sessie wordt ingezameld gedeeld door het totale aantal vol bloedeenheden (of vol bloedequivalenten) dat in dezelfde week in dezelfde afnamelocatie wordt ingezameld. Deze indicator laat zien hoeveel een sessie bijdraagt aan de totale weekinzameling van een afnamelocatie. In het voorbeeld in Afbeelding 5 kan een bijdrage-indicator die lager ligt dan 1% ertoe leiden dat de sessie wordt gesloten of dat er maatregelen worden getroffen om de bijdrage aan de totale inzameling te verhogen.



Afbeelding 5. Bijdrage-indicator (voorbeeld). Bijdrage-indicator = het aantal ingezamelde vol bloedeenheden (of vol bloedequivalenten) tijdens een sessie gedeeld door het aantal vol bloedeenheden (of vol bloedequivalenten) dat in dezelfde week in dezelfde locatie wordt ingezameld x 100%.

Welke indicatoren er ook worden gebruikt, het is belangrijk dat de donormanager/teamleider de gegevens bijhoudt en deze dagelijks - op een soort dashboard - volgt. Het gebruik van deze instrumenten kan een grote impact hebben op het verbeteren van de efficiëntie en de effectiviteit van de bloedinzameling.

PARAGRAAF 7.5

DONORSELECTIE

7.5.1 Inleiding

Selectie van bloeddonors heeft een tweeledig doel: het beschermt de veiligheid van de ontvanger én de donor. Elke bloedbank moet een adequate vorm van donorselectie toepassen, om te bepalen welke donors voldoen aan de criteria om bloed te geven en welke donors permanent of tijdelijk moeten worden afgekeurd. Zorgvuldige donorselectie is noodzakelijk voor zowel trouwe donors, bekende donors als donors die voor het eerst bloed geven (definities zie Paragraaf 4.1). Een onvermijdelijke consequentie van donorselectie is dat sommige mensen definitief of tijdelijk moeten worden afgekeurd. Het is van groot belang dat donorselectie met zorg plaatsvindt, om te voorkomen dat toegewijde donors hun motivatie verliezen om een volgende donatie te doen.

Deze paragraaf brengt belangrijke aspecten van donorkering en donorselectie in kaart. Hoewel de minimumeisen voor donorselectie zijn vastgelegd in EU-richtlijn 2004/33/EG² over de technische eisen op het gebied van bloed en bloedbestanddelen, is het bekend dat het beleid en de uitvoering van de selectiecriteria in de Europese lidstaten verschilt.

Deze paragraaf beschrijft het beleid en de uitvoering van de selectiecriteria in Europa en stelt daarbij vast wat de elementen van 'good practice' zijn. Daarnaast komen de mogelijkheden voor interventies tijdens de donorkering aan bod, om de zorg voor de donor en de donortevredenheid te verhogen, en om ervoor te zorgen dat een afgekeurde donor terugkeert als de uitsluitperiode voorbij is.

7.5.2 EU-wetgeving op het gebied van donorselectie

In het afgelopen decennium heeft de implementatie van de EU-richtlijnen een belangrijke rol gespeeld bij de standaardisatie en harmonisatie van donorselectie. Ook de adviezen en sturing van de Raad van Europa, de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), de European Blood Alliance en andere betrokken partijen zijn hierop van invloed geweest. Al deze partijen zijn het erover eens dat bloeddonors hun bloed vrijwillig af zouden moeten staan en niet betaald zouden moeten krijgen voor hun donatie. Samen met effectieve donorselectie draagt deze benadering bij aan een veilige bloedvoorziening en consistentie binnen Europa.

In EU-richtlijn 2004/33/EG² is vastgelegd wat de *minimumeisen* zijn voor de selectie en de medische keuring van bloeddonors. Deze richtlijn is gebaseerd op advies vanuit meerdere bronnen.

- Aanbeveling van de Raad van de Europese Unie 98/463/EG van 29 Juni 19983 inzake de geschiktheid van bloed- en plasmadonors en de screening van donorbloed in de Europese Gemeenschap
- Aanbevelingen van de Raad van Europa
- Adviezen van het Wetenschappelijk Comité voor geneesmiddelen en medische hulpmiddelen

- Monografieën van de Europese Farmacopee, in het bijzonder met betrekking tot bloed of bloedbestanddelen die als grondstof voor de productie van geneesmiddelen van gedeponeerde handelsmerken dienen
- Aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)
- Internationale ervaringen binnen het vakgebied

In de richtlijn staan de minimumcriteria voor donorselectie^{1, annex III}, in het bijzonder voor de volgende gebieden.

- Definitieve afkeuringscriteria voor donors van allogene donaties
- Tijdelijke afkeuringscriteria voor donors van bloed dat voor patiënten is bestemd
- Afkeuring bij speciale epidemiologische omstandigheden
- Afkeuringscriteria voor donors van autologe donaties

Deze paragraaf is geen herhaling van EU-richtlijn 2004/33/EG. De inhoud van deze paragraaf en de opties die aan bod komen, voldoen echter wel aan de minimumeisen van de richtlijn. Lidstaten hebben de vrijheid om zelf aanvullende voorschriften op het gebied van selectie en keuring op te stellen die strenger zijn dan de eisen die de richtlijn stelt. Daarom is het goed om na te gaan of de methoden en instrumenten die in deze paragraaf worden genoemd voldoen aan de regels die door de desbetreffende EU-lidstaat, de bevoegde autoriteit of de bloedbank zelf zijn opgesteld.

7.5.3 Richtlijnen en middelen voor donorselectie

De Europese Richtlijn beschrijft de minimale criteria voor donorselectie. Deze criteria vormen de basis voor de selectievoorschriften in elke lidstaat. Over het algemeen wordt het als 'good practice' gezien dat bloedbanken de Europese basiscriteria vertalen in uitgebreidere voorschriften voor medewerkers die de donorselectie uitvoeren. In deze uitgebreidere voorschriften kunnen aanvullende criteria van de overheid of van de bloedbank zelf worden opgenomen. De belangrijkste elementen voor het opstellen van selectievoorschriften staan vermeld in Kader 5.

Uniforme selectievoorschriften voor medewerkers hebben meerdere voordelen.

- De besluitvorming van medewerkers vindt op een uniforme manier plaats
- Ze beperken onnodige afkeuring
- De veiligheid neemt toe
- Ze zorgen ervoor dat donors duidelijke en correcte uitleg over de afkeuringsreden krijgen

Het is belangrijk dat medewerkers goed op de hoogte zijn van de selectievoorschriften. Goede met goede trainingsprogramma's en -materialen kunnen hierbij helpen. Ook is het goed om de vakbekwaamheid van medewerkers te toetsen. Volgens de EU-richtlijn moeten medewerkers die deze taak uitvoeren regelmatig scholing krijgen en getoetst worden op hun competenties.

Kader 5. Belangrijke elementen voor donorselectievoorschriften

- Heldere, beknopte en eenduidige taal
- Een uitgebreide index om snel te kunnen zoeken
- Achtergrondinformatie en verantwoording van de afkeuringscriteria
- Uitgebreide doorverwijzingen bij gerelateerde zoektermen
- Handige aanvullende informatie
 - Een lijst van geneesmiddelen waarop donors mogelijk moeten worden afgekeurd, zoals niet-steroïde ontstekingsremmers
 - Adressen van nuttige websites
 - www.cdc.gov (Centers for Disease Control and Prevention)
 - www.ecdc.europa.eu (European Centre for Disease Prevention and Control)
 - Een vaccinatielijst
 - Een lijst met geografische gebieden waar kans is op besmetting met ziektes zoals HIV, malaria, de ziekte van Chagas, de ziekte van Creutzfeldt Jacob of het West Nile virus
 - Beslissingsbomen voor ingewikkelde voorschriften zoals hepatitis of malaria
 - Afkeuringscodes die door de bloedbank worden gebruikt voor het registreren en monitoren van afkeuringen

Al deze elementen moeten regelmatig opnieuw bekeken en herzien worden

Vorm van donorselectievoorschriften

De donorselectievoorschriften kunnen in schriftelijke of digitale vorm worden opgesteld. Verschillende bloedbanken maken tegenwoordig gebruik van digitale versies, zowel tijdens de afnamesessies als op de website van de bloedbank. Het gebruik van digitale platformen is zeer effectief. Het is mogelijk om de voorschriften snel en nauwkeurig te doorzoeken, bijvoorbeeld door synoniemen te gebruiken als zoekterm, zoals 'hooikoorts' of 'allergie' om het trefwoord 'hypersensitiviteit' te vinden. Een bijkomend voordeel van elektronische platformen is dat het makkelijker is om ze te snel en gecontroleerd te updaten. Daarnaast kan de digitale informatie over donorselectie, of een samenvatting daarvan, op de website van de bloedbank worden gezet zodat donors toegang hebben tot correcte informatie.

7.5.4 Het proces van donorselectie: vier stappen

Het proces van donorselectie bestaat uit vier stappen, die nauw met elkaar verbonden zijn.

- Informatie en advies voorafgaand aan de donatie (7.5.5)
- Keurings- en afnameformulier (KAF) (7.5.6)
- Keuringsgesprek (7.5.7)
- Medische keuring (7.5.8)

Het is van groot belang dat alle vier de stappen bij elk bezoek van de donor opnieuw worden uitgevoerd. Om de veiligheid van de bloedproducten te garanderen is het uitermate belangrijk dat de donor zich voorafgaand aan de selectie identificeert. Ook

tijdens het afnameproces moet de identiteit van de donor meerdere malen worden gecontroleerd. Daarnaast moet de bloedbank de naam- en adresgegevens van de donor registreren en up-to-date houden.

7.5.5 Informatie en advies voorafgaand aan de donatie

Het verschaffen van informatie en advies voorafgaand aan de donatie is essentieel voor optimale donorselectie. Het helpt onnodige afkeuringen en donatiecomplicaties bij donors te voorkomen en draagt bij aan veilige bloedproducten voor de ontvangers. EU-richtlijn 2004/33/EG schrijft voor welke informatie en advies donors moeten ontvangen voordat ze hun donatie doen, zodat ze goed-geïnformeerd kunnen besluiten of ze wel of niet willen doneren^{2, artikel 2 en annex II}, (zie ook Paragraaf 13.2 over dit onderwerp). Deze informatie moet correct en duidelijk zijn en moet in heldere taal geschreven zijn, zodat donors op de hoogte zijn van alle aspecten van bloeddonatie.

- Het belang van eerlijkheid
- Mogelijke risico's bij bloeddonatie
- De plicht om de patiënt te beschermen
- Veelvoorkomende afkeuringsredenen
- De laboratoriumtests
- Het donatieproces

Deze informatie kan in verschillende vormen worden aangeboden.

- Mondeling, in de vorm van een adviesgesprek/counseling
- Folders die via de post worden verstuurd
- Digitale informatie op de website

Afzien van donatie: Op basis van deze informatie kan de donor, nog voordat hij de bloedbank bezoekt, zelf beslissen of hij wel of geen bloed komt geven. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat hij niet voldoet aan de eisen om bloed te mogen geven.

Het DOMAINE-onderzoek laat zien dat de meerderheid van de Europese bloedbanken middelen heeft die de donor in staat stellen om zelf te beslissen of hij wel of niet aan de keuringscriteria voldoet en eventueel af te zien van donatie, nog *voordat* de donatie is gedaan. Als de donor zelf beslist om af te zien van donatie en dus niet naar de afnamesessie te komen, is het belangrijk dat hij laat weten wat hier de reden voor is. Op deze manier weet de bloedbank dat de donor de selectiecriteria goed heeft begrepen. Ook houdt de bloedbank zo zicht op de gezondheid van de donor en op de risicofactoren.

Donatie intrekken: Ongeveer een derde van de bloedbanken heeft een soortgelijk beleid voor donors die hun donatie willen intrekken: donors kunnen zelf *na* hun donatie aangeven dat hun donatie niet mag worden gebruikt voor transfusie.

Privacy: Donors moeten verschillende mogelijkheden hebben om hun donatieprocedure op een onopvallende manier te stoppen. Het is daarom van groot belang dat donors hier voorafgaand aan hun donatie informatie over krijgen. Het wordt als 'good practice' gezien dat de donor op elk moment kan beslissen de afnamesessie te verlaten of zijn donatie stop te zetten, zonder dat er naar een reden wordt gevraagd. Dit is met name van belang wanneer er sprake is van risicofactoren en risicogedrag, wat kan leiden tot het overbrengen van bloedoverdraagbare infecties, vooral omdat slechts 13 (48%) van de bloedbanken in de 27 EU lidstaten NAT-testen gebruikt om alle donaties te testen.

Alternatieve informatievormen: Voor sommige groepen donors is het aan te raden om de informatie voorafgaand aan de donatie in een andere vorm aan te bieden. De informatie kan in andere talen of andere formaten beschikbaar worden gesteld, zoals audio of Braille voor mensen met een visuele beperking of een video met ondertiteling of gebarentaal voor donors met hoorproblemen.

7.5.6 Keurings- en afnameformulier

Een donor die, op basis van de informatie die hij voorafgaand aan de donatie heeft gekregen, besloten heeft om bloed te komen geven, vult op de afnamelocatie een vragenlijst in: het keurings- en afnameformulier (KAF). De vragen op dit formulier zijn bedoeld om erachter te komen of er op grond van de medische geschiedenis, levensstijl, seksueel gedrag en reisgedrag van de donor risico's zijn voor de patiënt. Als een donor niet aan de keuringseisen voldoet, wordt hij tijdelijk of definitief afgekeurd.

Vorm

Een keurings- en afnameformulier in de vorm van een vragenlijst waarop de donor zelf de antwoorden aanvinkt, wordt over het algemeen gezien als 'good practice'. De vragenlijst moet opgesteld zijn in heldere en eenvoudige bewoordingen, zodat de lijst voor alle donors goed te begrijpen is. De vragen moeten eenduidig zijn. Ze moeten zo worden geformuleerd dat ze leiden tot vervolgvragen om de achterliggende redenen voor afkeuring helder te krijgen en om er zeker van te zijn dat alle relevante medische informatie boven tafel komt.

Tegenwoordig zijn er alternatieve vormen voor de papieren versie van het KAF, zoals een digitale vragenlijst of een computergestuurd keuringsprogramma (zie ook Paragraaf 12.1). Hoewel deze mogelijkheden relatief nieuw zijn, worden ze op sommige plaatsen al uitvoerig gebruikt. Er wordt gesuggereerd dat donors de vragen in digitale vorm beter invullen. Een bijkomend voordeel is dat het programma er automatisch voor kan zorgen dat de donor alle vragen beantwoordt en dat de juiste vragen tijdens het keuringsgesprek met de donorarts of donorassistent worden besproken.

7.5.7 Keuringsgesprek

Nadat de donor het KAF heeft ingevuld, volgt er een keuringsgesprek met een bevoegde en bekwame medewerker. Bij sommige bloedbanken hangen de vorm en de duur

van het gesprek af van de donor: nieuwe of bekende donors krijgen aanvullende vragen en ligt er meer nadruk op de veiligheid van bloed en gedragsrisico's.

In sommige landen mogen nieuwe donors tijdens hun eerste bezoek aan de bloedbank geen bloeddonatie doen. Ze staan dan alleen een aantal buisjes bloed af, zodat er kan worden getest op infectieziekten en bloedgroep. De eerste donatie vindt tijdens het volgende bezoek plaats, nadat de testuitslagen bekend zijn.

7.5.8 Medische keuring

Als uit het ingevulde KAF en het keuringsgesprek blijkt dat er geen reden is om de donor af te keuren, wordt er een medische keuring uitgevoerd om te kijken of het verantwoord is om bloed af te nemen. Over het algemeen worden de volgende metingen gedaan.

- Hemoglobinewaarde
- Bloeddruk
- Hartslag
- Gewicht

Sommige bloedbanken doen ook andere metingen om de gezondheid van de donor te bepalen, zoals temperatuur, hematocriet, ferritine, een lipidenprofiel en ALT. Voor sommige andere producten en bloedbestanddelen kunnen daarnaast de volgende tests worden uitgevoerd.

- Proteïnewaarden (bij plasmadonors)
- Trombocytenwaarde (bij trombocytendonors)

In EU-richtlijn 2004/33/EG^{2, annex III} is vastgelegd wat de minimumwaarde van het hemoglobinegehalte voor mannen en voor vrouwen moet zijn. Ook staat er in de richtlijn dat de Hb-bepaling met een gevalideerde methode moet plaatsvinden. Voor vrouwen is het minimumgehalte ≥ 125 g/l; voor mannen ≥ 135 g/l. Volgens het DOMAINE-onderzoek gebruiken de meeste bloedbanken een capillair monster voor deze meting; andere gebruiken een secundair spectrofotometrisch testsysteem om de resultaten van veneus afgenomen monsters te bepalen. Een van de bloedbanken uit het onderzoek bepaalt het hemoglobinegehalte niet tijdens de afnamesessie, maar gebruikt de resultaten van een monster dat tijdens de vorige donatie is genomen. Naast een Hb-grenswaarde hebben bijna alle bloedbanken een minimumgewicht voor donors ingesteld.

EU-richtlijn 2004/33/EG schrijft voor dat de medische keuring door een gekwalificeerde 'health care professional' moet worden verricht. De exacte definitie van 'gekwalificeerde health care professional' verschilt van land tot land, maar overal worden er medewerkers in de gezondheidszorg mee bedoeld die een adequate opleiding en regelmatige bijscholing hebben gevolgd en die bekwaam zijn om de medische keuring uit te voeren. Het DOMAINE-onderzoek wijst uit dat de medische keuringen in het merendeel van de EU-landen nog steeds door artsen wordt uitgevoerd. In een flink aantal bloedbanken mogen speciaal opgeleide verpleegkundigen of donorassistenten de medische keuring doen.

7.5.9 Toestemming van de donor

Nadat een donor de vier stappen van het donorselectieproces heeft doorlopen - informatie en advies voorafgaand aan de donatie (7.5.5), het keurings- en afnameformulier (7.5.6), het keuringsgesprek (7.5.7) en de medische keuring (7.5.8) - ondertekent hij het KAF. Dit KAF wordt ook ondertekend door de medewerker die het keuringsgesprek voert^{2, annex II, part B}. Met het ondertekenen bevestigt de donor dat hij:

- Het informatiemateriaal gelezen en begrepen heeft
- De gelegenheid heeft gehad om vragen te stellen en dat deze vragen naar tevredenheid zijn beantwoord
- Ermee instemt dat zijn donatie getest wordt en dat er een monster wordt opgeslagen
- Instemt met het voortzetten van de donatieprocedure
- Verklaart dat de informatie die hij verstrekt heeft naar beste weten waarheidsgetrouw is

7.5.10 Heeft de donor de informatie begrepen?

Donors moeten gedurende het hele selectieproces laten zien dat ze het proces begrijpen. Er is algemene overeenstemming over het feit dat de informatie voor donors niet door derden mag worden vertaald tijdens het donorselectieproces; dit is in sommige EU-landen zelf uitdrukkelijk verboden. Er zijn echter wel enkele mogelijkheden die communicatie tussen bloedbank en donors makkelijker maken. De volgende middelen kunnen worden ingezet bij leesproblemen, taalbarrières of handicaps.

- Informatiematerialen in een andere vorm, zoals groot formaat (of leesbrillen), Braille, video's met ondertiteling of gebarentaal
- Informatiematerialen in andere talen
- Hulp bij het invullen van het keurings- en afnameformulier door een medewerker van de bloedbank

Voordat de informatie in een alternatieve vorm wordt aangeboden, moet d.m.v. strenge kwaliteitscontrole worden vastgesteld of deze dezelfde informatie bevat als de originele versie. De alternatieve informatievormen kunnen donors helpen de informatie beter te begrijpen. Het is echter van groot belang dat de donor tijdens het hele proces goed kan aangeven dat hij de informatie begrijpt, anders moet de donatie worden geweigerd.

7.5.11 Privacy

Het is belangrijk dat de donor tijdens het invullen van het KAF, het keuringsgesprek en de medische keuring voldoende privacy krijgt. De inrichting van de afnamesessie moet zodanig zijn dat de privacy van de donor wordt gewaarborgd^{4, artikel 24}. De volgende punten dragen hieraan bij.

- De mogelijkheid om het KAF thuis of online in te vullen
- Aparte ruimtes voor keuringsgesprekken en medische keuringen
- Mappen of klemborden die zo zijn ontworpen dat niemand kan meekijken wanneer de donor het KAF invult
- Achtergrondmuziek zodat niemand met de donor kan meeluisteren tijdens het keuringsgesprek
- Geluidsdichte materialen voor de afscheidingswanden
- Voldoende afstand tussen de keuringsruimtes

Daarnaast moeten de donor- en donatiegegevens vertrouwelijk worden behandeld en opgeslagen.

Voldoende privacy en vertrouwelijkheid zijn vooral van belang bij afnamesessies in kleine gemeenschappen en bij bedrijven of instellingen. In deze gevallen kennen donors elkaar vaak goed. Dit kan leiden tot een sociale druk om bloed te geven, zelfs als het beter is om dit niet te doen. In deze situaties kan het geschikt zijn om de donor de mogelijkheid te bieden om zijn donatie in te trekken (zie Paragraaf 7.5.5).

7.5.12 Prestatie-indicatoren

Er zijn verschillende prestatie-indicatoren die kunnen helpen om het donorselectieproces te evalueren. De prestatie-indicatoren (PI's) hebben ofwel betrekking op de capaciteit ofwel op de resultaten van de selectieprocedures.

- Aantal medewerkers per opleidingsniveau (arts/verpleegkundige/donorassistent) dat betrokken is bij de medische keuring of donatieprocedures, gemeten in fte's
 - Per 1000 donaties
 - Per 1000 medische keuringen

Deze PI vraagt om een duidelijke afbakening van welke handelingen wel en niet bij het donorselectieproces horen.

- Afkeuringspercentage
 - Afkeuringspercentage binnen de groep van opgekomen donors
 - Afkeuringspercentage binnen de groep van opgekomen donors, ingedeeld naar oorzaak: medisch/niet medisch/gedrag
 - Incidentie van reactieve, herhaald reactieve en bevestigde infectieziekten

Deze PI is niet per se een donormanagement-PI. Toch kunnen deze gegevens worden gebruikt voor epidemiologische analyses. Ook kunnen ze van belang zijn voor strategieën voor donorwerving en donorbehoud.

- Wachtijd in minuten per donatie

PARAGRAAF 7.6

AFKEURINGEN

7.6.1 Inleiding

Het is bekend dat zelfs tijdelijke afkeuringen een langdurig effect kunnen hebben op het gedrag van donors en uiteindelijk op donorbehoud^{5,6}. Bij het maken van beleid voor afkeuringen is het noodzakelijk om goede strategieën in te zetten om donors gemotiveerd te houden en om ervoor te zorgen dat donors snel terug komen voor een volgende donatie zodra hun uitstelperiode voorbij is.

Deze paragraaf beschrijft het afkeuringsproces. Hierbij komen donorzorg en advies aan de donor en de mogelijkheden voor 'good practice' aan de orde. Ook komen er mogelijke interventies tijdens de medische keuring en het afkeuringsproces aan bod die de donortevredenheid verhogen en ertoe leiden dat donors eerder terugkomen aan het eind van hun uitsteltermijn.

7.6.2 Het afkeuringsproces

De meeste afkeuringen zijn tijdelijk van aard: slechts een klein deel leidt tot definitieve afkeuring. Dit wordt ondersteund door de resultaten van het DOMAINE-onderzoek: bij een flink van de bloedbanken ligt het totale afkeuringspercentage binnen de groep opgekomen donors rond de 15%. Van deze donors wordt 90% tijdelijk en slechts 10% definitief afgekeurd.

Het is van groot belang dat het afkeuringsproces begripvol en respectvol verloopt, ongeacht de duur van de uitstelperiode. Bovendien is het uitermate belangrijk dat er op een discrete manier met afkeuringen wordt omgegaan, vooral bij afnamesessies in kleine gemeenschappen en bij bedrijven of instellingen. In deze situaties kan het zo zijn dat donors zich schamen voor het feit dat ze niet mogen doneren of dat ze teleurgesteld zijn (zie Paragraaf 8.3 Counselling).

Afkeuring tijdens de afnamesessies

Tijdelijke afkeuringen

De volgende stappen zijn essentieel bij tijdelijke afkeuringen.

- Stel de donor op zijn gemak en informeer de donor over de reden van afkeuring
- Leg uit dat de maatregel bedoeld is om de gezondheid van de donor of de patiënt te beschermen
- Geeft informatie over de duur van de uitstelperiode, zodat de donor deze periode slechts ziet als een korte onderbreking van zijn donorcarrière
- Vraag de donor om terug te komen wanneer de uitsteltermijn voorbij is. Het kan handig zijn om de donor een datum te geven waarop hij weer mag doneren

Definitieve afkeuringen

Bij definitieve afkeuringen is het van groot belang de donor gerust te stellen over zijn eigen gezondheid en welzijn. Dit kan soms erg lastig zijn, bijvoorbeeld wanneer de donor wordt afgekeurd vanwege risicogedrag of vanwege een aandoening waarvan hij volledig hersteld is, zoals een kwaadaardige tumor.

Afkeuringsinformatie

Het is belangrijk dat iedere afgekeurde donor duidelijke uitleg krijgt over de afkeuring. Vaak onthouden donors echter niet alle informatie die ze mondeling krijgen. Daarom kan het handig zijn om de donor aanvullende informatiematerialen en folders mee te geven, zodat hij de reden van afkeuring volledig begrijpt en weet wanneer hij weer terug kan komen voor een volgende donatie. Indien nodig kan er aanvullende informatie worden gegeven over gezondheid of voeding.

Nuttige informatie voor afgekeurde donors

- Hemoglobinegehalte
- Risico's die te maken hebben met reisgedrag
- Infecties
- Zwangerschap
- Vaccinatie
- Medicijngebruik

Het is ook mogelijk om de donor door te verwijzen naar de website van de bloedbank voor aanvullende informatie. Zowel tijdelijk als definitief afgekeurde donors moeten de mogelijkheid krijgen om vragen te stellen. Als het nodig is, kan de donor advies krijgen van een expert, zoals een donorarts of een counselor (zie Paragraaf 8.3 Counseling). Als een donor goede informatie krijgt over de afkeuring, is de kans kleiner dat hij zijn familie, vrienden, collega's en andere potentiële ontmoedigt om bloed te doneren. Goede informatie kan er zelfs toe leiden dat afgekeurde donors zelf nieuwe donors gaan werven, wat een zeer gunstig effect heeft op donorbehoud. Op deze manier blijft er een goede band bestaan met de samenleving en ontstaat er een cultuur waarin alle donors bij de groep bloeddonors blijven horen, ongeacht of ze nog bloed doneren of niet.

7.6.3 Afkeuringen registreren en monitoren

Bloedbanken moeten afkeuringen goed registreren. Ook moet er een controlemechanisme worden ingesteld dat voorkomt dat donors bloed doneren als ze zijn afgekeurd. IT-systemen kunnen ervoor zorgen dat donors niet worden opgeroepen tijdens de uitstelperiode, door ze elektronisch te markeren met een medische uitstelreden of een afkeuringscode. Bloedbanken die geen computersysteem hebben, moeten betrouwbare handmatige processen hebben die ervoor zorgen dat de donor niet kan doneren tijdens de uitstelperiode.

Afkeuringen registreren

Het is belangrijk om procedures in te stellen voor het registreren en monitoren van afkeuringen (DOMAINE-onderzoek: 86% van de bloedbanken maakt gebruik van SOPs). De voordelen hiervan staan opgesomd in Kader 6. Het effect van tijdelijke afkeuringen op het percentage donors dat terugkomt voor een volgende donatie moet niet worden onderschat. Uit meerdere studies^{6,7} blijkt dat donors die voor het eerst bloed komen geven een tijdelijke afkeuring psychologisch kunnen interpreteren als een permanent excuus om geen bloed te geven.

Kader 6. Voordelen van het gebruik van gestructureerde afkeuringscodes

- Het is mogelijk om afkeuringen in categorieën op te splitsen
- Het is makkelijker om eerdere donaties met een bepaalde afkeuringscode terug te roepen
- Het biedt een handige manier om de donatiegeschiedenis van de donor te doorzoeken
- Als de keuringsrichtlijnen worden gewijzigd, kunnen de afkeuringscodes helpen om vast te stellen voor welke donorcohorten dit gevolgen heeft
- Het is mogelijk om een trendanalyse van afkeuringen uit te voeren
- Het is mogelijk om aan het eind van de uitstelperiode contact op te nemen met de donor, indien de einddatum geregistreerd is

Afkeuringen monitoren

Het is belangrijk dat bloedbanken een systeem ontwikkelen om afkeuringen op een goede manier te monitoren en om trendanalyses uit te voeren. Deze monitoring kan voor veel doeleinden worden ingezet.

- Bepalen wat de gevolgen zijn van een verandering in de donorselectieprocedure
- Vaststellen of er verschillende werkwijzen binnen of tussen teams zijn
- Bepalen wat de opleidingsbehoeften van medewerkers zijn
- Trendanalyses uitvoeren

Afkeuringspercentages hebben een rechtstreekse invloed op de productiviteit van elke bloedbank. Daarom is het van groot belang om een effectieve werkwijze in te stellen voor het afkeuren van donors en de afkeuringen vervolgens goed te monitoren. Als onnodige afkeuringen kunnen worden voorkomen en als medewerkers afgekeurde donors aanmoedigen om na hun uitstelperiode weer te komen doneren, hoeven bloedbanken minder nieuwe donors te werven.

7.6.4 Andere afkeuringsroutes

Afkeuring kan op verschillende momenten in het proces plaatsvinden. De donor kan tijdens het bezoek aan de bloedbank worden afgekeurd of hij kan van tevoren zelf besluiten dat hij geen bloed komt geven. Door het gebruik van callcenters, websites, SMS en email heeft de donor steeds meer mogelijkheden gekregen om contact te zoeken met de bloedbank. Het is belangrijk om hier rekening mee te houden bij het ontwikkelen van nieuwe strategieën om donors te motiveren en te behouden.

Belangrijke elementen van 'good practice'

- Stel de informatie aan de donor zodanig op dat hij ofwel zelf kan besluiten geen bloed te gaan geven ofwel contact kan opnemen met de bloedbank om erachter te komen of hij wel of niet mag doneren
- Vraag donors om contact op te nemen met de bloedbank als ze zelf besluiten geen bloed te komen geven
- Zorg ervoor dat callcentermedewerkers goed getraind zijn. Ze moeten de donor kunnen informeren of hij wel of niet mag doneren of een donorarts kunnen inschakelen om de vragen van de donor te beantwoorden

- Zorg ervoor dat de gegevens van de donor goed door het callcenter worden geregistreerd, zodat het mogelijk is een eventuele medische follow-up te doen
- Plaats duidelijke informatie op de website en zorg ervoor dat online-vragen van donors snel worden beantwoord
- Registreer gegevens van donors die zelf besluiten om geen bloed te geven op dezelfde manier als gegevens van donors die tijdens hun bezoek aan de bloedbank worden afgekeurd. Op deze manier wordt de donor niet opgeroepen tijdens de uitstelperiode en is de kans groter dat de donor terugkomt voor een volgende donatie.

7.6.5 Meest voorkomende afkeuringen

De resultaten van het DOMAINE-onderzoek laten zien dat het totale afkeuringspercentage, bij de bloedbanken die gegevens hebben aangeleverd (60% van alle bloedbanken) op 12,9% ligt. Over het algemeen wordt dit gezien als een hoog percentage. Het afkeuringspercentage bij vrouwen ligt over het algemeen hoger dan bij mannen. De resultaten van het DOMAINE-onderzoek worden ondersteund door de resultaten van een onafhankelijk onderzoek⁸. Dit onderzoek laat een afkeuringspercentage van 5,6% zien onder voornamelijk trouwe donors (64,1%), waarvan het merendeel vrouwen.

De meestvoorkomende afkeuringsredenen

- Te laag hemoglobinegehalte: 40,7% (voornamelijk bij vrouwen)
- Te hoge bloeddruk: 29,4% (met name bij mannen)^{9,10}
- Medische oorzaak: 15,6% (te lage bloeddruk, te laag lichaamsgewicht, te hoog hemoglobinegehalte)

In de volgende alinea's worden de volgende twee afkeuringsredenen als voorbeeld genomen voor het monitoren van donors: een laag hemoglobinegehalte en markers van bloedoverdraagbare ziekten.

Monitoring van hemoglobinegehalte

Het komt vaak voor dat vrouwen worden afgekeurd vanwege een te laag hemoglobinegehalte, omdat ze gevoeliger zijn voor ijzerdepletie en daardoor vaker een laag hemoglobinegehalte hebben. Het is aan te raden om vrouwelijke donors en trouwe mannelijke donors¹¹ advies te geven over goede voeding en ijzersupplementen. Cancado et al.¹² concludeerden op basis van hun onderzoek dat bloeddonatie een van de belangrijkste oorzaken is van ijzerdeficiëntie onder bloeddonors, in het bijzonder bij vrouwen.

Donors die regelmatig bloed geven, lopen een groter risico op een laag hemoglobinegehalte en hebben een grote kans om als gevolg daarvan afgekeurd te worden. De resultaten van verschillende onderzoeken^{13,14} laten zien dat trouwe donors risico lopen om ijzerdepletie te ontwikkelen, aangezien elke vol bloeddonatie ongeveer 4 mmol of 236 mg ijzer aan het lichaam onttrekt. Uit een ander onderzoek blijkt dat het totale aantal donaties tijdens de gehele donorcarrière geen voorspellende factor is van ijzerdepletie; de donatiefrequentie is dat echter wel¹⁵.

Monitoring van bloedoverdraagbare infectieziekten

Een van de belangrijkste doelen binnen de bloedtransfusieketen is het voorkomen van besmetting met infectieziekten via bloedtransfusies. In de bloedtransfusiewereld is men het er

echter over eens dat het screenen op markers van infectieziekten geen volledige oplossing biedt. Daarom zijn er verschillende stappen die de veiligheid van bloed en bloedproducten vergroten. De belangrijkste stap is het identificeren van donors die op grond van hun medische geschiedenis of hun gedrag een groter risico lopen op bloedoverdraagbare ziektes. Deze donors worden tijdelijk of definitief afgekeurd.

Optimale donorselectie begint bij het voorlichten van het algemeen publiek over bloedoverdraagbare ziekten. Over het algemeen kiezen mensen die tot de risicogroepen behoren er niet zo vaak voor om donor te worden; mensen die slechts af en toe in contact komen met risico's besluiten vaker om donor te worden. Juist deze laatste groep beseft soms niet dat een eenmalig of incidenteel risicogedrag het risico op het oplopen van een bloedoverdraagbare ziekte al kan verhogen.

Daarnaast moet elke donor de vragen op het keurings- en afnameformulier naar waarheid invullen. Een aantal van deze vragen zijn speciaal ontwikkeld om risicofactoren voor bloedoverdraagbare ziekten naar voren te halen. Dit selectie-instrument vormt de eerste stap in de bescherming tegen de meeste infectieziekten.

Vervolgens moeten alle donaties worden getest¹⁶. De huidige tests kunnen besmettingen bij donors die kort voor hun donatie zijn besmet soms nog niet aantonen, aangezien de besmetting zich nog in de windowfase bevindt. Om deze reden kan het risico op besmetting via transfusie niet compleet worden uitgesloten en lopen ontvangers van bloed nog altijd een klein risico. Dit onderstreept het belang van gedegen onderzoek naar het gedrag en de gezondheid van de donor.

Strategieën om de overdracht van bloedoverdraagbare infectie te reduceren

Alle bloedbanken erkennen dat dit een onvermijdelijk zwak punt is in het screeningsproces. Ongeveer 10% van de donors moet tijdelijk of permanent worden afgekeurd volgens het DOMAINE-onderzoek.

In sommige EU-landen hebben donors de mogelijkheid om op een discrete manier aan te geven dat ze hun donatie willen intrekken nadat het afnameproces is afgerond. Dit geeft donors die tijdens de afnamesessie niet willen toegeven dat er een risico op besmetting is (vanwege sociale druk van familie of dorpsgenoten) de gelegenheid om te voorkomen dat hun bloed wordt toegediend aan patiënten¹⁷. Dit is geen optimale methode om het risico op besmetting te reduceren, maar soms is het wel een redelijk alternatief.

Andere EU-landen hebben een andere aanpak voor het probleem van de windowfase. Als een nieuwe donor voor de eerste keer een afnamesessie bezoekt, worden er alleen testbuisen afgenomen die worden getest. De nieuwe donor mag tijdens dit eerste bezoek nog geen bloed geven. Pas als de testresultaten negatief zijn, wordt de donor opgeroepen voor donatie. Als hij het selectieproces dan succesvol doorloopt, mag hij voor het eerst doneren.

De resultaten van het DOMAINE-onderzoek laten zien dat de meeste bloedbanken speciale procedures hebben voor het afkeuren van donors. Slechts 38% van deze bloedbanken

maakt gebruik van algoritmes, beslissingsbomen of flowcharts om donors af te keuren, terwijl deze middelen wel degelijk nuttig kunnen zijn.

In Afbeelding 6 staat een voorbeeld van een algoritme dat kan worden gebruikt om te controleren of donors bloeddraagbare ziekten hebben.

7.6.6 Nazorg voor afgekeurde donors

Afkeuring vanwege medische redenen

Soms is het nodig om nazorg te verlenen aan donors die vanwege medische redenen zijn afgekeurd, bijvoorbeeld donors die tijdelijk bepaalde medicijnen gebruiken (zoals antibiotica) of donors die een laag hemoglobinegehalte hebben. De counselor moet er zeker van zijn dat de donor het advies begrepen heeft en de eventueel voorgeschreven medicijnen gebruikt. Ook moet de donor begrijpen dat hij slechts tijdelijk is afgekeurd. Verder is het goed om de donor gerust te stellen dat hij weer mag doneren als de uitstelperiode voorbij is.

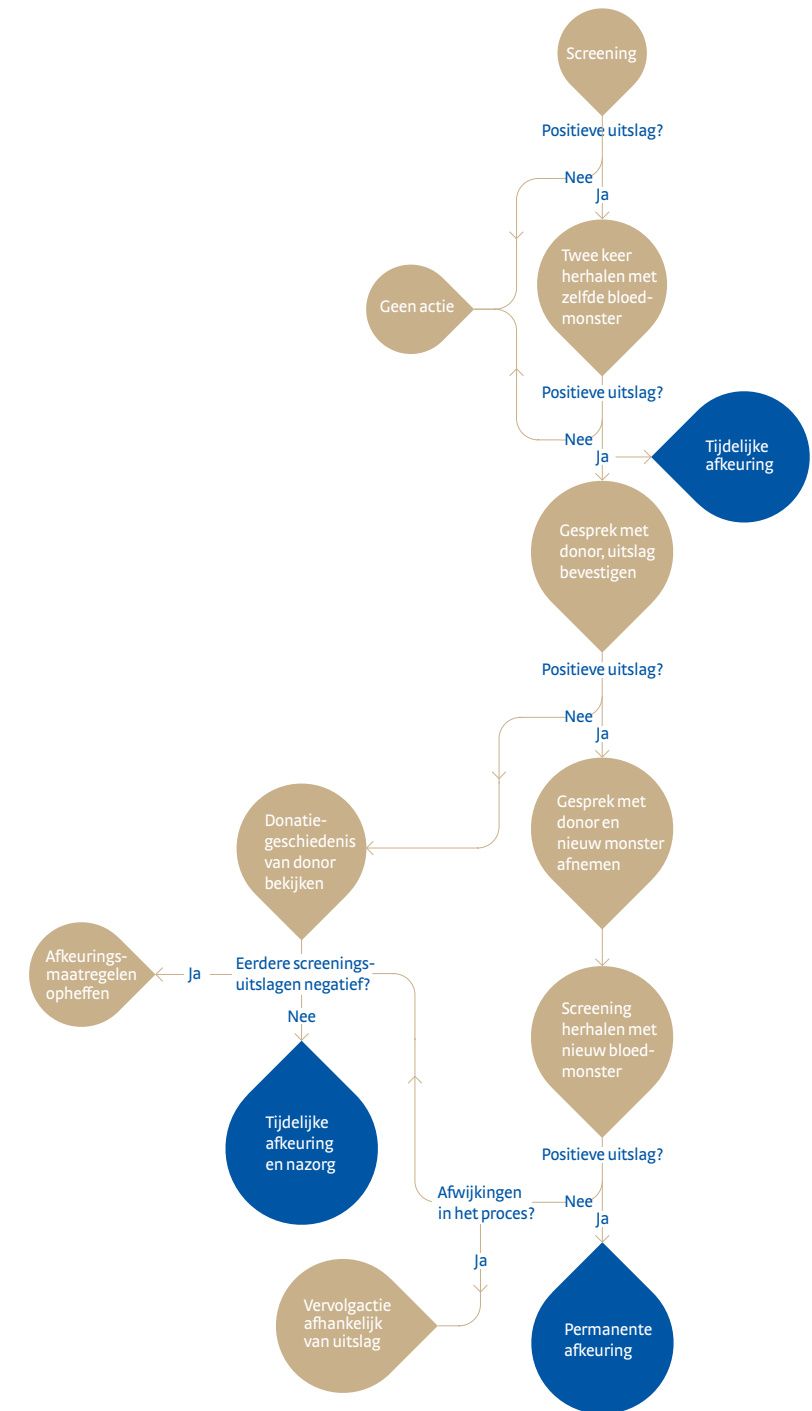
Daarnaast kan het nodig zijn om aan het einde van de uitstelperiode contact op te nemen met de donor om medische nazorg te verlenen en om te laten weten wanneer hij weer bloed mag geven. Het is goed om een specifieke afspraak te plannen; dit motiveert de donor om terug te komen voor een volgende donatie.

Afkeuring vanwege een bloedoverdraagbare ziekte

Ook wanneer uit de screeningstests blijkt dat een donor een bloedoverdraagbare ziekte heeft, is het nodig om nazorg te verlenen aan de donor.

Positieve test: In overduidelijke gevallen, waarbij zowel de screeningstesten als de confirmatietesten positief zijn, moet de donor geïnformeerd worden in een één-op-één-gesprek met een daarvoor opgeleide medewerker of worden doorverwezen naar de huisarts voor verdere informatie en begeleiding. De meerderheid van de Europese bloedbanken brengt de donor tijdens één-op-één-gesprekken op de hoogte, waarbij de donor de mogelijkheid heeft om informatie en persoonlijk advies te vragen. Een klein deel van de bloedbanken informeert de donors per brief over positieve testresultaten.

Hoog-risicogedrag: Binnen Europa bestaan er verschillen in het afkeuringsbeleid voor donors die mogelijk zijn blootgesteld aan bloedoverdraagbare ziekten. Een bekend voorbeeld is het afkeuren van mannen die seksueel contact hebben gehad met andere mannen (MSM). In sommige landen is het beleid dusdanig dat mannen die seksueel contact hebben gehad met andere mannen definitief worden afgekeurd, terwijl andere landen een uitstelperiode hanteren waarin deze mannen geen bloed mogen geven. Er is kritiek op dit beleid, omdat het discriminerend zou zijn t.o.v. homoseksuele mannen om voor hen strengere keuringcriteria te hanteren dan voor andere hoog-risicogroepen. Alle Europese landen hebben de vrijheid om hun eigen epidemiologische data te verzamelen en te analyseren en om aan de hand hiervan hun eigen afkeuringscriteria te bepalen, zolang deze binnen de kaders van de EU-richtlijn vallen (zie ook Paragraaf 13.1 over Ethische kwesties op het gebied van bloeddonatie).



Afbeelding 6. Voorbeeld van een algoritme voor controle op bloedoverdraagbare ziekten

7.7.1 Venapunctie

Nadat een donor de selectieprocedure succesvol heeft doorlopen, wordt hij uitgenodigd voor de bloedafname. In de meeste landen wordt de bloedafname verricht door gekwalificeerde verpleegkundigen (bij 91% van de bloedbanken in Europa). Bij ongeveer een vijfde van de bloedbanken gebeurt dit door artsen en bij eenzelfde aantal door afnameassistenten die hiervoor gekwalificeerd zijn. In een klein deel van de bloedbanken wordt de venapunctie gedaan door laboratoriummedewerkers of medisch-technisch personeel. Voordat de venapunctie wordt verricht, moet de medewerker de identiteit van de donor controleren.

7.7.2 Afnamemeubilair

Houd bij het opstellen van het afnamemeubilair rekening met de volgende punten.

- Een comfortabele ligpositie
- Bescherming in geval van flauwvallen
- Optimale armpositie voor de venapunctie
- De donor moet zichtbaar zijn voor het afnamepersoneel

Donors geven meestal bloed op speciaal meubilair: een plat bed of een speciaal gevormde bank of stoel. Dit kunnen standaardproducten zijn van leveranciers van medisch meubilair of op maat gemaakt meubilair, naar de eisen van de bloedbank (zoals bijvoorbeeld in Noord-Ierland). Donors die in een rolstoel zitten, moeten kunnen kiezen of ze op een afnamebed van de bloedbank of in hun rolstoel willen doneren.

De meeste bloedbanken hebben vastgesteld wat de verhouding is tussen het aantal afnamemedewerkers en het aantal bedden, bijvoorbeeld één medewerker op drie afnamebedden. Er worden verschillende verhoudingen gebruikt voor trouwe donors, bekende donors en eerste-donatie-donors. Ook het type afnamepersoneel is van invloed op deze verhoudingen. De gebruikte getallen verschillen per bloedbank.

7.7.3 Bloedafname

Nadat de donor is aangeprikt, voeren de afnamemedewerkers over het algemeen de volgende taken uit.

- De donatieformulieren invullen
- Zakken labelen
- Gegevens invoeren of noteren
- Donorgegevens invullen
- Taken die gericht zijn op donorbehoud
- Taken die gericht zijn op donorwerving

Als de donatie is afgerond, blijft de donor normaal gesproken nog 10 minuten liggen, of langer als dat nodig is. Dit kan op het afnamebed of op een andere plaats. De meerderheid van de Europese bloedbanken (>70%) heeft beleid dat bepaalt dat de donor gedurende een bepaalde periode op het afnamebed moet blijven liggen. De lengte kan afhangen van het type donor, omdat het risico om flauw te vallen voor nieuwe donors groter is dan voor trouwe donors. Het is ook mogelijk om donors te laten rusten in de donorkantine.

7.7.4 Gewicht van de bloedzak

Het is essentieel dat het gewicht van de donatie binnen de vastgestelde marges valt. Ook is het van belang dat de donatie geschud wordt tijdens het afnameproces. Er zijn verschillende methoden om ervoor te zorgen dat de donaties binnen de marges vallen.

- Schudweger
- Weegschalen
- Handmatig schudden

7.7.5 De bloeddonatie afronden

Na de afname

Zodra de naald uit de arm is verwijderd, moet de aanprikplaats dicht worden gedrukt d.m.v. een verband of handmatige druk. Dit voorkomt nabloedingen. De afnamemedewerker kan een pleister, drukverband of ander drukmiddel aanbrengen of de aanprikplaats handmatig dichtdrukken. De donor kan de aanprikplaats ook zelf dichtdrukken.

Sealen

Als de donatie is afgerond, moet de slang van de bloedzak worden afgesloten. Dit kan d.m.v. hitte-sealing, een metalen klem of een andere methode. Deze handeling kan aan het afnamebed of op een andere werkplek worden gedaan.

7.7.6 Nazorg

Als de donor klaar is met doneren, is het belangrijk om nazorg te verlenen voordat hij het afnamecentrum verlaat. Nazorg bestaat uit de volgende elementen.

Eten en drinken aanbieden

De meeste bloedbanken bieden de donor iets te eten en te drinken aan. Dit heeft een tweeledig doel. Ten eerste verkleint dit het risico op ongewenste bijwerkingen en gebeurtenissen (zie Hoofdstuk 8 over donorveiligheid). Dat werkt vooral wanneer de donor iets kouds te drinken neemt voorafgaand aan zijn donatie. Ten tweede is het een teken van waardering voor de donor. In sommige landen geven bloedbanken daarnaast ook levensmiddelen, waardebonnen voor levensmiddelen of snoep, zoals chocola, aan hun donors, als compensatie voor tijd en onkosten. Het is ook mogelijk om de donor tijdens of na de donatie iets te drinken aan te bieden (op het afnamebed of in een andere ruimte).

Bij voorkeur is er bij elke afnamesessie een donorkantine om de donor iets te eten en te drinken aan te bieden. Deze ruimte moet voldoen aan de hygiëne- en veiligheidseisen. De catering wordt meestal door vrijwilligers, maar vaak ook door verpleegkundigen of afnameassistenten verzorgd.

De donor in de gaten houden

Het is belangrijk dat verpleegkundigen, donorassistenten en vrijwilligers de donor na zijn donatie goed in de gaten houden. Complicaties die in of net buiten het afnamecentrum optreden, kunnen hierdoor goed worden behandeld. Ook kan er donorcounseling worden geboden als dat nodig is (zie Paragraaf 8.3).

Post-donatiemeldingen

Het is belangrijk dat een donor de bloedbank op de hoogte stelt als hij binnen twee weken na de donatie onwel wordt.

De donor bedanken voor zijn donatie

In het kader van donorbehoud is het uitermate belangrijk om donors goed te behandelen. Een donor die goed behandeld wordt, zal vaker terugkomen voor een volgende donatie. Het is een kleine moeite om donors te bedanken, maar het is van grote waarde voor donortevredenheid en donorbehoud.

Erkenningen

Kleine presentjes of erkenningen kunnen worden gezien als een teken van waardering voor de donor. Ze zijn een vorm van donorbehoud (Zie Hoofdstuk 6 over Donorbehoud).

Andere activiteiten

Het moment na de donatie biedt een mooie gelegenheid voor de volgende activiteiten.

- **Een afspraak maken:** De donor kan een afspraak maken voor zijn volgende donatie, mits dit mogelijk is in het automatiseringssysteem.
- **Donortevredenheid meten:** Het moment waarop de donor wat te eten en te drinken neemt, biedt een goede gelegenheid om zijn mening te vragen over verschillende aspecten van bloeddonatie. Hoofdstuk 6 gaat dieper in op het onderwerp donortevredenheid.
- **Donorklachten afhandelen:** Donors moeten de mogelijkheid hebben om hun opmerkingen over de bloedbank kwijt in het afnamecentrum te kunnen of een officiële klacht in te dienen. Dit kan door een klachtenformulier in te vullen of door een klacht mondeling te melden. Goede klachtafhandeling heeft een positieve invloed op donortevredenheid en donorbehoud. Paragraaf 6.6 bevat meer informatie over de afhandeling van klachten.
- **Hulp bieden bij kleine ongelukken:** Als er een ongelukje plaatsvindt tijdens of vlak na de donatie (bijvoorbeeld als er bloedspetters op de kleding van de donor terechtkomen of als er lichte materiele schade is aan auto's of fietsen) moet er informatie beschikbaar zijn over vergoeding van de kosten.

7.7.7 Prestatie-indicatoren voor donatieprocedures

Het monitoren van de afnameresultaten en de kwaliteit van de afname is een absolute vereiste voor constante verbetering. De resultaten van afnamesessies kunnen met de volgende PI's worden gemeten.

- **Percentage geslaagde donatieprocedures:** een donatie wordt als (niet-)geslaagd beschouwd als het aanprikken van de huid van de donor (niet) heeft geleid tot bloedproducten (vol bloed of bloedcomponenten) die geschikt zijn voor bewerking.
 - Percentage van alle (niet-)geslaagde donaties op het totaal aantal gestarte donatieprocedures, onderverdeeld naar oorzaak: technisch (zoals apparaat, materialen/disposables of venapunctie) of donorgerelateerd (zoals flauwvallen, langzame doorbloeding)
 - Percentage donorcomplicaties op het totale aantal gestarte donatieprocedures, onderverdeeld naar complicatiesoort
- **Percentage niet-buikbare producten dat donor- of afnamegerelateerd is, maar niet tijdens de afnameprocedure zelf heeft plaatsgevonden**
 - Post-donatiemelding van een risico op bloedoverdraagbare ziekten
 - Materiaalfouten
 - Onopzettelijke logistieke fouten