

Peer Review pragmatisch praktisch gut



Qualität in der Intensivmedizin – Wohin geht die Reise

Ärztekammer Hannover, 02.11.2016

Alexander Brinkmann

Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin und spezielle Schmerztherapie

Qualitätsmanagement Intensivmedizin ("Wie heißt das Problem?")

In der Theorie

- Liegen Therapiestandards und individualisierte Therapiekonzepte vor?
- Sind die Prinzipien der Behandlung evidenzbasiert, d.h. gibt es leitlinienkonformes Behandlungsgerüst?

In der Praxis

- Ist der klinische Alltag so organisiert, das Fehler bestmöglich vermieden werden?
- Bekommt der Patient das, was wir glauben, bzw. das, was wir erzielen möchten?

Kennzahlen und Indikatoren

- o Hilfsgrößen,Steuerungsinstrumente
- Schwächen und Verbesserungspotentiale
- Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität
- Begrenzte Gültigkeit
- Wissenschaftliche Evidenz, Expertenkonsens

Braun JP et al., Anästh Intensivmed, 2010

Qualitätsmanagement in der Intensivmedizin – Eine Aufgabe für das gesamte interdisziplinäre und interprofessionelle Team*

Quality management in intensive care medicine – A task for the entire interdisciplinary and interprofessional team

- J. Martin¹, P. Wegermann¹, H. Bause¹, M. Franck¹, G. Geldner¹, H. Gerlach¹, U. Janssens³, W. Kuckelt¹,
- R. Kuhlen¹, M. Max¹, A. Meier-Hellmann, E. Muhl⁴, Ch. Putensen¹, M. Quintel¹, M. Ragaller¹,
- K. Reinhart¹, A. Schleppers¹, M. Specht¹, C. Spies¹ und C. Waydhas²
- Wiss. Arbeitskreis Intensivmedizin der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)
- Interdisziplinäre Arbeitsgruppe (IAG) "Qualitätssicherung in der Intensivmedizin" der DIVI
- Deutsche Gesellschaft für internistische Intensivmedizin (DGII)
- Arbeitsgemeinschaft Intensiv- und Notfallmedizin (CAIN) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
- ✓ Arbeit mit Checklisten und SOPs
- ✓ Kontrolle der eigenen Standards
- Definition von Kennzahlen
 - Kerndatensatz (DIVI, 2003, 2010)
 - Qualitätsindikatoren (DIVI, DGAI, Version 1.0 2010, 2.0 2013)
 - Benchmarkprojekte (KISS, SARI)
- ✓ Zertifizierung (modulares Zertifikat Intensivmedizin DGAI, 05/2014)
- ✓ Peer Reviews (erstes Peer Review in BW, 11/2007)

Wissenschaftliche Evidenz Tatsächliche Versorgungsrealität

Evidenz in der Intensivmedizin



"Im Durchschnitt vergehen 17 Jahre von der Entdeckung effektiver Therapien bis zu deren routinemäßigem Gebrauch"

Levy MM, Pronovost PJ, Dellinger RP et al (2004) Sepsis change bundles: converting guidelines into meaningfull change in behavior and clinical outcome. Crit care Med 32 [Suppl]: S595-597

Qualitätsmanagement Veränderungsprozesse (Realität?!)

>PDCA-Zyklus

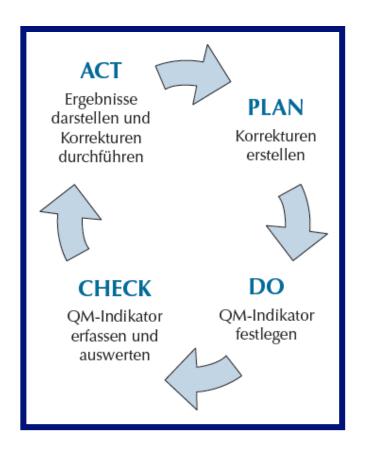
P please

D don't

C change

A anything

Alain de Dommartin, ehemaliger CEO der EFQM



Qualitätsmanagement Abgrenzung *Audit* versus *Peer Review*



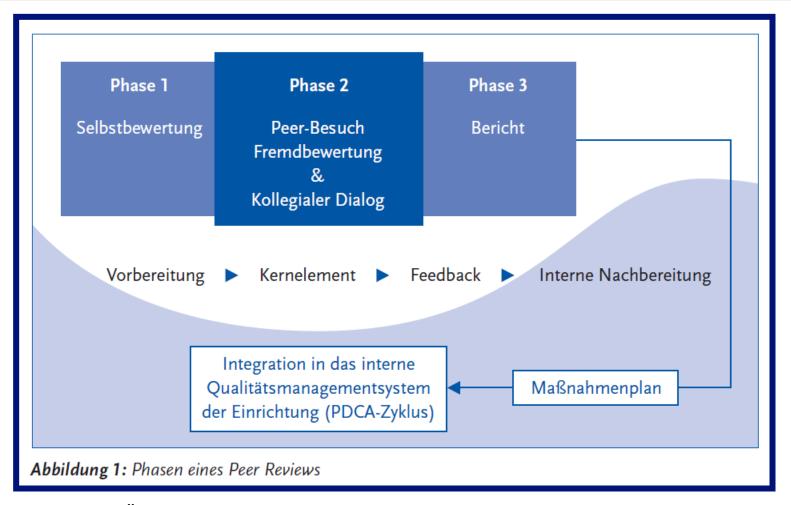
Nach Nisbet, The Evaluation of Education Programmes: Methods, Uses and Benefits (S&Z), 1990, adaptiert nach JP Braun

Warum Peer Reviews? Es ist Zeit für einen Kulturwandel!

- Anspruch an die Intensivmedizin
 - Vorbildliche medizinisch und pflegerische Strukturqualität
 - Adäquate ökonomische Rahmenbedingungen
 - Nachhaltig hohe Qualität, definierte, strukturierte (Fremd)-Bewertung
- Peer Review ist ein <u>entwicklungsorientiertes</u> Evaluationsverfahren, es fördert
 - Erfahrungsaustausch von unterschiedlichen Einrichtungen
 - Professionelles Verständnis von Qualität "bottom up"
- Lerneffekt f
 ür beide Seiten
- Gelebte Qualitätssicherung
- Hohe Zufriedenheit bei den Teilnehmern



Peer Review in der Intensivmedizin Phasen eines Peer Review



Curriculum Ärztliches Peer Review 2. Auflage, Bundesärztekammer, 04/2013



Peer Reviews – 2010-2014 (2014 in Planung)

Bundesland	Intensiv	Transfusion	IQM/QKK	"Galle"
Baden-Württ.	14 (1)			
Bayern	23			
Berlin/Brbg.	16	35		
Hamburg	10 (2)			
Hessen / Saarl.	6			1
Nieders. / Bremen	12			
Nordrhein	9			
Sachsen	2			
Schleswig-Hol.	8 (2)			
Thüringen	7			
insgesamt	107 (5)	35	über 300	1

	Qualitätssicherung	Sonderbeiträge	69				
	Quality Assurance	Special Articles					
	Quality indicators in intensive care medicine 2013 — second edition —	Intensivmedizinische Qualitätsindikatoren 2013					
Nr.	Hauptindikator 06/2013						
I	Tägliche multiprofessionelle, klinische Visite mit Dokumentation von Tageszielen						
Ш	Monitoring von Sedierung, Analgesie und Delir						
Ш	Protektive Beatmung						
IV	Weaning und andere Maßnahmen zur Vermeidung von Ventilatorassoziierten Pneumonien						
V	Frühzeitige und adäquate Antibiotikatherapie						
VI	Therapeutische Hypothermie nach Herzstillstand						
VII	Frühe enterale Ernährung						
VIII	Strukturierte Dokumentation von Angehörigengesprächen						
IX	Händedesinfektionsmittelverbrauch						
X	Leitung und Präsenz eines Facharztes mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin in der Kernarbeitszeit und Gewährleistung der Präsenz von intensivmedizinisch erfahrenem ärztlichen und pflegerischen Personal über 24h						

Peer-Review-Verfahren Intensivmedizinische Netzwerke

- Verbesserung der Dokumentation
 - zu viele Dokumente
 - Beatmungsprotokoll, Pflegekurve, Vitalparameter
- Schmerz-, Sedierungs und Delir-Scores
- Tagesziele (gemeinsame Besprechung Medizin und Pflege)
- Unzureichende Ausstattung mit Desinfektionsmittel-Spendern
- Weitere, überwiegend bauliche Mängel in der Infrastruktur
- Bereichskleidung
- Kosten und Erlös-Transparenz
- Beginn als kollegiale Besuche oder Visitationen im Jahr 2007
 - Besuch Klinikum Heidenheim 11/2007

Qualitätsindikatoren Wunsch und Wirklichkeit

Schmerz, Sedierung und Delir-Scores

o 2007: 14%, 0%, 0%

o 2012: 100%, 90%, 70%

o 2014: 100%, 95%, < 20%

o 2016: 100%, 90%, 30%

Oberkörper 30 Grad ▲

o 2007: 50%

o 2012: 90%

o 2014: 95%

o 2016: >90%

Weaningversuche

o 2007: 60-70%

o 2012: 95%

o 2014/16: > 90%

• Tidalvolumen \leq 6 ml/kg, $\Delta P \leq$ 15 mbar

o 2007: 50%

o 2012: 90%

o 2014/16: 80-90%

Determine the state of the stat								
Datum Patienten gesamt								
							72hifeid	
Oberkörperhochlagerung 30° – 45° bei beatmeten Patienten			Patienten beatmet		Zamos	Σ		
Vorgabe erfüllt	Zählfeld		Σ	Kontraindikation	Zählfeld	Σ	Auswertung [%]	
Protektive Beatmung								
V _t 6 ml/kg KG	Zählfeld		Σ	Kontraindikation	Zähifeld	Σ	Auswertung [%]	
Plateaudruck < 30 cm H ₂ O	Zählfeld				Zählfeld			
PEEP an FiO 2 angepasst	ZShiffeld				Zählfeld			
Weaningprotokoll bei beatr	neten Pati	enten				•		
Vorgabe erfüllt	Zähtfeld		Σ	Kontraindikation	ZZhiffeld	Σ	Auswertung [%]	
Monitoring von Sedierung,	Analgesie	und Delir						
RASS	73htfeld	nifess			Σ	Auswertung [%]		
NAS	ZShifeld	alield						
CAM- ICU	Zählfeld							
Frühzeitige und adäquate A (innerhalb einer Stunde nac				Anzahl aller Pat. m bzw. SIRS und Ven			Zählfeid	Σ
Vorgabe erfüllt	72htfeld	stending	Σ	Kontraindikation	Z2hifeld	Σ	Auswertung [%]	
Therapeutische Hypothermie bei Herzstillstand			Anzahl aller Pat. mit Z.n. Herzstillstand			Zählfeid	Σ	
Vorgabe erfüllt	Zählfeld		Σ	Kontraindikation	ZZhiffeld	Σ	Auswertung [%]	
Frühe enterale Ernährung (EE)		Tägliche Dokumentation ob Über- prüfung EE erfolgt		Z3hifeid	Σ			
Vorgabe erfüllt	Zähifeid		Σ	Kontraindikation	Zählfeld	Σ	Auswertung [%]	
Dokumentation von Angehörigengesprächen		Patienten Aufenthalt > 24h		Zählfeid	Σ			
Vorgabe erfüllt	Zählfeld			Σ		Auswertung [%]		
Persönliche Anwesenheit ei Zusatzbezeichnung Intensi						<u>'</u>		
Vorgabe erfüllt	vmeuizin u Ja □	OCT 24 fl	Nein					

Qualität der Patientenversorgung Peer Review



Peer Review

- IQM, Sana Kliniken
- Intensivmedizin (DIVI; BÄK)

Kulturwandel

- o Interprofessionalität, -disziplinarität
- Kritischer Blick von außen
- "Urmethode" der ärztlichen Qualitätssicherung
 - Kollegiale Dialog auf Augenhöhe
 - Best practice

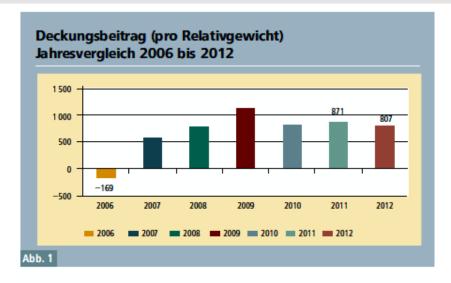


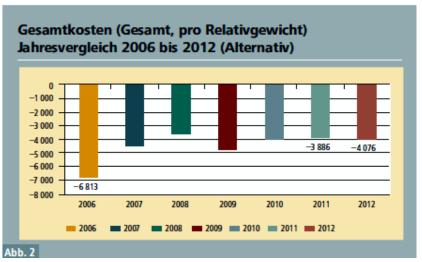
Kritischer Blick von außen

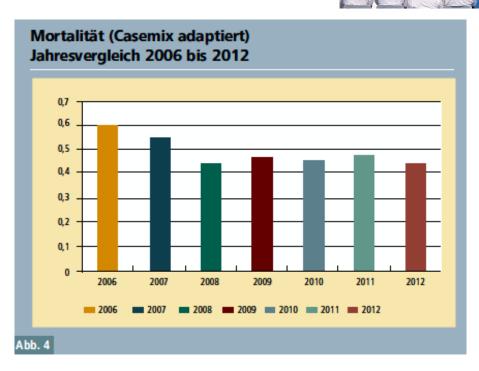
Die Zahlen lassen kaum einen Zweifel zu: Peer Review verbessert die Qualitätssicherung in der Medizin erheblich. Nicht nur die Ärzteschaft, sondern auch das Management sollte sich für das Verfahren begeistern.

Peer Review in HDH 2007/12/16

Ökonomie und Outcome







Brinkmann A et al., f & w, 2013

Peer Review in HDH QI, Controlling, Reporting, Berichte



Peer Review in HDH (28. September 2012)

Stärken

- Hoher Anteil Fachpflege > 60%
- Ethikvisite
- tDM Antibiotika

Schwächen

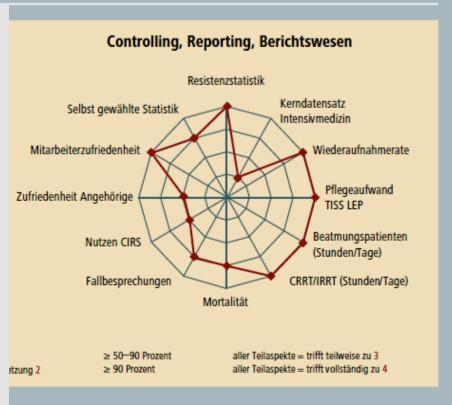
- Mikrobiologisches Labor
 - nicht vor Ort (externes Labor)
- Ärztlich, pflegerische Dokumentation, DIVI Etikettierung
- Infrastruktur baulich

Chancen

- Neue interdisziplinäre ICU
- Kodierfachkraft

Risiken

- Materiallagerung (Isolation)
- Hygienische Mängel
 - Mundpflegesets, Funktionswägen



Was haben wir erreicht in HDH 2006-16 (nach Peer Review 2007/12/16)

- Optimierung der Dokumentation
- Therapiestandards, SOPs
- Überprüfung der aktuellen Qualitätsindikatoren
- Kostenstabilität, -reduktion
- Deutliche Erlössteigerung
- Nosokomiale Infektionen, MRE, antiinfektive Therapie
 - Therapeutisches Drug-Monitoring Antibiotika (2009)
 - MRE-Netzwerk (2010), KISS-Intensiv des NRZ (2011)
 - Dosiskakulation antiinfektive Substanzen mit CADDy (2012)
 - Antibiotikaführerschein (2013)
- Verbesserung der Ergebnisqualität
 - o Pflegerisch, medizinisch

Wann profitieren die Patienten?

Grundsätzlich gilt zunächst einmal:

- "Wenn wir uns aufrichtigen Herzens der Qualität verpflichten, funktioniert fast jede Methode. Tun wir es nicht, wird auch die eleganteste Methode versagen" (A. Donabedian 1999)
- o "Die rechte Zeit zum Handeln jederzeit verpassen nennt Ihr die Dinge sich entwickeln lassen" (frei nach E. Geibel)

Peer Review in der Intensivmedizin setzt auf

- o Freiwilligkeit, Interprofessionalität, kollegialen Dialog
- o und vor allem auf bilaterales Lernen und Weiterentwicklung
- Aktive Netzwerkgestaltung, Erfahrungsaustausch!!
- Bereitschaft zur Veränderung
- Umsetzung der Qualitätsindikatoren
- Benchmarking, objektive Daten