

INWIDA - Ergebnisse IQM Peer Reviews zur Sterblichkeit bei Beatmung > 24 Stunden

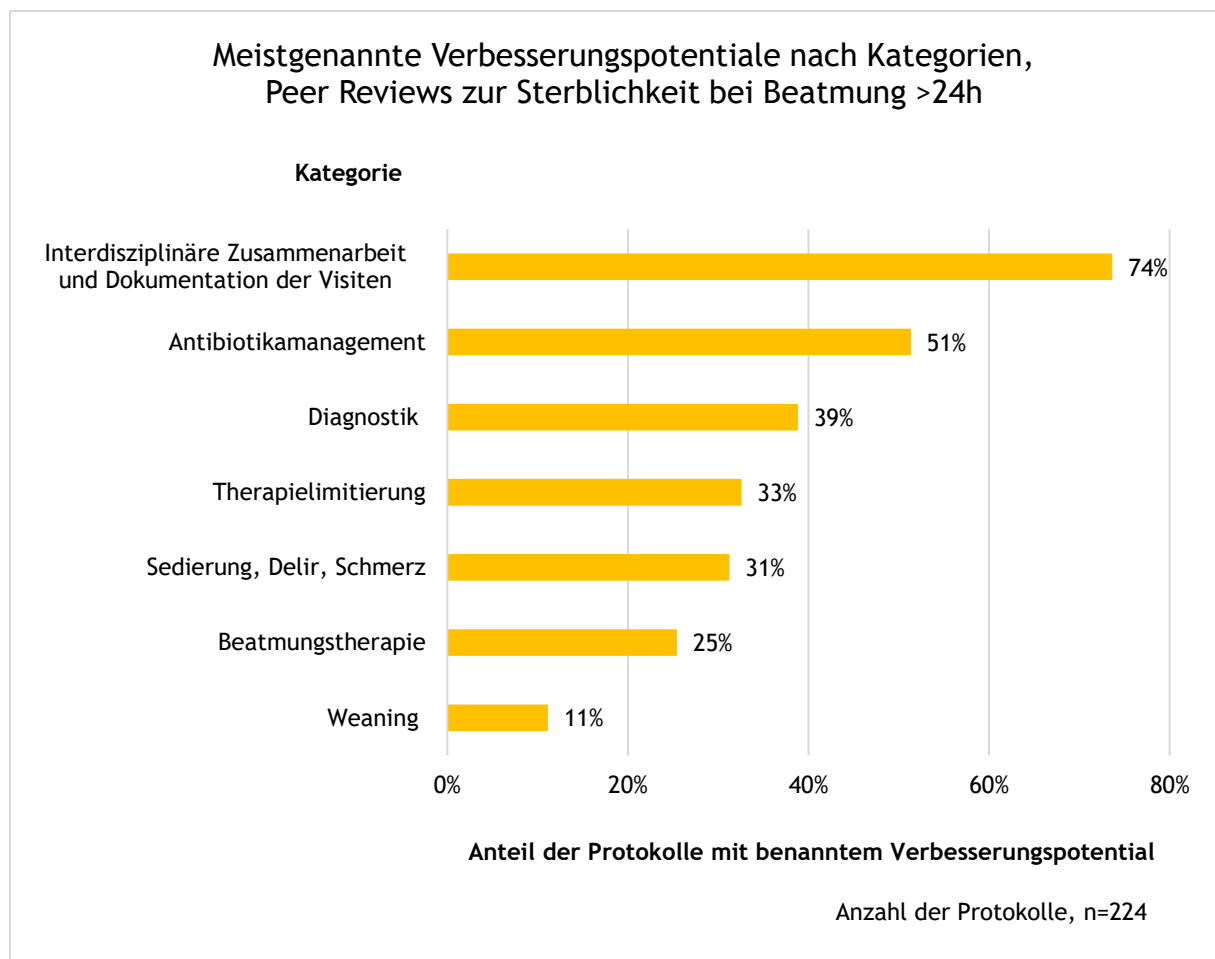
In den Jahren 2010 bis 2019 wurden 224 IQM Peer Reviews zur Sterblichkeit bei Beatmung > 24 Stunden durchgeführt. Im Rahmen dieser Reviews wurden 3562 Patientenakten entsprechend der IQM Analyse Kriterien bewertet.

Im Folgenden werden die Ergebnisse dargestellt, die auf den Protokollen dieser IQM Peer Reviews beruhen. Hierbei bildet ein Protokoll das aggregierte Ergebnis aus den analysierten Patientenakten des jeweiligen Peer Reviews ab.

Die Protokolldaten liegen als qualitative Daten vor. Es wurden daher inhaltliche Kategorien gebildet und die Nennungen von Verbesserungspotentialen in den Protokollen gezählt, die sich der jeweiligen Kategorie zuordnen lassen. Die Ergebniszusammenfassung orientiert sich an den folgenden Fragen:

- Welches sind die 5 - 6 Top - Kategorien für die Verbesserungspotentiale in der Aktenanalyse identifiziert wurden?
- Welche 3 bis 5 relevanten Lösungsvorschläge bzw. Maßnahmen zu den Verbesserungspotentialen wurden mit der besuchten Klinik erarbeitet?

Die Kategorien, auf die sich die meistgenannten Verbesserungspotentiale in Peer Reviews zur Sterblichkeit bei Beatmung > 24 Stunden beziehen:



Innerhalb dieser Top-Kategorien wurden für die konkreten Verbesserungspotentiale folgende Lösungsvorschläge entwickelt:

Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Dokumentation der Visiten

- ✓ Dokumentation der gemeinsamen Visiten etablieren: Intensivmediziner und betroffene Fachabteilungen legen gemeinsam die Therapie fest
- ✓ Visitedienst am Wochenende einrichten
- ✓ Strukturierte, interdisziplinäre Visiten auf der ITS einführen und ggf. eine Pflegevisite implementieren
- ✓ Regeln für die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Belegärzten festlegen

Antibiotikamanagement

- ✓ Erarbeiten eines antimikrobiellen Konzeptes (Mikrobiologische Diagnostik und Antibiotikatherapie), das folgende Aspekte beinhaltet:
 - Regelmäßige Abnahme von Blutkulturen sowie gezielte mikrobiologische Probenentnahmen (Biopsien, ggf. Abstriche)
 - Bei unklarem Infektionsfokus zeitnahe Schnittbilddiagnostik
 - Initiale kalkulierte antibiotische Therapie zügig beginnen und ausreichend dosieren
 - Etablierung eines zeitnahen Infektionsmonitorings und adäquate Antibiotikaaanpassung
 - Regelmäßige Visiten mit Infektiologen/ Mikrobiologen (insbes. auf der Intensivstation), falls nicht verfügbar, Antibiotic Stewardship Experten ausbilden
 - Bei Versagen der antibiotischen Initialtherapie konsequente Fokussuche mit Gewinn von Proben sowie adäquater Bildgebung
 - Antibiotikatherapie zeitlich begrenzen, adäquat anpassen; Klärung einer zeitlich adäquaten Befund- und Erregertestinformationsübermittlung

Diagnostik (z.B. apparative Diagnostik, bildgebende Diagnostik, internistische Labordiagnostik)

- ✓ Etablierung eines klinisch neurologischen Monitorings und Elektroenzephalographie-Diagnostik bei cerebral geschädigten Patienten
- ✓ Erstellen eines Standards für die Diagnostik nach hypoxischer Hirnschädigung
- ✓ Nicht invasive Bildgebung (Echografie, Sonografie, Duplexsonografie) auf der Intensive Care Unit als regelhaften Standard etablieren
- ✓ Echokardiografie als Bedside-Diagnostik einführen
- ✓ Regelmäßige und zeitnahe Durchführung einer bettseitigen transthorakale Echokardiographie und transösophageale Echokardiographie Diagnostik bei gegebener Indikation (auch im Verlauf zur Therapiesteuerung) und entsprechende Schulung der Mitarbeiter

Therapielimitierung, Therapiebegrenzung, End-of-Life Decision, Therapiezieländerung

- ✓ Festlegung einer einheitlichen Dokumentation und Kommunikation bezüglich der Gründe der Therapielimitierung und des Inhaltes des Gesprächs mit Patienten bzw. Angehörigen
- ✓ Ethisches Fallgespräch / Patientenwillen dokumentieren
- ✓ Therapiebegrenzungsbogen erstellen und strukturiert dokumentieren (z.B. [DIVI Therapiebegrenzungsbogen](#))
- ✓ Bei allen Verstorbenen, die prinzipiell für eine Organspende in Frage kommen, sollte ein entsprechender Passus in der Akte und im Arztbrief eingefügt werden („...keine Zustimmung...“, „Organspende ist erfolgt“)

Sedierung, Delir, Schmerz

- ✓ Etablierung und Schulung eines Standards zum Monitoring der Analgesie und Sedierung mit täglichen Sedierungspausen. Einsatz kurzwirkender Analgetika, Sedativa
- ✓ Sedierungsprotokolle und Scoringssysteme einführen z.B. NRS, RASS, Cam-ICU-Score, 1 x pro Schicht erheben, flache Sedierung (RASS 0/-1) anstreben
- ✓ Einführen eines Delir-Monitorings auf der Intermediate Care Unit
- ✓ Delir-Screening und -Monitoring konsequent durchführen
- ✓ Erstellen eines abteilungsübergreifenden Standards zur Schmerzmessung durch z.B. Scores und Schmerztherapie

Beatmungstherapie

- ✓ Entwicklung und Schulung einer Beatmungsleitlinie mit Indikation und Grenzen der nichtinvasiven und invasiven Beatmung incl. der Tracheotomie
- ✓ Ausbildung und Einsatz eines Beatmungstherapeuten z.B. aus dem Bereich der Intensivpflege zur Umsetzung von Details im Beatmungsetup
- ✓ Interdisziplinäre Schulung zur lungenprotektiven Beatmung
- ✓ Beatmungsregime überprüfen, enge Alarmeinstellung, Kontrolle durch Oberarzt
- ✓ Lungenprotektive Beatmung konsequent umsetzen
- ✓ Eintragen der Körpergröße auf Beatmungsprotokollen. Tidalvolumen-Liste bezogen auf Körpergröße und Geschlecht an jedes Beatmungsgerät befestigen

Weaning

- ✓ Weaning in SOP Beatmung integrieren
- ✓ Erarbeitung und Umsetzung eines Weaningkonzept (tgl. Sedierungsstop)
- ✓ Erstellung, Einführung und Umsetzung eines Weaning-Protokolls inkl. täglicher Aufwachversuch

Beurteilung durch klinisch tätigen Fachexperten:

„Die aufgeführten Verbesserungspotentiale / Lösungsvorschläge sind aus meiner Sicht fast alle sehr wichtig und aktuell. Wenn die Kliniken all diese Empfehlungen konsequent beachten, wären mit Sicherheit 90 % alle Probleme gelöst.“

Die Einschätzung im Einzelnen:

Diagnostik (z.B. apparative Diagnostik, bildgebende Diagnostik, internistische Labordiagnostik)

„Diagnostisch die Transthorakale Echokardiographie und Transösophageale Echokardiographie sowie die Duplexsonografie als Standarduntersuchungen zu fordern, halte ich für schwierig. Diese Untersuchungen sollten konsiliarisch angefordert und dann zeitnah in hoher Qualität erbracht werden“.

Therapielimitierung, Therapiebegrenzung, End-of-Life Decision, Therapiezieländerung

„Bei ca. 50 % der Fälle in den Peer Reviews liegen eine Therapiezieländerung bzw. Therapiebegrenzung vor. Die konsequente Nutzung eines entsprechenden Dokumentationsbogens (DIVI) bereits im Vorfeld einer Intensivbehandlung könnte zu mehr Klarheit bei der Vermeidung unnötiger Intensivtherapie führen“.

Sedierung, Delir, Schmerz

„Die Messung von Sedierungstiefe, Delir und Schmerzintensität mit Hilfe von Scores ist wichtig für einen optimalen Patientenkomfort und Erkennen von Komplikationen“.

Beatmungstherapie

„Im Bereich der Beatmungstherapie finden wir in den Peer Reviews regelmäßig Verbesserungspotential. Hier geht es vor allem um die Durchsetzung der lungenprotektiven Beatmung sowie Etablierung einer entsprechenden Leitlinie und deren konsequente Umsetzung“.

„Den Einsatz von speziell ausgebildeten Beatmungstherapeuten würde ich zugunsten einer regelmäßigen Schulung aller Mitarbeiter nicht favorisieren“.

„Das Anbringen von Tabellen auf den Beatmungsgeräten halte ich für wenig zielführend“.

Weaning

„Die Dokumentation der Weaning-Phase ist nicht nur zur Abrechnung gegenüber den Kassen sinnvoll und nötig“.

Dr. med. Andreas Meyer

Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
Sana Hanse-Klinikum Wismar GmbH