

ASDI Meeting 2010

Patienten-zentrierte Intensivmedizin

M. Hiesmayr

PatientInnen-zentriert ?

■ Perspektivenwechsel

- Technologie ist selbstverständlich
- Aktivere, wachere PatientInnen
- Aber auch mehr LangzeitpatientInnen

■ Neue Themen

- Lebensqualität
- Therapiebegrenzung & -beendigung
- Intensive Palliative Betreuung

Patientenerwartungen

- Aktiv , selbstständig sein
- Keine Angst haben
- Für andere/anderes **verfügbar** sein
- **Nicht** von anderen **abhängig** sein
- Mehr Angst vor Behinderung als vor Tod

(Diplomarbeit M. Ehrlinger 2009)

[R]

[L]



SP:1
ST:
C40
W120

Not for diagnostic use

[PE]

SIEMENS

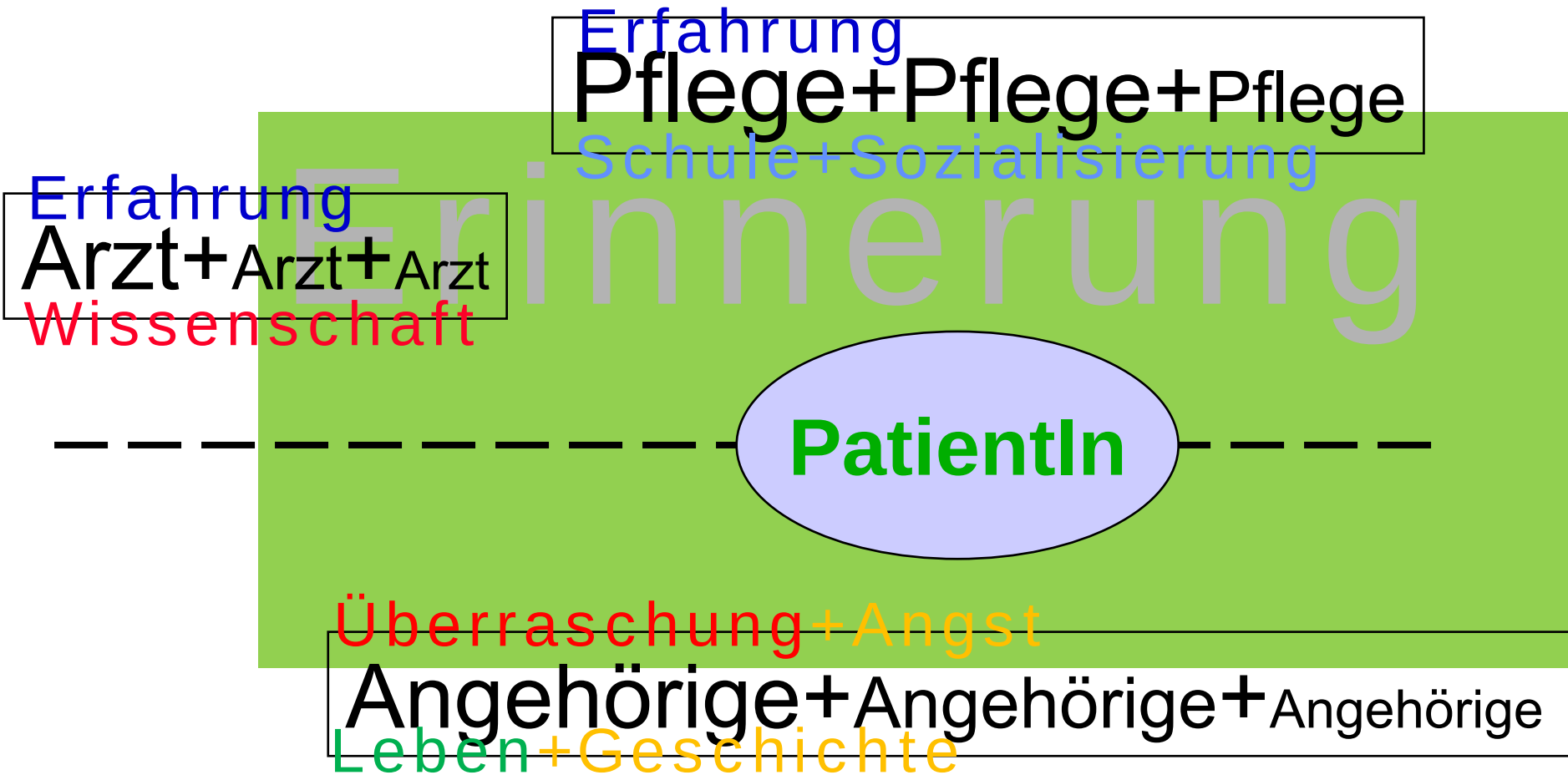
6 Medizinethische Prinzipien

- Autonomie
- Wohltun
- Nichtschaden
- Gerechtigkeit / gerecht sein
 - Ressourcen / Triage.
- Würde
- Glaubwürdigkeit und Ehrlichkeit
 - Informed Consent

6 Medizinethische Prinzipien

- Autonomie
- Wohltun
- Nichtschaden
- Gerechtigkeit / gerecht sein
 - Ressourcen / Triage.
- Würde
- Glaubwürdigkeit und Ehrlichkeit
 - Informed Consent

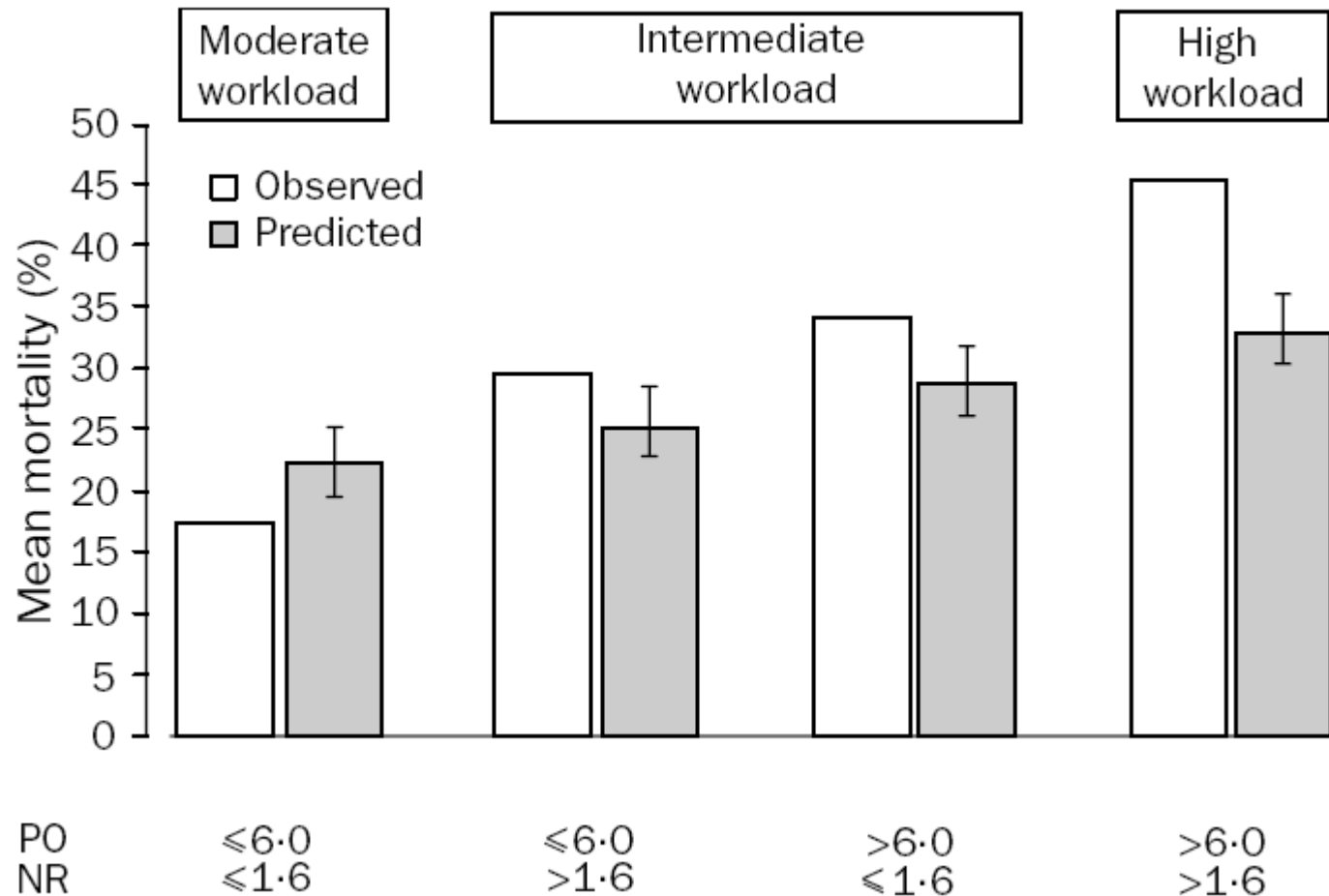
Wo stehen PatientInnen?

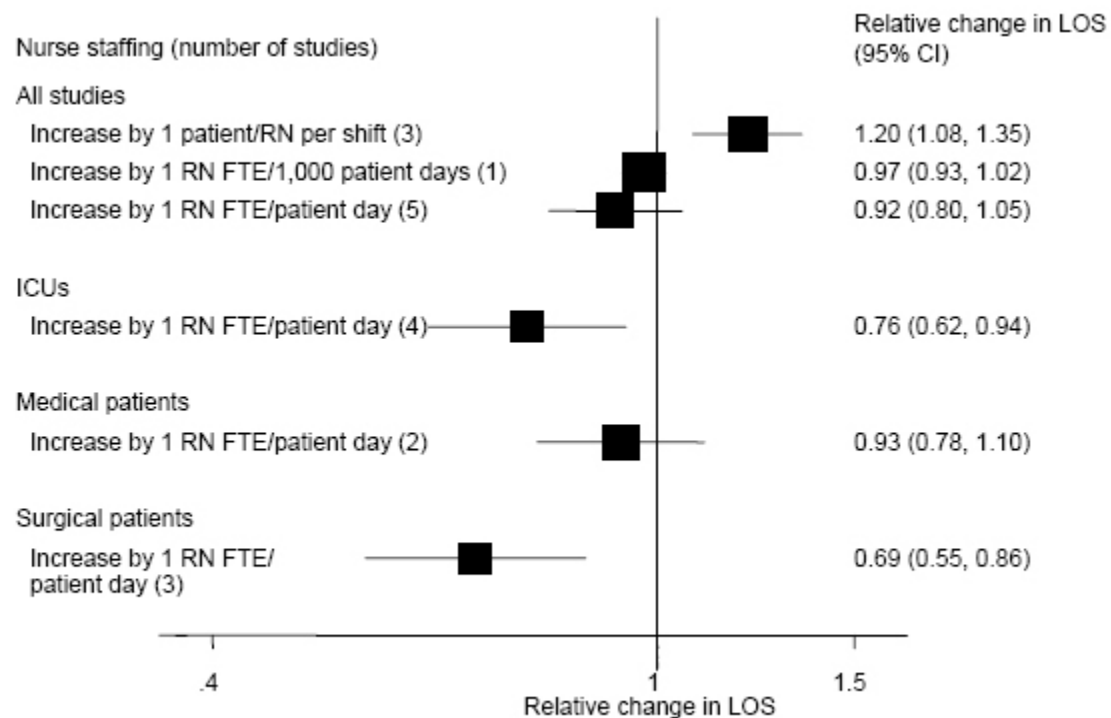




Workload & Mortalität

Lancet 2000; 356: 185--189



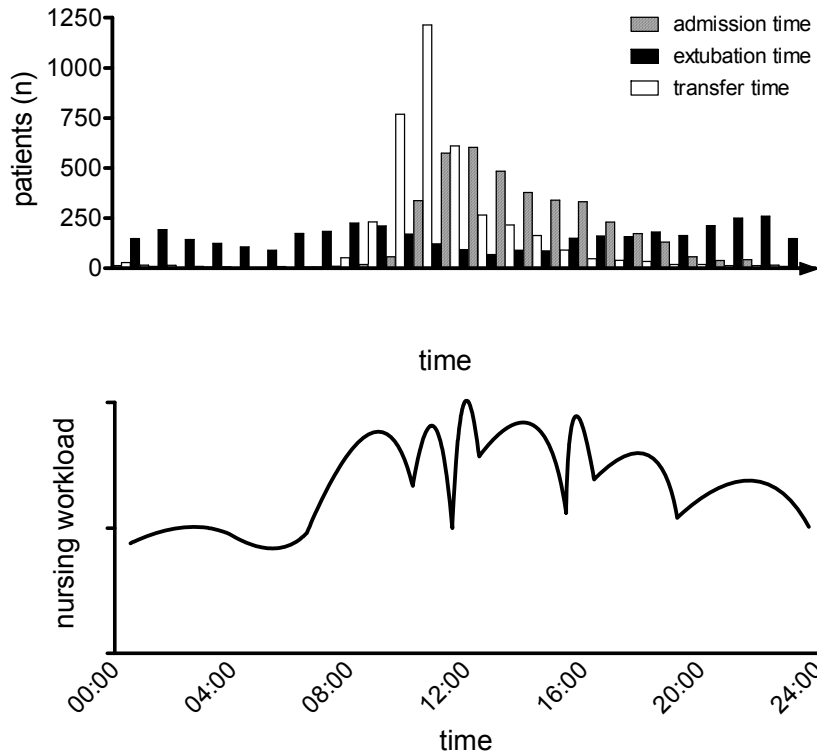


Nurse staffing and quality of patient care.

Kane RL, Shamliyan T, Mueller C, Duval S, Wilt TJ.

Evid Rep Technol Assess (Full Rep). 2007 Mar;(151):1-115.

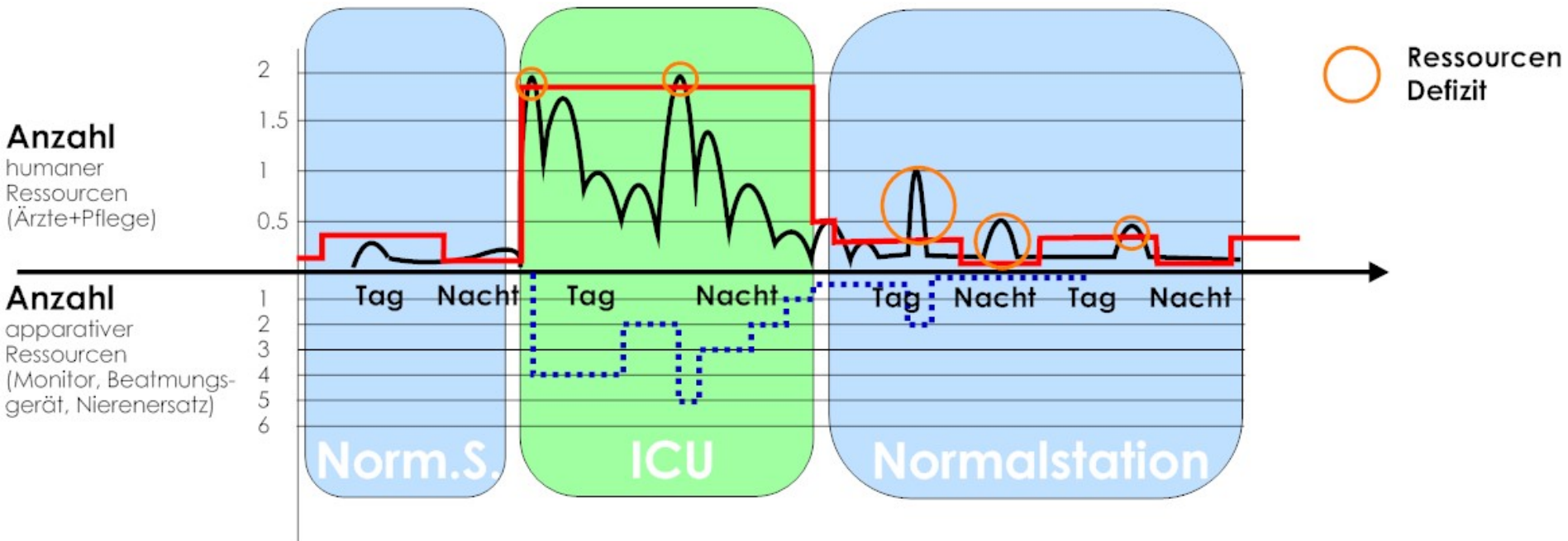
Tagesprofil: Aufnahme / Entlassung



Wie kann man sich an solche Arbeitsprofile anpassen?

- Wissen
- Darstellung
- Planen?

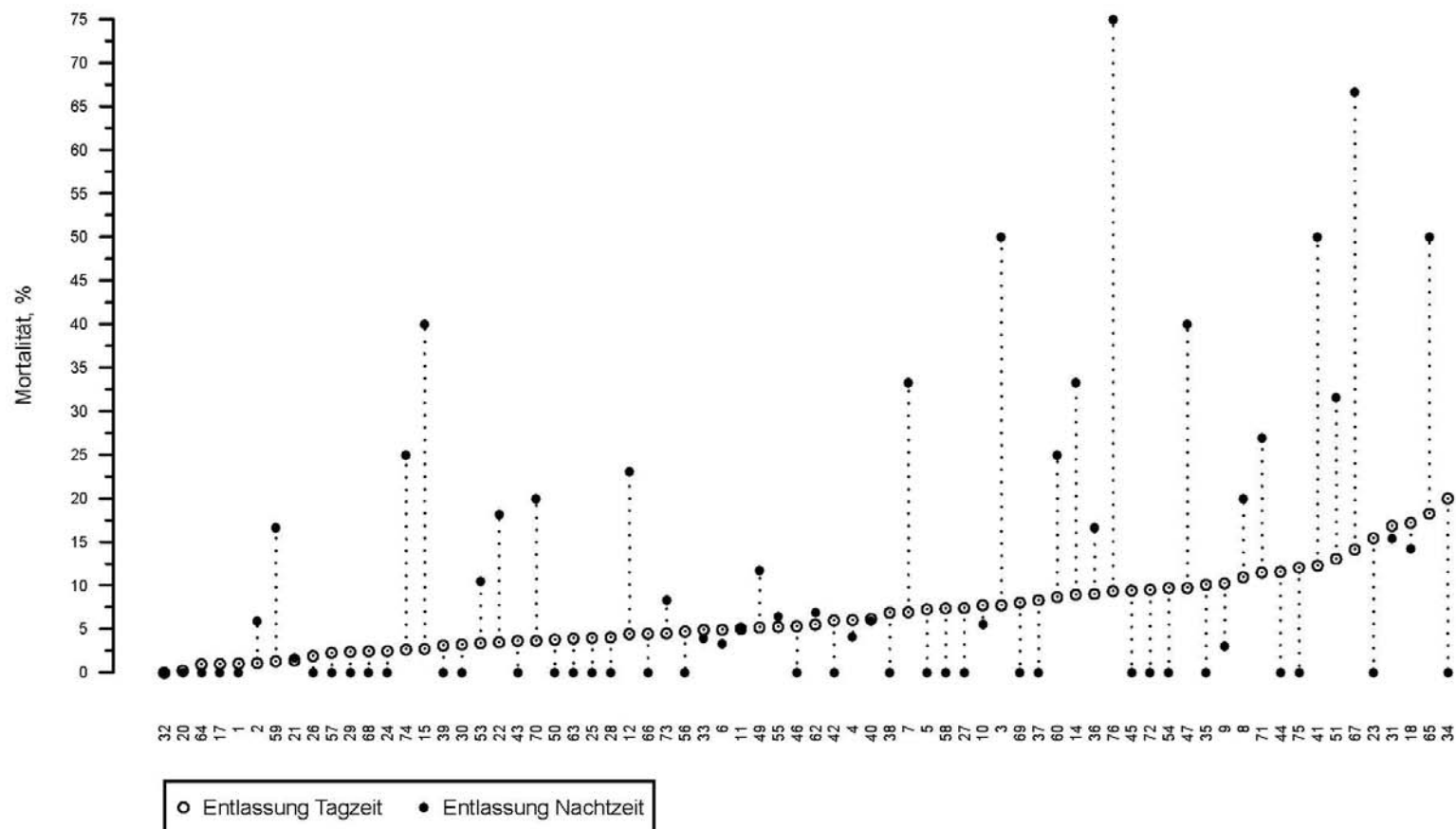
Sicherheit & Risiken



wechselnde PatientInnenbedürfnisse

Betreuende Menschen
Verwendete Apparate

Vergleich Tag – Nachtentlassung Kollektiv: Gesamt





PatientInnen zentriert

- Was gebraucht wird ist
 - Verfügbar
 - Sicher & schnell erreichbar

- Im Zimmer
- Auf der Station
- Im Krankenhaus

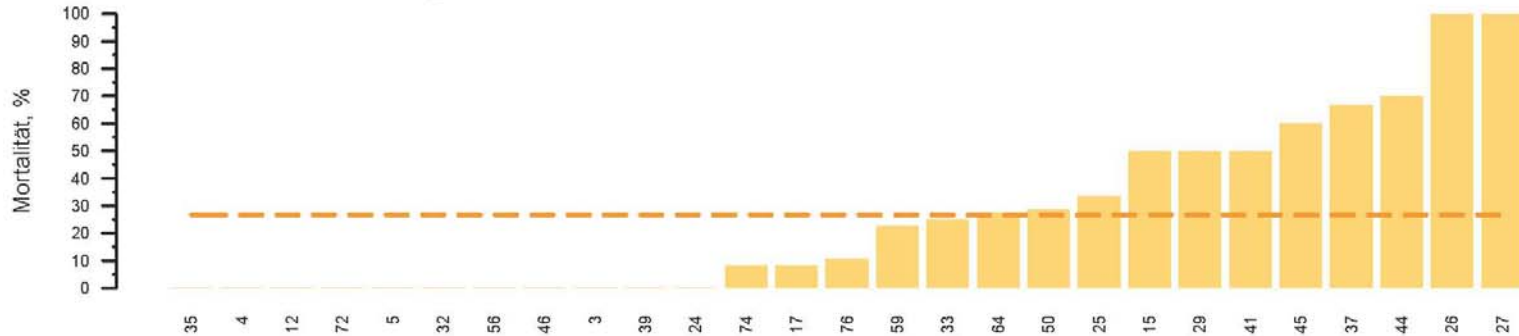
Kernelemente der Überlegungen

- Wo liegt ihre Station im Krankenhaus?
 - Von wo kommen PatientInnen?
 - Wo muss man manchmal hin? (CT, ect.)
- Wieviel Personal haben Sie?
 - Schweregrad
 - Flexibilität? Reserve?
 - Tag/Nacht Profil

Schädel-Hirn-Trauma GCS 4-8

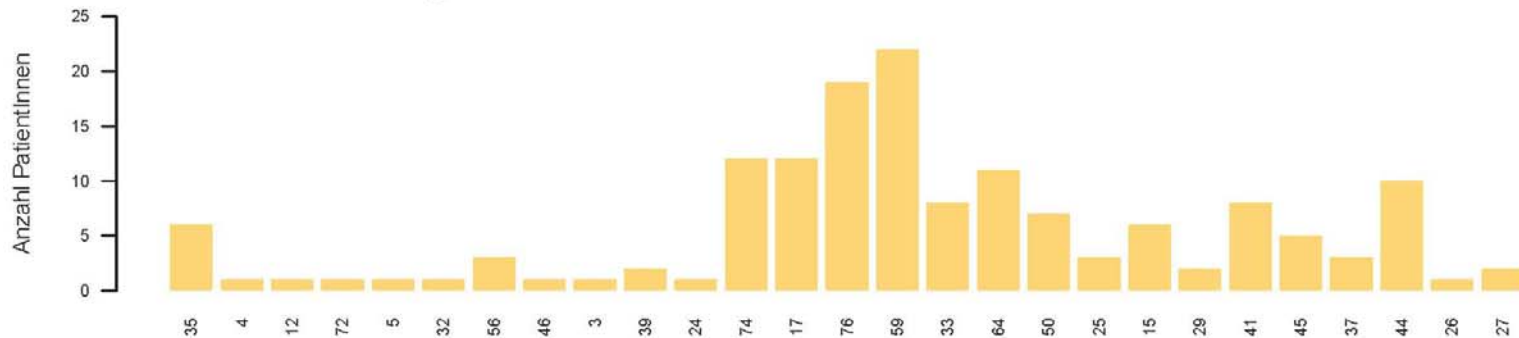
Schädel-Hirn-Trauma: Mortalität

Kollektiv: Aufnahmegrund Schädel-Hirn-Trauma + GCS = 4 bis 8



Anzahl PatientInnen

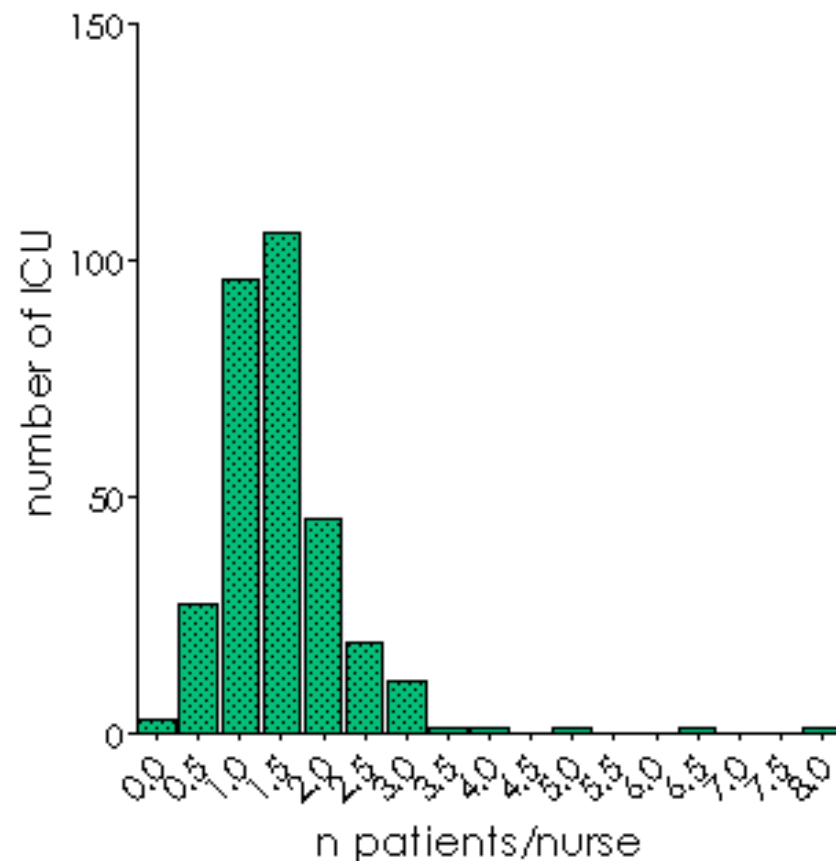
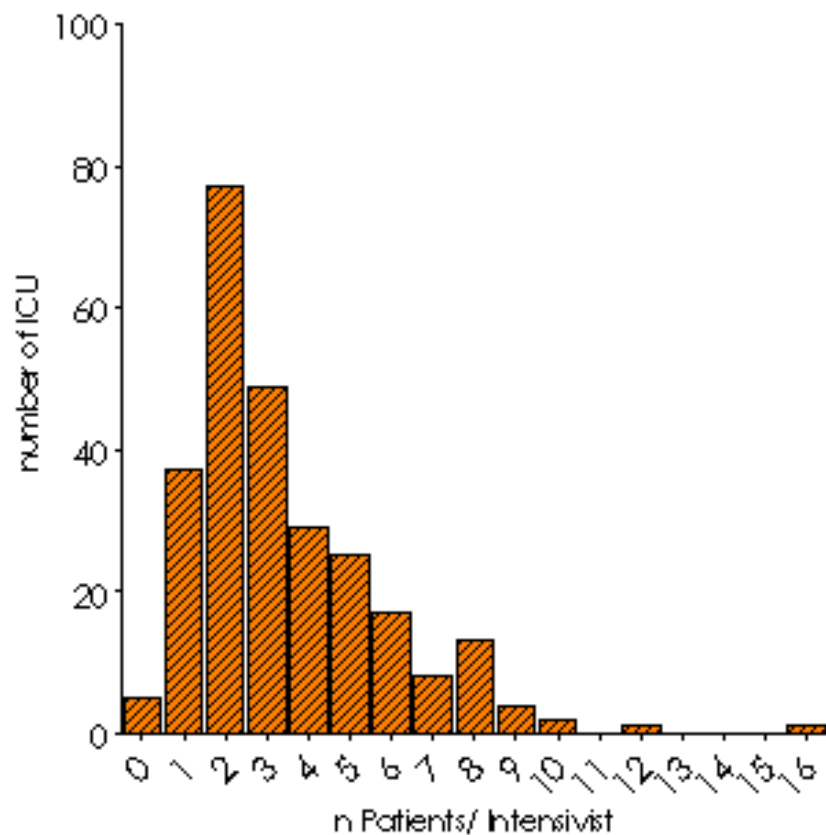
Kollektiv: Aufnahmegrund Schädel-Hirn-Trauma + GCS = 4 bis 8



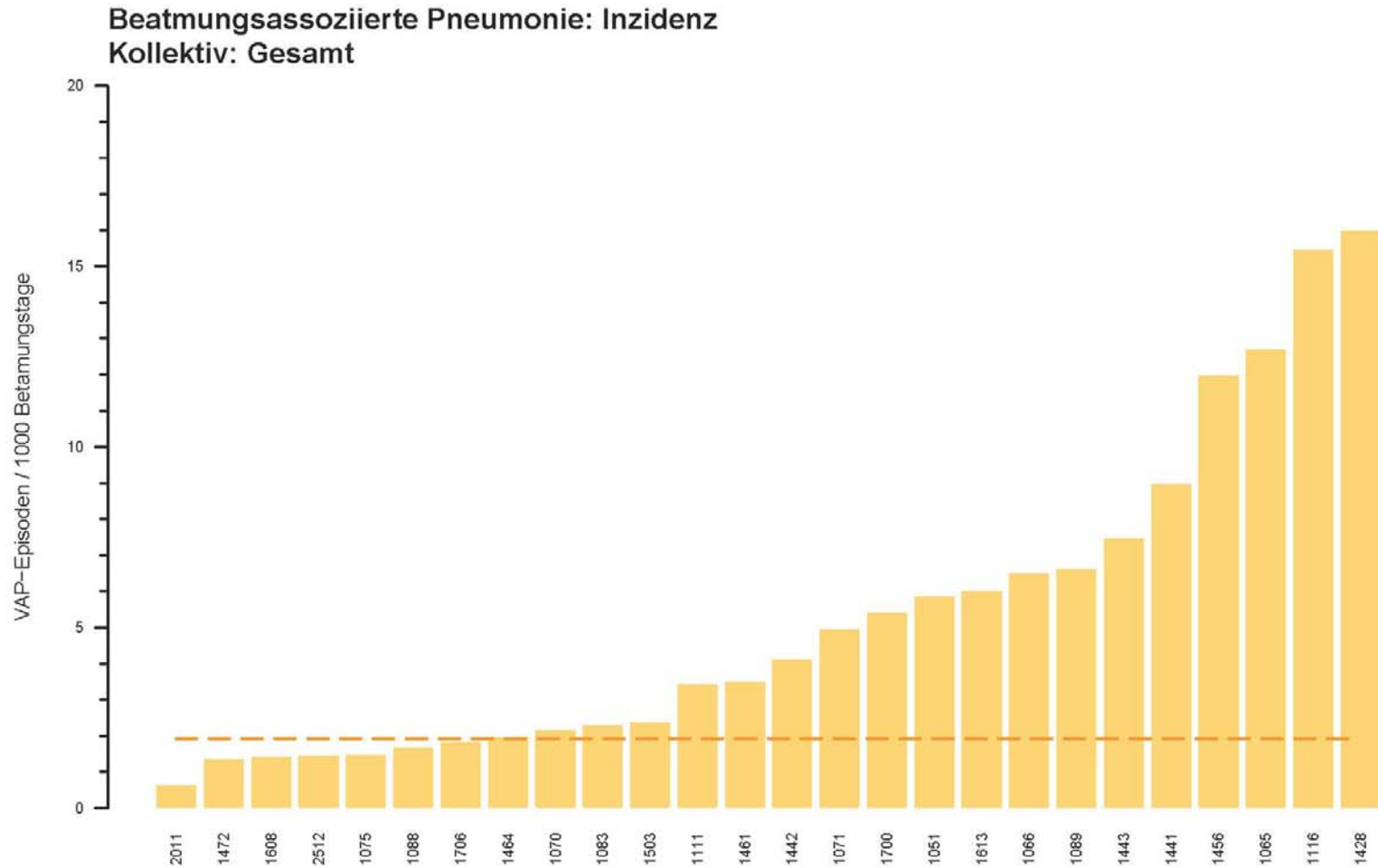


nutritionDay
IN EUROPEAN HOSPITALS

Personen in der Tagschicht nutritionDay ICU

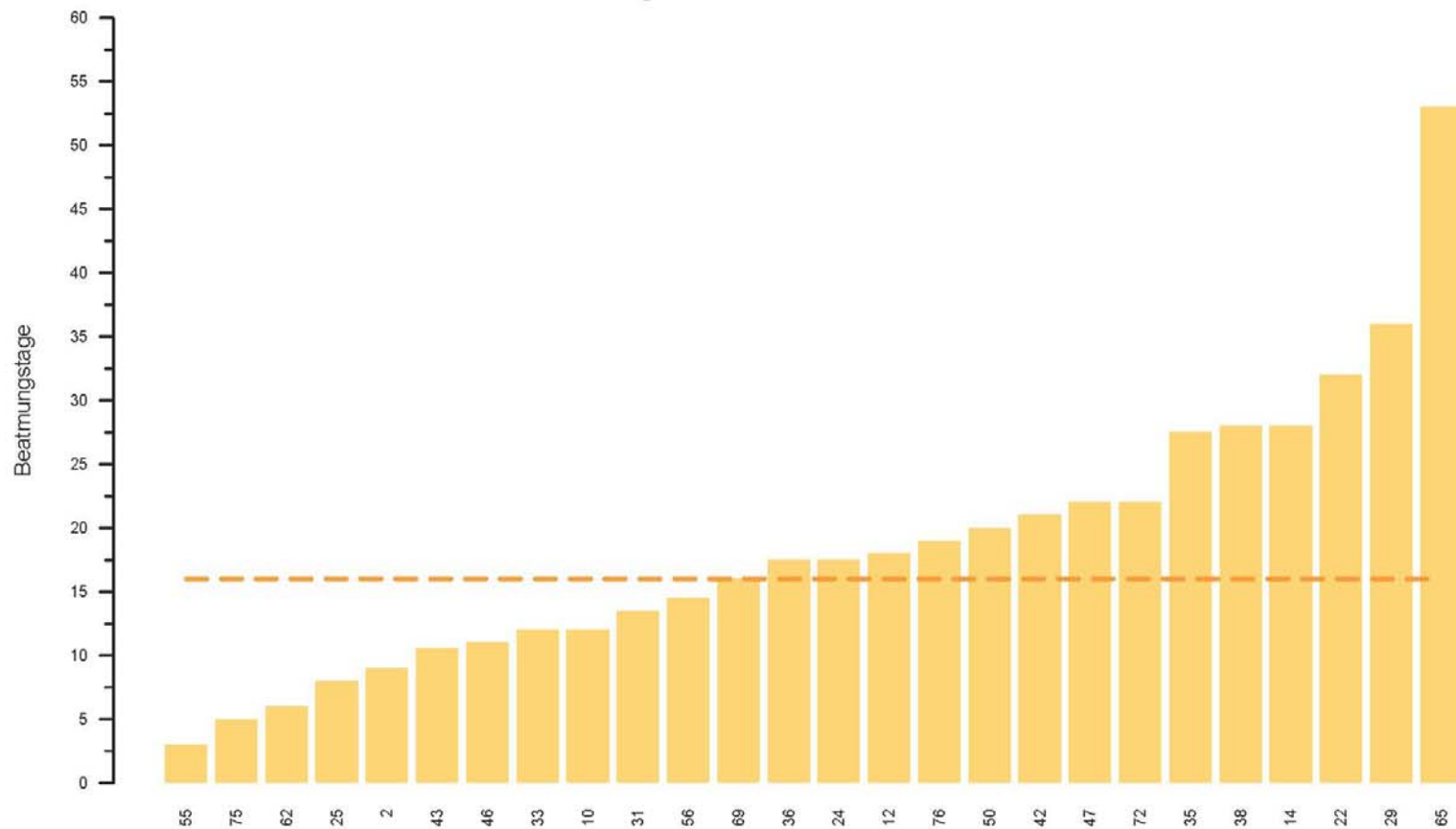


Pneumonie / 1000 Beatmungstage



Beatmungsdauer bei / mit Pneumonie

Beatmungsassoziierte Pneumonie: Beatmungsdauer
Kollektiv: PatientInnen mit beatmungsassoziiierter Pneumonie

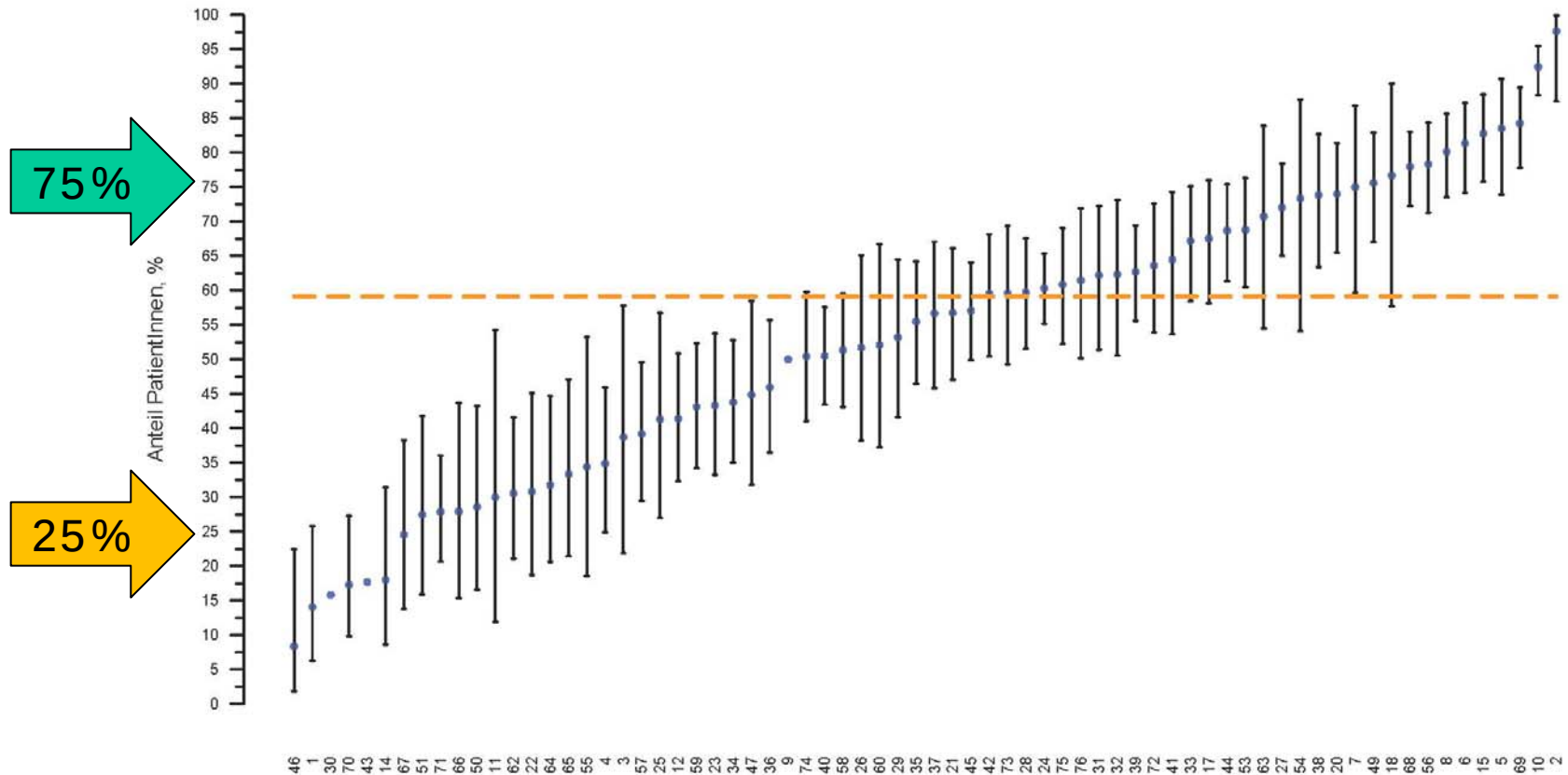


Prävention

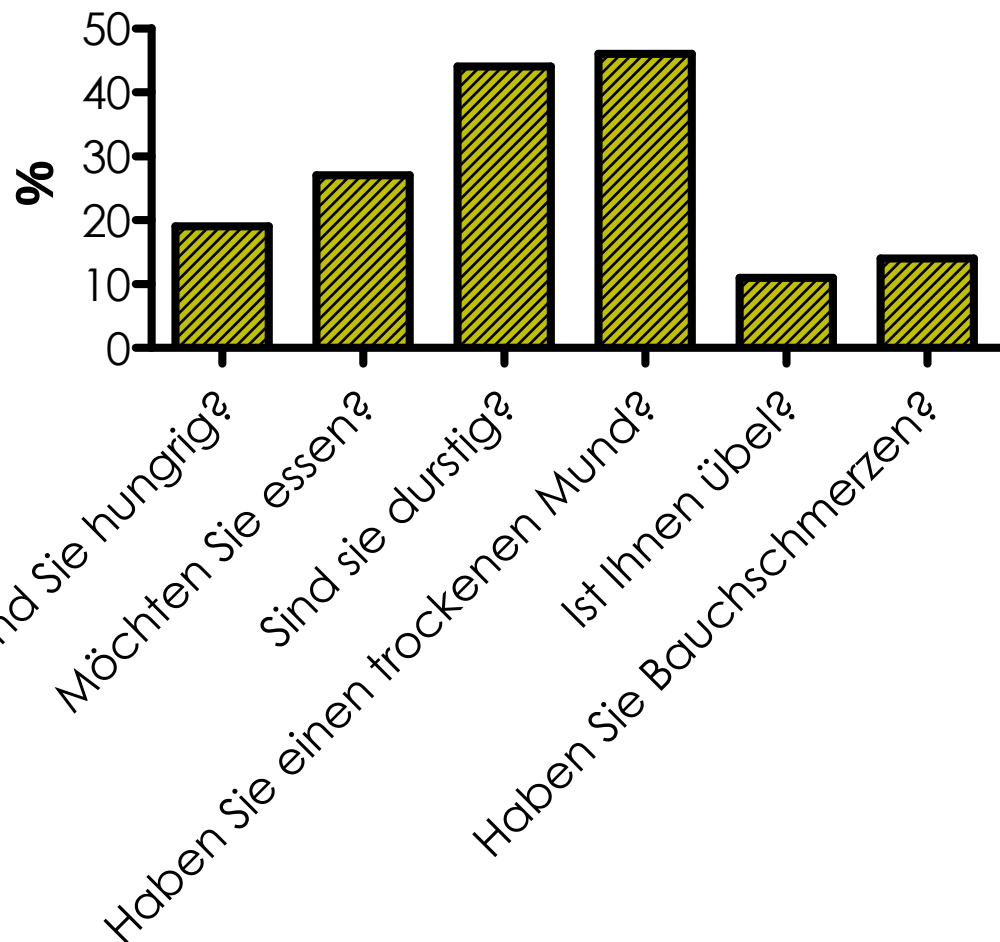
- Früh entwöhnen von der Beatmung
 - Früh mobilisieren / stimulieren
 - Früh ernähren
-
- Delir erkennen & behandeln
 - Angst vorbeugen
 - Depression vorbeugen

Früh ernähren?

Enterale Ernährung: Ernährungsbeginn < 24 h
Kollektiv: PatientInnen mit enteraler Ernährung



PatientInnen Wahrnehmung



■ 50% konnten antworten

■ Normal 59%

■ Verstopfung (> 3 Tage) 29%

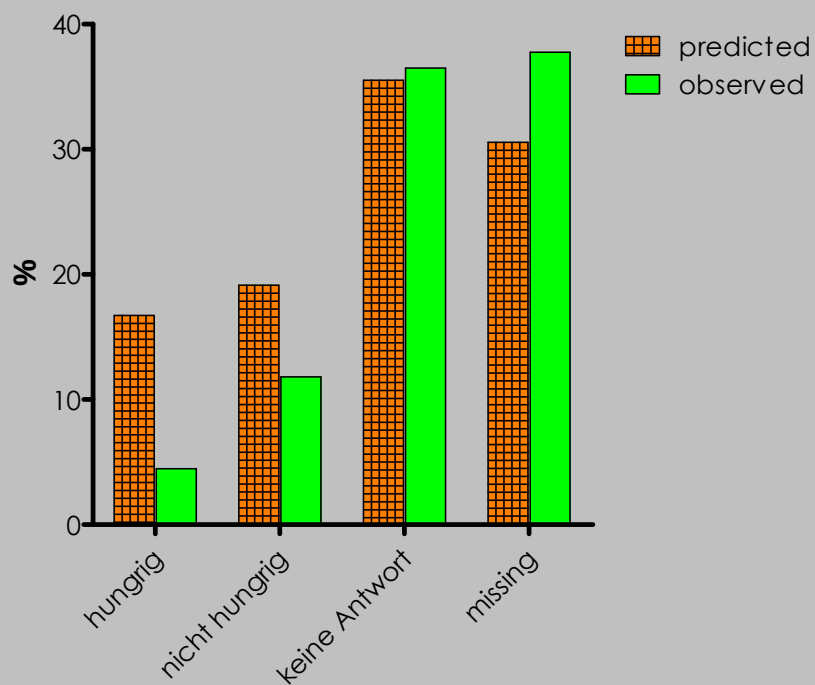
■ Durchfall 12%



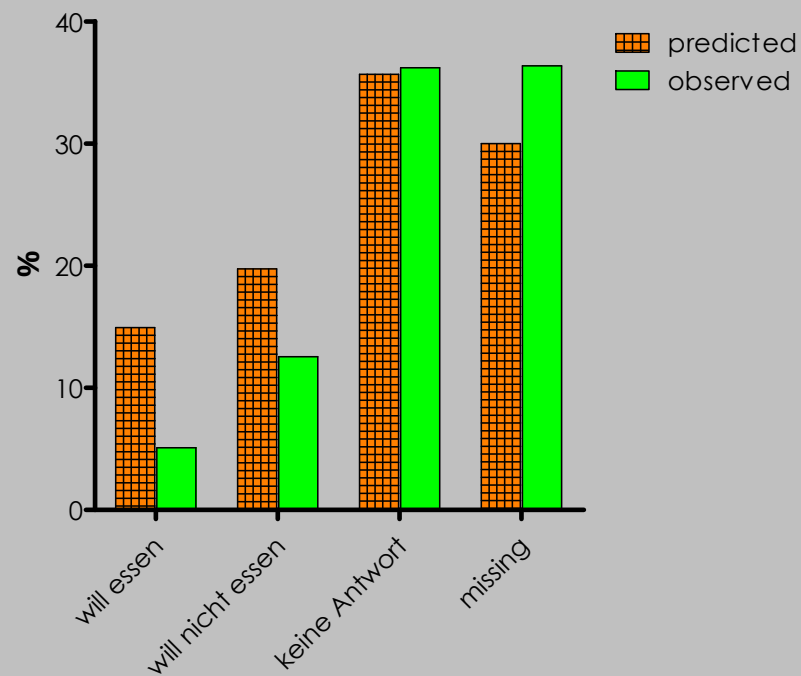
nutritionDay
IN EUROPEAN HOSPITALS

Hunger

Hunger



Essen wollen



PTSD auf der ICU!!!

Jackson et al Crit Care 2007; 11:R27

Table 1

A comparison of PTSD prevalence rates across 'at-risk' adult populations

Traumatic event ^a	No. of studies	Range of prevalence estimates	Comments
Rape [56,57]	>50	14%–80%	Completed rape is associated with the greatest risk of PTSD.
Man-made disaster [58]	106	25%–75%	Studies with highest prevalence estimates were conducted on subjects exposed to 'extreme' trauma shortly after the event.
ICU	16	5%–63%	Prevalence rates are extremely high relative to other medical populations.
Natural disaster [58]	86	5%–60%	Most studies report rates in the lower half of the 5%–60% range.
Political refugee experience [59]	22	4%–44%	Prevalence rates may be affected by the use of tools possibly insensitive to cultural expressions of PTSD.
Cancer survivors [60]	>100	1.9%–39%	Prevalence rates are quite controversial due to debate over status of cancer as a traumatic stressor.
MVA survivors [61]	>100	7.6%–34%	Many MVA survivors have histories of prior trauma, thus PTSD symptoms may be pre-existing.
MI survivors [62]	4	0%–16%	Prevalence studies are limited and have small sample sizes.
Combat in Vietnam [63,64]	>100	1.8%–15%	Prevalence estimates of subpopulations of Vietnam veterans (such as those injured in combat) are higher than 15%.

^aStudies listed are either recent reviews or key investigations of the topic which include a discussion of prevalence. ICU, intensive care unit; MI, myocardial infarction; MVA, motor vehicle accident; PTSD, post-traumatic stress disorder.

Zentrale Ziele

■ PatientIn

- Lebensqualität
- Ohne PTSD, Depression

■ Familie

- Ohne PTSD, Depression

Komfort oder doch Prävention

■ Geräusche / Lärm

- Oft 50-70 dB
- Tagsüber max 45 dB Nachts 20 dB
- Müdigkeit, Erschöpfung, Aggressivität

■ Licht

- Melatonin xxx???
- Orientierung

■ Erkennbare Bilder / Aussenraum?

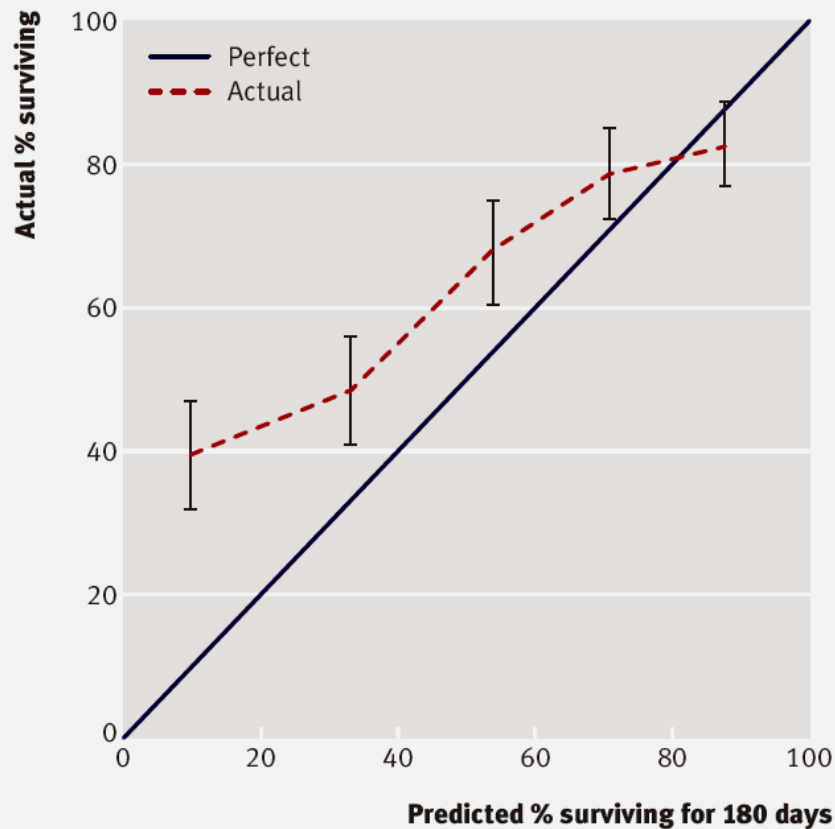
■ Zeit

- Orientierung

■ Privatsphäre

Pessimism & outcome

Wildman et al. BMJ 2007; 335:1332-



Actual 180 day survival (95% confidence interval) by fifth of predicted survival

Angehörigenkonferenz

- Team (Ä+P+Partner+...)
- Erfahrung
- Raum
- Vorbereitung
 - Diskrepanzen klären (Partner, Berufe)
- Mutmaßlicher Wille als Orientierung
- **Keine Entscheidungsverantwortung der Angehörigen!**

Familien

- Raum geben / Raum haben
- Informieren
 - Klarheit
 - Wiederholen
 - Empathie
- Mutmaßlichen Willen ergründen
- Entscheidungen
 - Klarheit
 - Manchmal beteiligen

EOL Entscheidungen: Alle?

TABLE 6. DAY- AND NIGHT-SHIFT NURSING STAFF MEMBERS' PERCEPTIONS OF THE DECISION-MAKING PROCESS

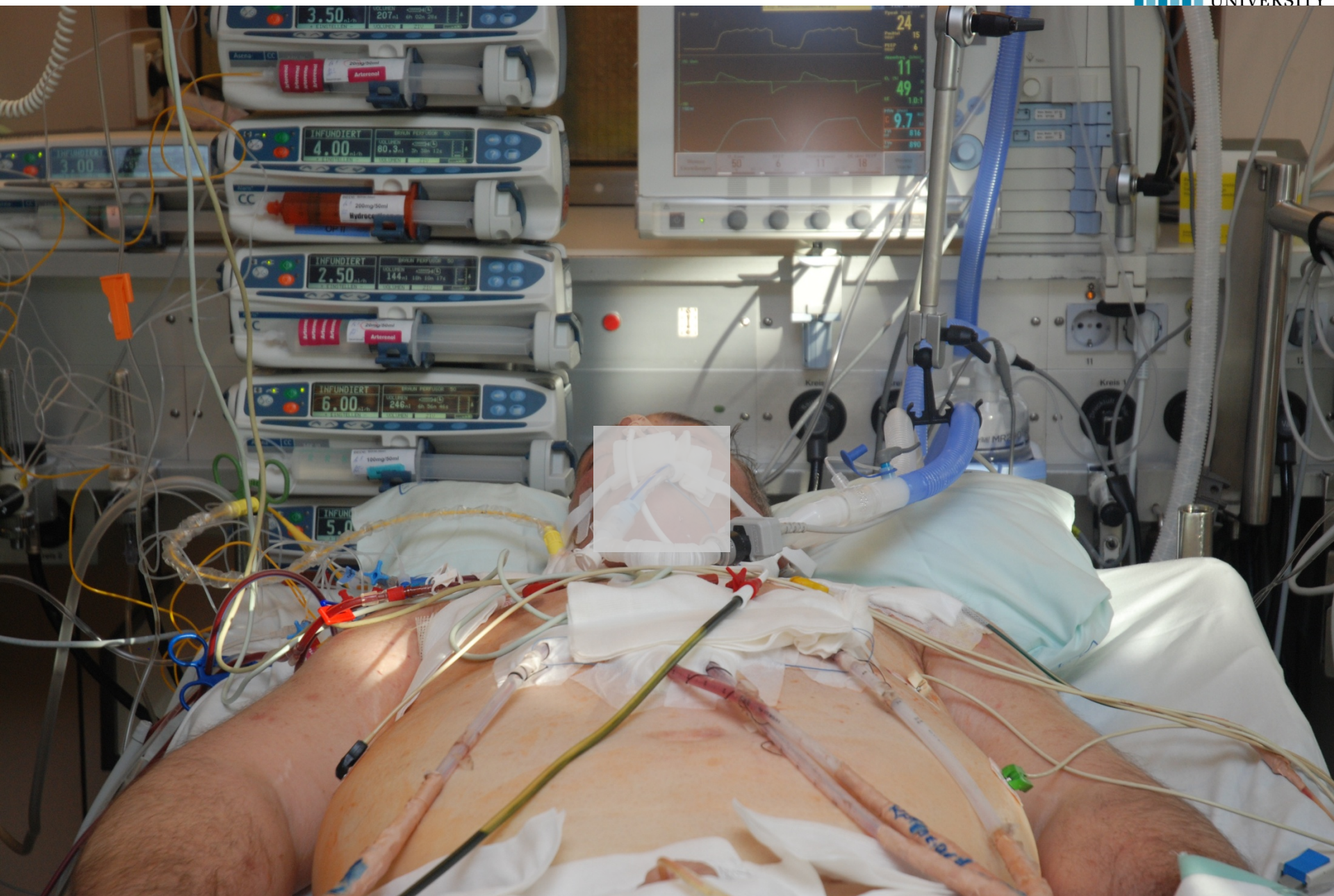
	Day-Shift Nursing Staff n (%)	Night-Shift Nursing Staff n (%)	p Value
Commitment of the ICU to high ethical standards	1,892 (60)	294 (68)	< 0.001
Feel they are not involved in the ICU's commitment to ethics	431 (34)	138 (47)	< 0.008
Feel their opinions are not taken into account	228 (18)	259 (60)	< 0.0001
Feel they receive inadequate information about patients	230 (18)	328 (76)	< 0.0001
Satisfied with decision-making procedures	419 (33)	95 (22)	< 0.001

Verpasste Gelegenheiten

AJRCCM 2005 Curtis et al.

TABLE 2. DESCRIPTION OF THE MISSED OPPORTUNITIES DURING INTENSIVE CARE UNIT FAMILY CONFERENCES CONCERNING END-OF-LIFE CARE OR DELIVERY OF BAD NEWS

	No. Passages	No. Conferences (%)
Overall missed opportunities	32	15 (29)
Listen and respond		
Opportunity to answer family member questions	14	8 (16)
Opportunity to clarify meaning or follow up on important statement by family member	6	5 (10)
Acknowledge or address emotion		
Opportunity to acknowledge emotions or support family grief	2	2 (4)
Opportunity to address or attempt to alleviate family guilt	4	4 (8)
Address important tenet of palliative care		
Opportunity to explore family statements of patient preferences	2	2 (4)
Opportunity to explain basis for surrogate decision making	5	4 (4)
Opportunity to affirm medical team nonabandonment	1	1 (2)

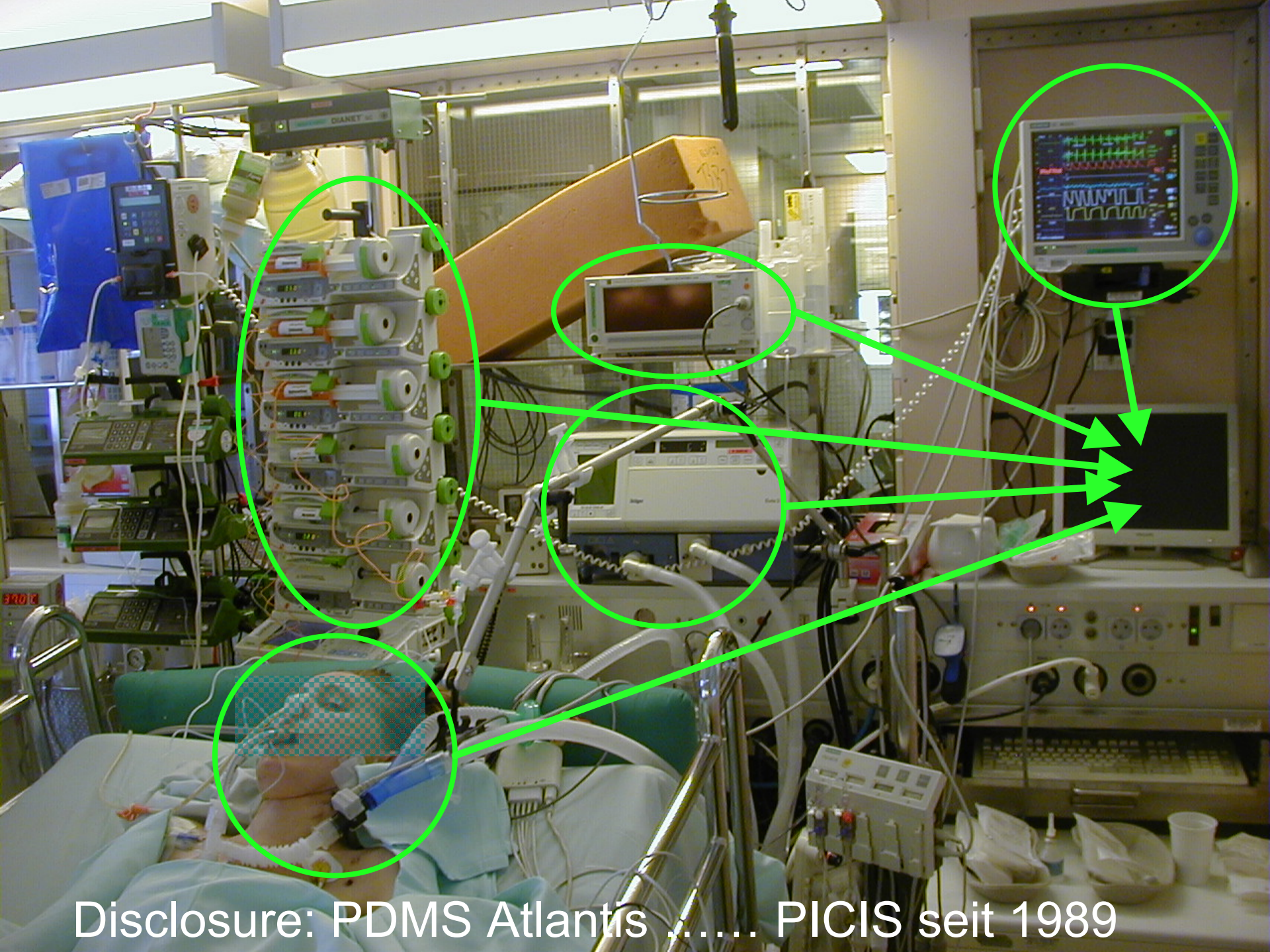


Zusammenfassung

- PatientIn im Zentrum
- Selbstverständlich
- Individuell / Kollektiv
- Wahrscheinlich immer mehr Teil des Benchmarking & der ICU Konzeption

Gesund sein das ist nicht nur
normal sein in einer gegebenen
Situation, sondern auch **normatif**
sein, in dieser Situation und in
eventuellen anderen
Situationen? (Canguilhem 1943)





Disclosure: PDMS Atlantis PICIS seit 1989

Patienten-zentrierte Intensivmedizin

M. Hiesmayr
HTG Anästhesie &
Intensivmedizin

Medizinische Universität Wien