



Paliativní péče na ICU - rozhodování a komunikace

Kateřina Rusinová
KARIM VFN a 1.LF UK

Rozhodování v intenzivní péči ...

- Subjektivní

Withdrawal of Mechanical Ventilation in Anticipation of Death in the Intensive Care Unit

N Engl J Med 2003;349:1123-32.

Deborah Cook, M.D., Graeme Ricker, D.M., John Marshall, M.D.,

Table 4. Multivariate Analysis of Factors Associated with the Withdrawal of Mechanical Ventilation.*

Independent Factor	Hazard Ratio (95% CI)	P Value
Use of inotropes or vasopressors	1.78 (1.20–2.66)	0.004
Physician's prediction of the likelihood of patient's survival in ICU		0.002
<10%	3.49 (1.39–8.79)	
10–40%	1.60 (0.63–4.04)	
41–60%	0.95 (0.30–2.96)	
>60%†	1.00	
Physician's prediction of patient's cognitive function 1 mo after discharge		0.04
Will not leave hospital	2.51 (1.28–4.94)	
Will be severely limited	1.45 (0.58–3.63)	
Will be somewhat limited	1.36 (0.69–2.69)	
Will be totally independent‡	1.00	
Physician's perception of patient's preferences about the use of life support‡		<0.001
No advanced life support	4.19 (2.57–6.81)	
Partial advanced life support	2.02 (1.13–3.60)	
All advanced life support as necessary‡	1.00	

Withdrawal of Mechanical Ventilation in Anticipation of Death in the Intensive Care Unit

N Engl J Med 2003;349:1123-32.

Deborah Cook, M.D., Graeme Ricker, D.M., John Marshall, M.D.,

Table 4. Multivariate Analysis of Factors Associated with the Withdrawal of Mechanical Ventilation.*

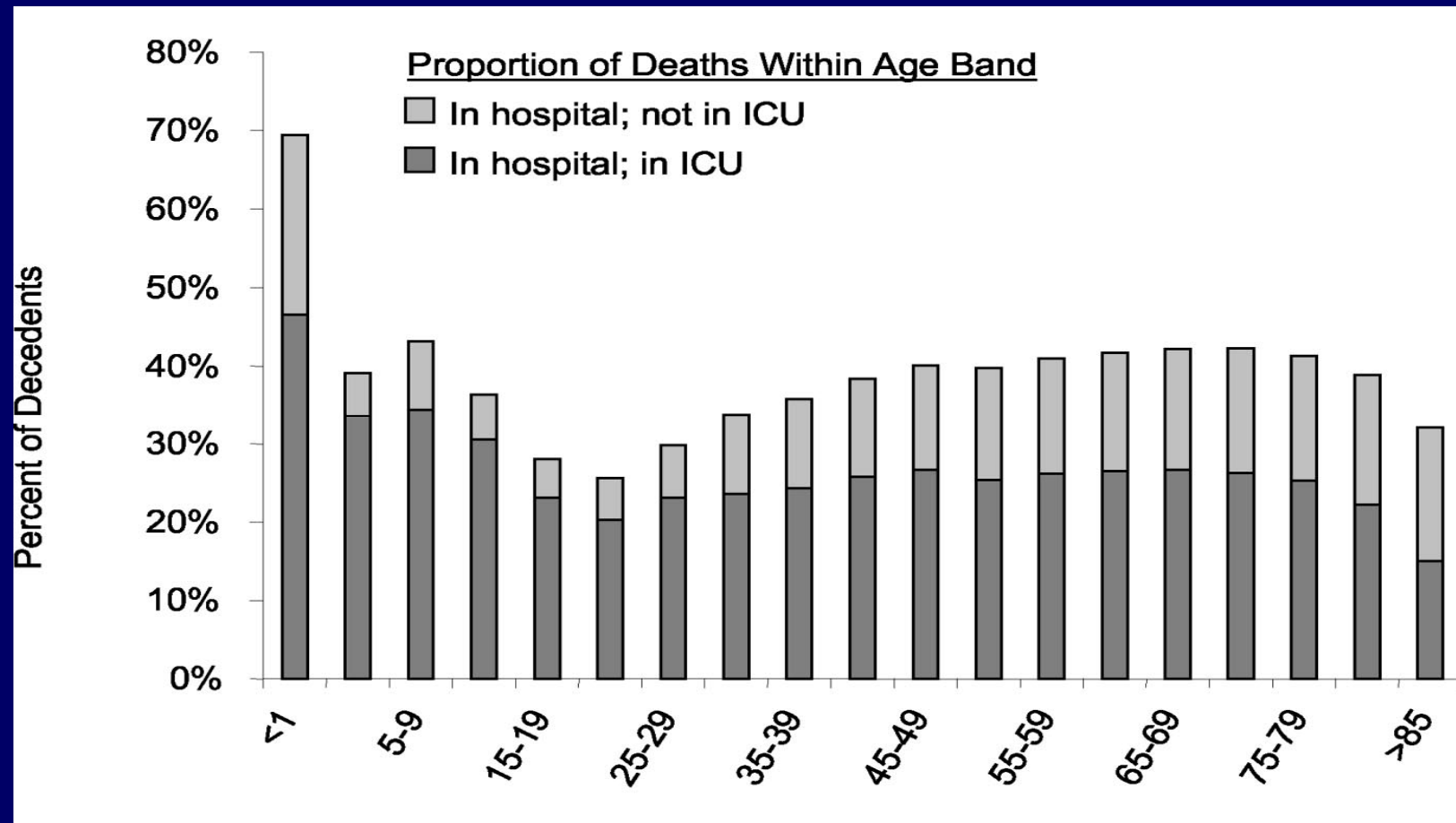
Independent Factor	Hazard Ratio (95% CI)	P Value
Use of inotropes or vasopressors	1.78 (1.20–2.66)	0.004
Physician's prediction of the likelihood of patient's survival in ICU		0.002
<10%	3.49 (1.39–8.79)	
10–40%	1.60 (0.63–4.04)	
41–60%	0.95 (0.30–2.96)	
>60%†	1.00	
Physician's prediction of patient's cognitive function 1 mo after discharge		0.04
Will not leave hospital	2.51 (1.28–4.94)	
Will be severely limited	1.45 (0.58–3.63)	
Will be somewhat limited	1.36 (0.69–2.69)	
Will be totally independent‡	1.00	
Physician's perception of patient's preferences about the use of life support‡		<0.001
No advanced life support	4.19 (2.57–6.81)	
Partial advanced life support	2.02 (1.13–3.60)	
All advanced life support as necessary‡	1.00	

Paliativní péče na ICU

- roste věk pacientů, roste potřeba ICU
- jen ½ ICU pacientů umírá v paliativním režimu
- symptomy úzkosti a deprese u příbuzných
- syndrom vyhoření u personálu
- různé přístupy v rámci jednoho oddělení

Use of intensive care at the end of life in the United States: An epidemiologic study*

Crit Care Med 2004; 32:638-643



7 bodů jak zlepšit komunikaci

1. Brát vážně rodinu
2. Respektování a debriefing v týmu
3. Vše psát do dokumentace
4. Chce to čas...
5. Rozhodnout se
6. Komunikovat, vyjednávat
7. Nechat mluvit rodinu

7 bodů jak zlepšit komunikaci

1. **Brát vážně rodinu**
2. Respektování a debriefing v týmu
3. Vše psát do dokumentace
4. Chce to čas...
5. Rozhodnout se
6. Komunikovat, vyjednávat
7. Nechat mluvit rodinu

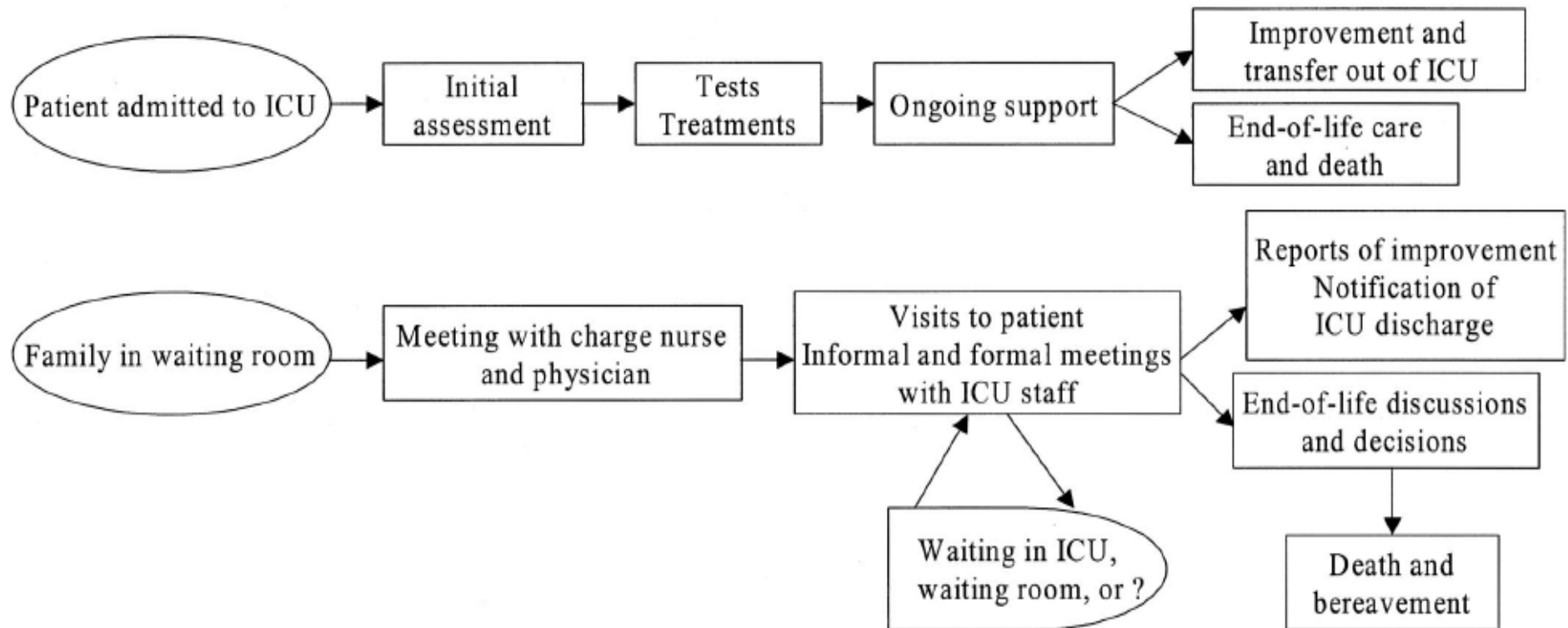
Brát vážně rodinu

- ARO/JIP: „kompetentních“ jen 5% pacientů!
- rodiny zastupují nejlepší zájem pacienta

Translating family satisfaction data into quality improvement*

Peter M. Dodek, MD, MHSc; Daren K. Heyland, MD, MSc; Graeme M. Rocker, DM, MHSc;
Deborah J. Cook, MD, MSc

Crit Care Med 2004; 32:1922-1927



Translating family satisfaction data into quality improvement*

Peter M. Dodek, MD, MHSc; Daren K. Heyland, MD, MSc; Graeme M. Rocker, DM, MHSc;
Deborah J. Cook, MD, MSc

Crit Care Med 2004; 32:1922–1927

- informovat rodinu paralelně!
- lékař a sestra společně!

DEPRESS – úzkost a deprese

prevalence symptomů anxiety a deprese u rodinných příslušníků pacientů hospitalizovaných na ICU v ČR

n=405	
Úzkost	72,8%
Deprese	53,6%

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

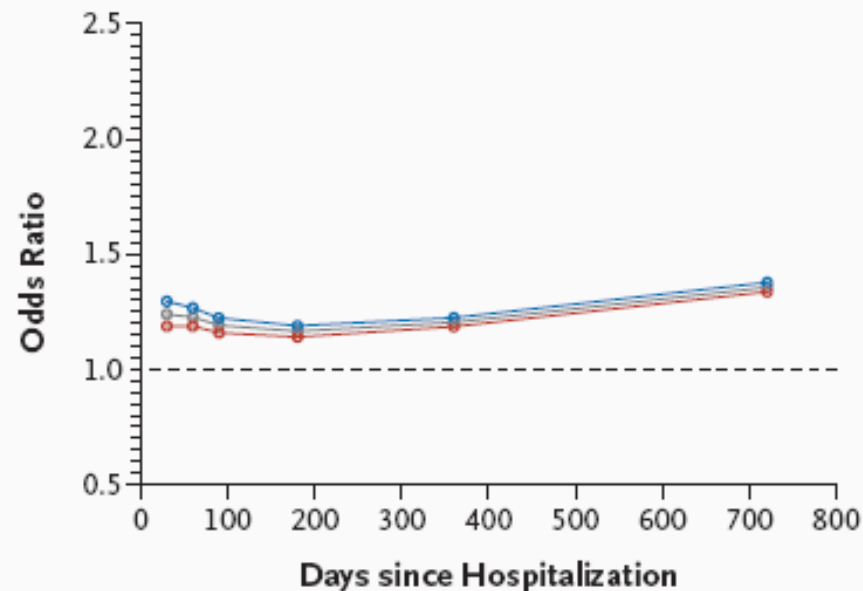
N Engl J Med 2006;354:719-30.

SPECIAL ARTICLE

Mortality after the Hospitalization of a Spouse

Nicholas A. Christakis, M.D., Ph.D., M.P.H., and Paul D. Allison, Ph.D.

A Any Diagnosis



Manžel má po úmrtí manželky riziko smrti do roka vyšší o 21%

manželka po úmrtí manžela o 17%

Společný cíl = prospěch pacienta

- udělat prostor pro rodinu
 - umožnit péči o pacienta
 - účastnit se na rozhodování
- rozšířit návštěvní hodiny
- vyjít vstříc očekáváním rodiny

Moral justifications for surrogate decision making in the intensive care unit: Implications and limitations

Robert M. Arnold, MD; John Kellum, MD

1. Who is most likely to know what the patient's wishes are?
2. Who seems to care the most about the patient?
3. Who is most affected by the decisions that need to be made about the patient?

Moral justifications for surrogate decision making in the intensive care unit: Implications and limitations

Robert M. Arnold, MD; John Kellum, MD

1. Kdo zná lépe pacientovo přání?
2. Kdo má o pacienta větší starost?
3. Kdo ponese následky a bude pečovat o pacienta dále?
(handicap)

7 bodů jak zlepšit komunikaci

1. Brát vážně rodinu
- 2. Respektování a debriefing v týmu**
3. Vše psát do dokumentace
4. Chce to čas...
5. Rozhodnout se
6. Komunikovat, vyjednávat
7. Nechat mluvit rodinu

Respekt a debriefing v týmu

- hlášení, vizity
- předávání služeb, zápisy v dokumentaci
- semináře kliniky, kongresy
- neformální komunikace ...večírky...

Syndrom vyhoření

- až u 28% sester na chirurgickém ICU
 - Intensive Care Med. 2008 Jan;34(1):152-6.
- až u 50% lékařů na ICU
 - Curr Opin Crit Care. 2007 Oct;13(5):482-8.

Discrepancies between Perceptions by Physicians and Nursing Staff of Intensive Care Unit End-of-Life Decisions

Edouard Ferrand, François Lemaire, Bernard Regnier, Khaldoun Kuteifan, Michel Badet, Pierre Asfar,

Am J Respir Crit Care Med Vol 167. pp 1310–1315, 2003

TABLE 7. MAJOR CRITERIA USED TO MAKE DECISIONS TO FOREGO LIFE-SUSTAINING TREATMENT

Major Criteria	Nursing Staff n (%)	Physicians n (%)
Futility	1,536 (43)	378 (72)
Emotional distress	343 (10)	13 (2)
Physical suffering	567 (16)	16 (3)
Family request	52 (2)	2 (0.4)
Economic cost	4 (0.1)	0 (0)
No prior quality of life	186 (5)	34 (6)
No hope for future quality of life	796 (22)	71 (13)
Age	92 (3)	4 (0.8)

Discrepancies between Perceptions by Physicians and Nursing Staff of Intensive Care Unit End-of-Life Decisions

Edouard Ferrand, François Lemaire, Bernard Regnier, Khaldoun Kuteifan, Michel Badet, Pierre Asfar,

Am J Respir Crit Care Med Vol 167. pp 1310–1315, 2003

TABLE 7. MAJOR CRITERIA USED TO MAKE DECISIONS TO FOREGO LIFE-SUSTAINING TREATMENT

Major Criteria	Nursing Staff n (%)	Physicians n (%)
Futility	1,536 (43)	378 (72)
Emotional distress	343 (10)	13 (2)
Physical suffering	567 (16)	16 (3)
Family request	52 (2)	2 (0.4)
Economic cost	4 (0.1)	0 (0)
No prior quality of life	186 (5)	34 (6)
No hope for future quality of life	796 (22)	71 (13)
Age	92 (3)	4 (0.8)

7 bodů jak zlepšit komunikaci

1. Brát vážně rodinu
2. Respektování a debriefing v týmu
- 3. Vše psát do dokumentace**
4. Chce to čas...
5. Rozhodnout se
6. Komunikovat, vyjednávat
7. Nechat mluvit rodinu

7 bodů jak zlepšit komunikaci

1. Brát vážně rodinu
2. Respektování a debriefing v týmu
3. Vše psát do dokumentace
- 4. Chce to čas...**
5. Rozhodnout se
6. Komunikovat, vyjednávat
7. Nechat mluvit rodinu

One-day quantitative cross-sectional study of family information time in 90 intensive care units in France

Thomas Fassier, MD; Michel Darmon, MD; Christian Laplace, MD; Sylvie Chevret, MD, PhD; Benoit Schlemmer, MD; Frédéric Pochard, MD; Elie Azoulay, MD, PhD; the FAMIREA Study Group

Crit Care Med 2007; 35:177–183

Median family information time was 16 (8–30) mins. Information was given during a face-to-face interview in the overwhelming majority of cases. Information was provided in half the cases at the request of the family and in the other half during routine family rounds. Of the total information time, 20% was spent on the diagnosis, 20% on treatments, and 60% on the prognosis. Families spoke for 33% of the total information time. End-

One-day quantitative cross-sectional study of family information time in 90 intensive care units in France

Thomas Fassier, MD; Michel Darmon, MD; Christian Laplace, MD; Sylvie Chevret, MD, PhD; Benoit Schlemmer, MD; Frédéric Pochard, MD; Elie Azoulay, MD, PhD; the FAMIREA Study Group

Crit Care Med 2007; 35:177–183

Median family information time was 16 (8–30) mins. Information was given during a face-to-face interview in the overwhelming majority of cases. Information was provided in half the cases at the request of the family and in the other half during routine family rounds. Of the total information time, 20% was spent on the diagnosis, 20% on treatments, and 60% on the prognosis. Families spoke for 33% of the total information time. End-

DEPRESS – délka rozhovoru

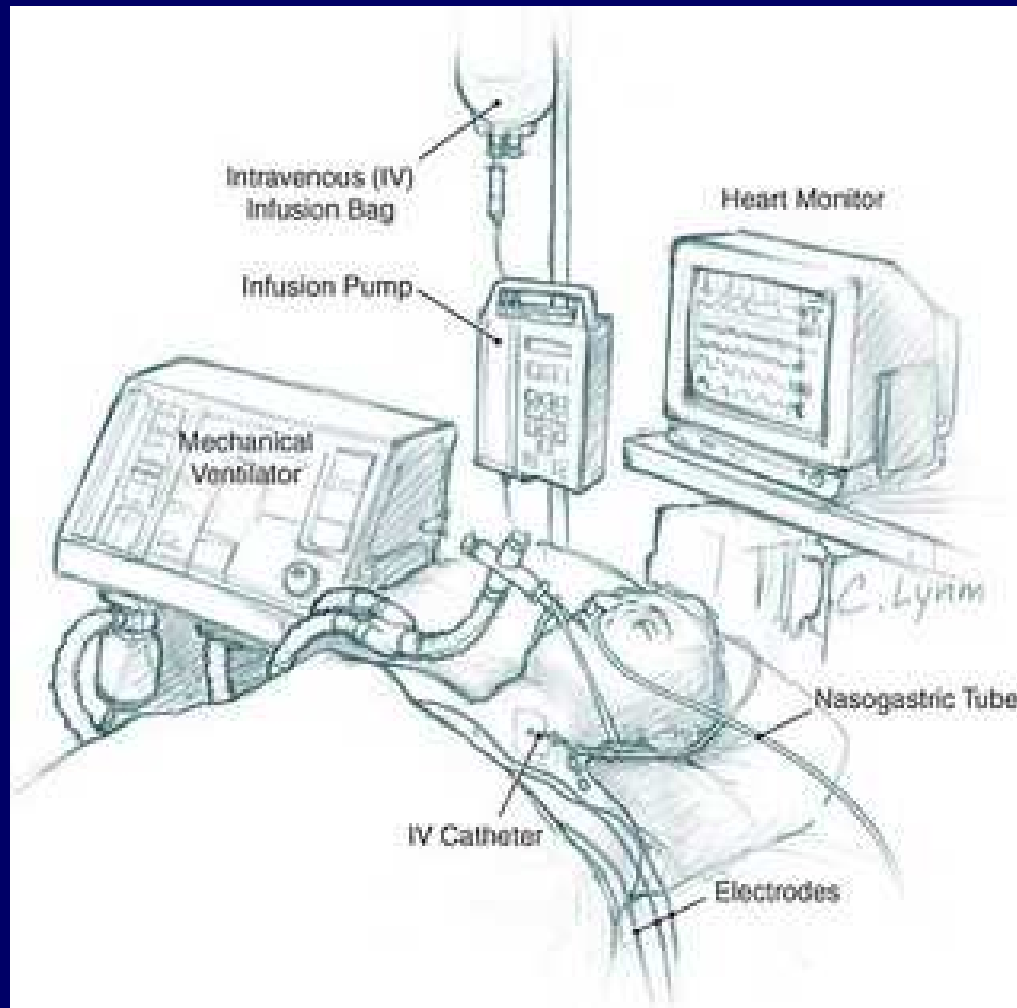
prevalence symptomů anxiety a deprese u rodinných příslušníků pacientů hospitalizovaných na ICU v ČR

n=405	optimální	skutečná	p
Délka rozhovoru (min)	13.2	10.9	$1,44 \times 10^{-10}$ <0.05

7 bodů jak zlepšit komunikaci

1. Brát vážně rodinu
2. Respektování a debriefing v týmu
3. Vše psát do dokumentace
4. Chce to čas...
- 5. Rozhodnout se**
6. Komunikovat, vyjednávat
7. Nechat mluvit rodinu

Rozhodování



Lékař:

„Všem všechny přístroje až do konce...“

Sestra:

„O pacientovi nic nevím, mám ho teprve od rána...“

Practice Parameter: Prediction of outcome in comatose survivors after cardiopulmonary resuscitation

Recommendations. The prognosis is invariably poor in comatose patients with absent pupillary or corneal reflexes, or absent or extensor motor responses 3 days after cardiac arrest (recommendation level A). Patients with myoclonus status epilepticus within the first day after a primary circulatory arrest have a poor prognosis (recommendation level B).

7 bodů jak zlepšit EOL na ICU

1. Brát vážně rodinu
2. Respektování a debriefing v týmu
3. Vše psát do dokumentace
4. Chce to čas...
5. Rozhodnout se
- 6. Komunikovat, vyjednávat**
7. Nechat mluvit rodinu

CHICAGO HOPE



nemocnice
na kraji města



ORDINACE
v růžové zahradě



nové
osudy

SPECIAL ARTICLE

CARDIOPULMONARY RESUSCITATION ON TELEVISION

Miracles and Misinformation

SUSAN J. DIEM, M.D., M.P.H., JOHN D. LANTOS, M.D., AND JAMES A. TULSKY, M.D.

Table 3. Survival after CPR in Three Television Series.

SERIES	No. OF EPISODES	No. OF OCCURRENCES OF CPR	SHORT-TERM SURVIVAL AFTER CPR	SURVIVAL TO DISCHARGE AFTER CPR	SHORT-TERM SURVIVAL, DEATH IN HOSPITAL	SHORT-TERM SURVIVAL WITHOUT FOLLOW-UP
			<i>number of patients (percent)</i>			
<i>Chicago Hope</i>	22	11	7 (64)	4 (36)	3 (27)	0
<i>ER</i>	25	31	21 (68)	NA*	3 (10)	18 (58)
<i>Rescue 911</i>	50	18	18 (100)	18 (100)	0	0
Total	97	60	46 (77)	22 (37)	6 (10)	18 (30)

*Not applicable. *ER* deals only with events in the emergency department.

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE
N Engl J Med 1996;334:1578-82.

SPECIAL ARTICLE

CARDIOPULMONARY RESUSCITATION ON TELEVISION

Miracles and Misinformation

SUSAN J. DIEM, M.D., M.P.H., JOHN D. LANTOS, M.D., AND JAMES A. TULSKY, M.D.

Table 3. Survival after CPR in Three Television Series.

SERIES	NO. OF EPISODES	NO. OF OCCURRENCES OF CPR	SHORT-TERM SURVIVAL AFTER CPR	SURVIVAL TO DISCHARGE AFTER CPR	SHORT-TERM SURVIVAL,	SHORT-TERM SURVIVAL
					DEATH IN HOSPITAL	WITHOUT FOLLOW-UP
					<i>number of patients (percent)</i>	
<i>Chicago Hope</i>	22	11	7 (64)	4 (36)	3 (27)	0
<i>ER</i>	25	31	21 (68)	NA*	3 (10)	18 (58)
<i>Rescue 911</i>	50	18	18 (100)	18 (100)	0	0
Total	97	60	46 (77)	22 (37)	6 (10)	18 (30)

*Not applicable. *ER* deals only with events in the emergency department.

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE
N Engl J Med 1996;334:1578-82.

SPECIAL ARTICLE

CARDIOPULMONARY RESUSCITATION ON TELEVISION

Miracles and Misinformation

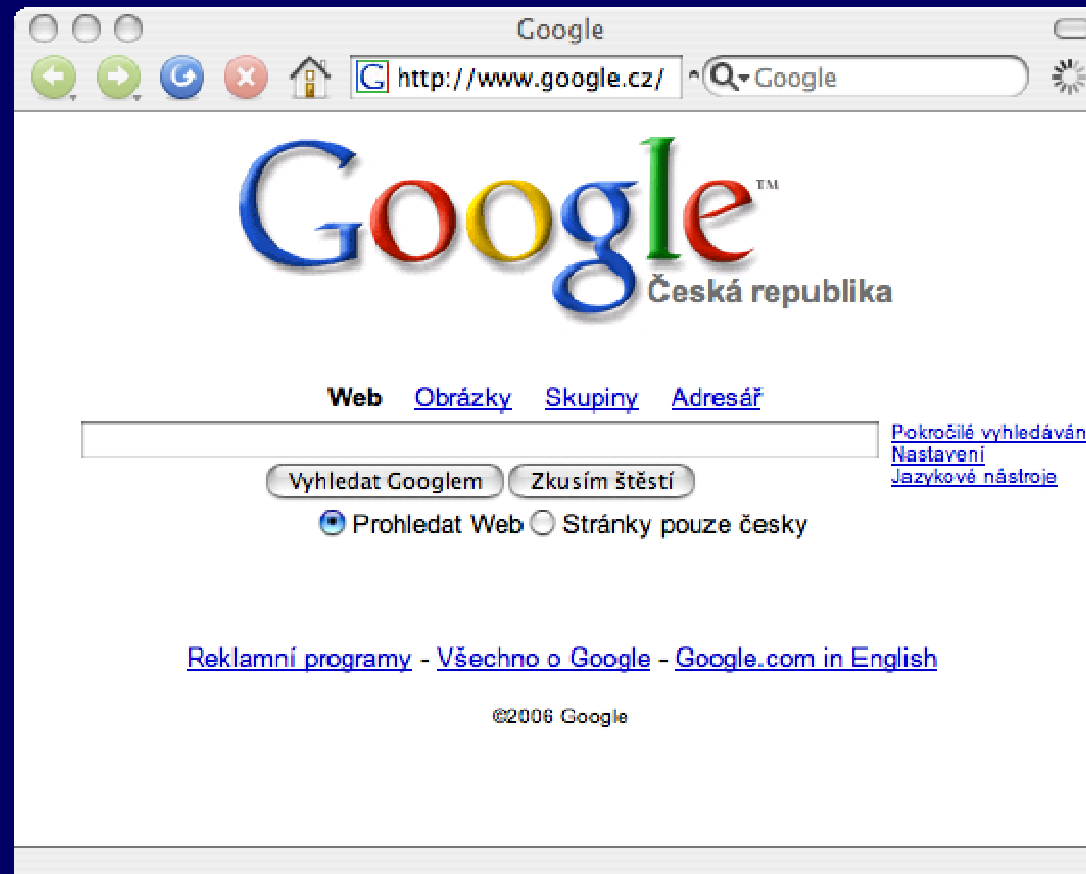
SUSAN J. DIEM, M.D., M.P.H., JOHN D. LANTOS, M.D., AND JAMES A. TULSKY, M.D.

- Realita je jiná než televizní seriál!

Using the Power of Googling and Health Informatics to Improve Public Health Practice

Martin LaVenture, PhD, MPH

Am J Prev Med 2007;33(1)



An Intensive Communication Intervention for the Critically Ill

Craig M. Lilly, MD, Dawn L. De Meo, MD, Larry A. Sonna, MD, PhD, Kathleen J. Haley, MD,
Anthony F. Massaro, MD, Robert F. Wallace, MPH, Sean Cody, RN, MSN, MBA

Am J Med. 2000;109:469–475.

Rozhovor s rodinou 3.den hospitalizace

- plán léčby, prognóza
- zjištění přání/preferencí pacienta
- očekávání rodiny

An Intensive Communication Intervention for the Critically Ill

Craig M. Lilly, MD, Dawn L. De Meo, MD, Larry A. Sonna, MD, PhD, Kathleen J. Haley, MD,
Anthony F. Massaro, MD, Robert F. Wallace, MPH, Sean Cody, RN, MSN, MBA

Am J Med. 2000;109:469–475.

Achieving Consensus

During the intervention period, the rate of provider non-consensus days decreased from 65 days per 1,000 patient-days to 4 days per 1,000 patient-days, or from 0.56 to 0.02 days per patient. Similarly, the rate of family nonconsensus decreased from 171 days per 1,000 patient-days to 16 days per 1,000 patient-days, or from 1.7 to 0.09 days per patient, after the intervention ($P < 0.001$).

Impact of a Family Information Leaflet on Effectiveness of Information Provided to Family Members of Intensive Care Unit Patients

A Multicenter, Prospective, Randomized, Controlled Trial

Am J Respir Crit Care Med Vol 165. pp 438–442, 2002

TABLE 4. EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE INFORMATION PROVIDED TO REPRESENTATIVES OF ICU PATIENTS*

	All Representatives (<i>n</i> = 175)	No Leaflet (<i>n</i> = 88)	Leaflet (<i>n</i> = 87)	p Value
Poor comprehension	46 (26.3)	36 (40.9)	10 (11.5)	< 0.0001
Poor comprehension of the diagnosis	16 (9.1)	13 (14.7)	3 (3.4)	0.02
Poor comprehension of the prognosis	18 (10.3)	11 (12.5)	7 (8)	0.20
Poor comprehension of the treatment	37 (21.1)	31 (35.2)	6 (6.9)	< 0.0001
Satisfaction score (CCFNI) [†]	22 (19–26.5)	23 (19–27)	21 (18–26)	0.08

Impact of a Family Information Leaflet on Effectiveness of Information Provided to Family Members of Intensive Care Unit Patients

A Multicenter, Prospective, Randomized, Controlled Trial

Am J Respir Crit Care Med Vol 165. pp 438–442, 2002

TABLE 4. EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE INFORMATION PROVIDED TO REPRESENTATIVES OF ICU PATIENTS*

	All Representatives (n = 175)	No Leaflet (n = 88)	Leaflet (n = 87)	p Value
Poor comprehension	46 (26.3)	36 (40.9)	10 (11.5)	< 0.0001
Poor comprehension of the diagnosis	16 (9.1)	13 (14.7)	3 (3.4)	0.02
Poor comprehension of the prognosis	18 (10.3)	11 (12.5)	7 (8)	0.20
Poor comprehension of the treatment	37 (21.1)	31 (35.2)	6 (6.9)	< 0.0001
Satisfaction score (CCFNI) [†]	22 (19–26.5)	23 (19–27)	21 (18–26)	0.08



Informace

pro příbuzné a blízké pacientů přijatých na

Resuscitační oddělení

Kliniky anesteziologie, resuscitace a
intenzivní medicíny

Všeobecná fakultní nemocnice

U nemocnice 2, Praha 2

Přednosta kliniky: doc. MUDr. Martin Stříteský, CSc.

Primář kliniky: MUDr. Jan Křištof

Zástupce prim. pro intenzivní péči: as. MUDr. Martin Balík,
Ph.D.

Vedoucí lékař resuscitačního odd.: as. MUDr. Michal Otáhal

Vrchní sestra: d.s. Milada Gregorovičová

Staniční sestra resuscitačního oddělení: d.s. Monika
Todorová

Telefon (nepřetržitě): 224 963 355

<http://www.karim-vfn.cz>

(oddělení se nyní nachází v provizorních prostorách)

Vysvětlení základních pojmů:

Ventilátor: přístroj zajišťující umělé dýchání. Dýchá za pacienta nebo mu s dýcháním pomáhá. Umožňuje přívod vyššího množství kyslíku.

Analgo sedace: takzvaný „umělý spánek“. Jde o podávání léků, které zajišťují hluboký spánek a úlevu od bolesti. Umožňuje lepší souhru pacienta s ventilátorem.

Intubace: spočívá v zavedení trubičky ústy do průdušnice. Provádí se v celkové anestezii a slouží k připojení pacienta k ventilátoru. Pacient nemůže s trubičkou mluvit.

Tracheostomie: spočívá v zavedení trubičky (kanyly) do průdušnice přímo malým otvorem na krku. Slouží rovněž k připojení nemocného k ventilátoru, používá se při nutnosti dlouhodobé umělé ventilace (řádově týdny).

Extubace: vytažení trubičky z průdušnice. Provádí se tehdy, je-li pacient při vědomí a může sám dostatečně dýchat a odkašlávat.

Monitor: počítač, který nepřetržitě hlídá všechny základní životní funkce pacienta (množství kyslíku, krevní tlak, srdeční rytmus).

Centrální žilní katetr: umělohmotná hadička zavedená do velké žíly na krku, pod klíčkem nebo v třísele. Používá se k rychlému a účinnému podání léků, infuzí a výživy.

Nazogastrická sonda: trubička zavedená nosem do žaludku slouží k odsávání sekretů nebo k umělé výživě pacienta.

Nozokomiální infekce: je nákaza získaná v nemocnici. Může být velmi závažná, a to zejména pokud zasáhne kriticky nemocné pacienty.

Sepse: laicky „otrava krve“. Zaplavení organismu bakteriemi, které může vést k selhávání životně důležitých orgánů (srdce, plíce, ledviny)

Hemodialyzační přístroj: je určen k očišťování krve a používá se při selhání funkce ledvin. Vyžaduje zavedení speciální silné hadičky do žíly v třísele či na krku.

Výuka a výzkum: na naší klinice se uskutečňuje výuka mediků a také výzkum. Týká-li se vašeho blízkého nebo případně vás, budete o něm vždy informováni.

7 bodů jak zlepšit EOL na ICU

1. Brát vážně rodinu
2. Respektování a debriefing v týmu
3. Vše psát do dokumentace
4. Chce to čas...
5. Rozhodnout se
6. Komunikovat, vyjednávat
- 7. Nechat mluvit rodinu**

Missed Opportunities during Family Conferences about End-of-Life Care in the Intensive Care Unit

J. Randall Curtis, Ruth A. Engelberg, Marjorie D. Wenrich, Sarah E. Shannon, Patsy D. Treece, and Gordon D. Rubenfeld

Am J Respir Crit Care Med Vol 171. pp 844–849, 2005

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)

Rodiny a umírající pacient

- Bolest
- Pocit viny

A Communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU

Alexandre Lautrette, M.D., Michael Darmon, M.D., Bruno Megarbane, M.D., Ph.D.,

Table 4. Outcomes Assessed on Day 90.

N Engl J Med 2007;356:469-78.

Variable	Control Group (N=52)	Intervention Group (N=56)	P Value
IES score			0.02
Median	39	27	
Interquartile range	25–48	18–42	
Presence of PTSD-related symptoms (IES score >30) — no. (%)	36 (69)	25 (45)	0.01
HADS score			0.004
Median	17	11	
Interquartile range	11–25	8–18	
Symptoms of anxiety — no. (%)	35 (67)	25 (45)	0.02
Symptoms of depression — no. (%)	29 (56)	16 (29)	0.003
Saw a psychologist after death of patient — no. (%)	6 (12)	4 (7)	0.41
Received newly prescribed psychotropic drugs after death of patient — no. (%)	12 (23)	6 (11)	0.05
Effectiveness of overall information provided — no. (%)			
Time allotted to provide information was sufficient	45 (87)	51 (91)	0.45
Information was clear	45 (87)	52 (93)	0.34
Additional information requested	24 (46)	17 (30)	0.05

Závěr – co bychom měli dělat

- informovat rodinu paralelně! - lékař a sestra společně!
- 3.-5. den naplánovat setkání s rodinou – probrat diagnózu – plán – prognózu – přání pacienta
- připomínat si, že ICU je vnímáno prizmatem seriálů!

Poděkování za inspiraci

Prof. E.Azoulay

Réanimation Médicale

Saint-Louis Hospital, Paris, France

7 bodů jak zlepšit EOL na ICU

1. Brát vážně rodinu
2. Respektování a debriefing v týmu
3. Vše psát do dokumentace
4. Chce to čas...
5. Rozhodnout se
6. Komunikovat, vyjednávat
7. Nechat mluvit rodinu