

# **Palliative Intensivmedizin**

so nah und doch so fern

daniel.bueche@kssg.ch

# **PALLIATIVE CARE**

# Definition

WHO 2002

“Palliative Care is an approach that improves the **quality of life** of **patients** and their **families** facing the problem associated with **lifethreatening illness**, through the **prevention** and **relief of suffering** by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, **physical, psycho - social and spiritual.**”

# Was fordert gute palliative Betreuung?

	ICU
Sehr gute Symptomkontrolle	X
Patientenzentriert	X
Möglichst viel zuhause bzw. am Ort der Wahl	?
Unter Einbeziehung der Familie	X
Durch ein interprofessionelles Team	X
Über den Tod hinaus	X-?
Begleitung <b>früh</b> im Krankheitsprozess eines <b>nicht beherrschbaren</b> Leidens	X-?

# Stufen der Palliation

- **Palliative Haltung:**
  - Sollte in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens umgesetzt werden
  - Palliative Kultur
- **Palliative Interventionen:**
  - Palliative Radiotherapie, Chemotherapie, Operation
- **Allgemeine Palliative Care:**
  - Wird von Grundversorgern mit Basisausbildung in Palliative Care gemacht
  - Macht 80% der Palliativversorgung aus
- **Spezialisierte Palliative Care:**
  - Personen u Organisationen deren Kerngeschäft die Palliative Care ist

# Allgemeine vs Spezialisierte PC

Quill TE et al (2013) NEJM 368:1173-1175

## Allgemeine Palliative Care

- Symptomkontrolle für Schmerz und andere Sympt
- Grundbehandlung von Depression und Angst
- Diskussion über
  - Prognose
  - Therapieziel
  - Leiden
  - Reanimationsstatus

## Spezialisierte Palliative Care

- Symptomkontrolle bei refraktären Symptome
- Vorgehen bei komplexen Sy: Depression, Angst, Trauer, existentieller Stress
- Unterstützung bei Konflikten bezüglich Therapiezielen
  - Innerhalb der Familie
  - Zwischen Familie und Profis
  - Zwischen Behandlungsteams
- Unterstützung bei Futility

# **GEMEINSAMKEITEN PALLIATIVE CARE UND ICU**

# Was verbindet PC und ICU?

- **Problemorientiertes** Vorgehen
- Menschen mit **lebensbedrohlicher** Erkrankung
- Verbesserung der **Lebensqualität** bei schwerkranken Menschen
- **Entscheidungskompetenz**
  - Entscheiden wollen und können
  - Shared decision making
- **Systemisches** Denken und Vorgehen
  - Hohe Anforderung an die Kommunikation
- Teamarbeit - **Interprofessionalität**
- Arbeiten mit Menschen an der **Grenze des Lebens**
- **Sterbende** Menschen behandeln, pflegen, begleiten



# Was fordert gute palliative Betreuung?

	ICU
Sehr gute Symptomkontrolle	X
Patientenzentriert	X
Möglichst viel zuhause bzw. am Ort der Wahl	?
Unter Einbeziehung der Familie	X
Durch ein interprofessionelles Team	X
Über den Tod hinaus	X-?
Begleitung <b>früh</b> im Krankheitsprozess eines <b>nicht beherrschbaren</b> Leidens	X-?

# **UNTERSCHIEDE VON PALLIATIVE CARE UND INTENSIVMEDIZIN**

# Unterschiede

- Akutheit im Handeln
- Befindlichkeit der Menschen in der Erkrankung
  - Intensivstations-Patient kommuniziert häufig nicht
  - Intensivstations-Patient kann bei Entscheidungsfindung häufig nicht mitmachen
- Erwartungshaltung?
- Triageprozess
  - «zu krank für Intensivstation»
    - Konzept der Überlebens-Prognose
  - «zu gesund für Palliativstation»
    - Konzept der Komplexität

[www.capc.org/ipal-icu](http://www.capc.org/ipal-icu)

# **STANDARDS FOR ICU PALLIATIVE CARE**

# Key Domains

## Professional Definition

- **Symptom** management and comfort care
- **Communication** within team and with patients/families
- Patient- and family-centered **decision** making
- Emotional and practical **support** for patients and families
- Spiritual support for patients and families
- **Continuity** of care
- Emotional and organizational support for ICU clinicians

## Patienten und Angehörige

- **Clinical care** of patient (maintaining comfort, dignity, personhood, privacy)
- **Communication** by clinician (timely, ongoing, clear, complete, compassionate; addressing condition, prognosis, treatment)
- Patient-focussed medical **decision** making (aligned with patient values, care goals, treatment preferences)
- Care of the **family** (open access and proximity to patients, interdisziplinäre support in the ICU, Bereavement care)

# Das palliative Vorgehen:

- S Symptomkontrolle
- E Entscheidungsfindung
- N Netzwerkaufbau
- S Sport von Angehörigen, Teams

# Dies beinhaltet

Herausforderungen für das interprofessionelle Palliative Care Team

- Schmerz- und Symptommanagement
- Lebensqualität abschätzen
- Sterben und Tod thematisieren
- Komplexität (systemischer Ansatz)
- Prognose- und Entscheidungsfindung
- Autonomie zu gewähren
- Ereignisse vorwegzunehmen (Prognostizieren)
- Patientenorientierung (Dienstleistung zum Patienten....)
- Angehörige mit einbeziehen
- Kontinuität (spitin, spitex, ambulant, stationär....)
- Interdisziplinarität, Interprofessionalität
- Betreuung über den Tod hinaus

# Was ist gefragt

Tasking the tailor to cut the coat Intensive Care Med 2016;42(1):119-21

## Palliative care emphasizes

1. symptom management with alleviation of physical, psychological and spiritual distress;
2. improving or maintaining quality of life for patients and their family;
3. compassionate and clear communication, particularly regarding prognosis and patients' goals and values.

Funktioniert in vielen Bereichen Onko-, Kardio-, Pneumo-, Geriatrie und Gerontologie und **in ICU**



# **EPIDEMIOLOGIE**

# Todesfälle KSSG 2012 - 2015

	2015	2014	2013	2012
<b>Todesfälle Total</b>	<b>819</b>	<b>860</b>	<b>836</b>	<b>856</b>
ohne MIPS, CHIPS, NIPS	637	655	648	659
<b>MIPS, CHIPS, NIPS</b>	<b>162</b>	<b>205</b>	<b>168</b>	<b>197</b>
<b>% ICU Todesfälle am KSSG</b>	<b>20%</b>	<b>24%</b>	<b>20%</b>	<b>23%</b>
<b>Palliativ-Konsilien auf ICU</b>	<b>35</b>	<b>16</b>	<b>11</b>	<b>4</b>
<b>% Konsilien pro verstorbener Patient auf ICU</b>	<b>22%</b>	<b>8%</b>	<b>7%</b>	<b>2%</b>

# Schweiz

Escher M (2010) palliative-ch

In Genf: 15% der in einem Akutspital in Genf sterbenden Menschen, sterben auf der Intensivstation (ca 300 Menschen/Jahr)

# Pall-Konsilien auf ICU am KSSG

Jahr	MIPS	CHIPS	Total
2017	11	11	22
2016	11	8	19
2015	11	24	35
2014	8	8	16
2013	6	5	11
2012	3	1	4
2011	5	11	16
2010	14	8	22
2009	13	8	21
2008	10	7	17
2007	2	4	6

# **UMSETZUNG DER PALLIATIVE CARE VOR, AUF UND NACH DER ICU**

# Estimating the Effect of Palliative Care Intervention and Advance Care Planning on ICU Utilization

Crit Care Med (2015);43(5):1102-1111

Patienten mit ACP und Palliativ-Interventionen  
werden weniger auf die Intensivstationen  
verlegt

# Integration of Palliative Care in the Context of Rapid Response

Chest (2015)147(2):560-569

## Palliative Care bei Rapid Response Team?

- Zusammengehen von Palliative Care und Critical Care (Notfallmedizin) mit dem Ziel:
  - Symptomkontrolle
  - Kommunikation
  - Entscheidungsfindung mit
    - Klarer Zielsetzung entsprechend den Werten des Patienten
  - Support der
    - Angehörigen
    - Teams
  - Kontinuität der Betreuung über die Settings hinaus

# Onkologische und hämatologische Patienten

Staudinger T, Schellongoski P (2013) Leading Opinions Hämatologie&Onkologie

## Kein Fall für Nihilismus



# Umsetzung der Palliative Care auf der ICU

Braus N, (2016) Intensiv Care Med. 42(1): 54-62 / [www.capc.org/ipal-icu](http://www.capc.org/ipal-icu)

## Modelle:

### – Integrierte Palliative Care

- Pall Care Nurse ist im ICU-Team und macht Visiten mit
- Screen nach obigen Risikofaktoren
- Falls positiv => Palliativmediziner kommt mit auf nächste Visite
- Palliativmediziner macht Vorschläge zu unmet Pall Care needs

### – Spezialisierte Palliative Care Konsiliar-Team

### – Gemischte Modelle

# Wie Palliative Care in die ICU integrieren?

Cox CE, Durtis JR (2016). Am J Respir Crit Care Med 193(3): 242-250

Dass Palliatives Vorgehen nützlich sein kann ist zwischenzeitlich klar, aber wie soll man die Palliative Care integrieren?

- Screening der Patienten mit hohem Risiko für schlechtes Outcome
- Integration von patienten- und familienzentrierten Bedürfnissen
- Personalisierte Care (Behandlung, Pflege, Betreuung)
- Klärung der Vorgehensweise: allgemein vs spezialisierte Palliative Care

# Familien-Einbezug in Kommunikation

Who is on the medical team? Soc Sci Med (2015); 144:112-118

Kommunikation, insbesondere Familiengespräche sind weder ein Allerheilmittel noch ein Kontroll-Instrument des Team

- Im Verlauf eines ICU-Aufenthaltes wurden folgende Kommunikationsverhalten (Familien-Einbezug in die Teamentscheidungen) beobachtet:
  - Konstruktion Teamwork bei Eintritt
  - Deflection and Resistance in Phase der Dg & Th
  - Reintegration in Phase der Palliation

# Hospice inpatient Units for terminally ill ICU Patients

Crit Care Med (2014) 42(5):1074-1080

Dedicated hospice **inpatient units** are a feasible way to provide **care for terminal ICU patients**, but **barriers** including **lack of knowledge** of the units and provider of **family comfort** with leaving the ICU remain. Dedicated hospice inpatient units are potentially significant sources of bed days and **cost savings** for hospitals and the healthcare system overall.

**OUTCOME**

# Umsetzung der Palliative Care auf der ICU

Braus N, (2016) Intensiv Care Med. 42(1): 54-62 / [www.capc.org/ipal-icu](http://www.capc.org/ipal-icu)

## Outcome:

- Häufiger Familiengespräche
- Schneller Familiengespräch (Zeit Eintritt bis Gespräch)
- Gesamthospitalisationsdauer kürzer (13 auf 11 Tage verkürzt), nicht aber Zeit auf ICU
- Ohne erhöhte Mortalität, Morbidität oder ohne Verlust an Patientenzufriedenheit

# Oekonomisch gesehen

Boschert S (2014) Oncology Practice

## Palliative Care auf der Intensivstation

- Reduzierte die **Aufenthaltsdauer** auf der **Intensivstation** um 59%, ebenso reduzierte es den **Krankenhausaufenthalt** bei 43% der Patienten ohne die Mortalität zu erhöhen
- Für Angehörige hatte dies zur Folge:
  - klarere Ziele, bessere Kommunikation mit den Ärzten, weniger Angst und Depression der Familienmitglieder

# Chronic Critical Illness

Nelson JE, Cox CE, Hope AA, Carson SS (2010) Am J Respir Crit Care Med

Patienten mit einer akuten kritischen Erkrankung können

- Geheilt werden
- In ein chronisches Krankheitsstadium übertreten mit:
  - Langer Ventilatorbedürftigkeit
  - Anderer intensivmedizinischer Bedürfnisse
  - Können weder sterben noch die ICU verlassen



**WAS KÖNNTE VERBESSERT  
WERDEN?**

# Bedingungen des Sterbens an Österreichs Intensivstationen

Weixler D, Likar R, Flakner A (2015) Z. Palliativmedizin 16:26-32

«...es besteht ein grosses Interesse der Intensivmedizinerinnen bzgl. der Inhalte Kommunikation, Ethik, Recht, und Palliativmedizin, die jedoch keine Entsprechung im österreichischen fachärztlichen Ausbildungscurriculum findet. Eine Öffnung der Intensivstationen und die Kooperation mit anderen Versorgungsangeboten (Psychologie, Seelsorge, Sozialarbeit) und Strukturen (Palliativdienste, Ethikkonsil) wird empfohlen wie auch....»

# Was könnte verbessert werden?

- Symptomkontrolle
  - Bei 75 % wird täglich mind. einmal ein Instrument zur Erfassung der **Schmerzintensität** angewandt
  - Bei 53 % werden **andere Symptome** (Atemnot, Durst, Angst, Schlafstörung) systematisch eingeschätzt
- Entscheidungsfindung
  - End-of-life Entscheidungen treffen zu 84 %  
Abteilungsleiter, leitende Oberärzte, zu 41 %  
diensthabende Ärzte, zu 33 % Pflegefachpersonen,  
37% Patientinnen

# Ärztliche Barrieren

Crit Care (2014);18(6):604

Es gibt viele Barrieren (90) bei den Ärzten, die eine adäquate Kommunikation und shared decision making auf der ICU verhindern.

– Defizite im Wissen

- Kommunikations-Skills, Professionelle, welche die Situation nicht vollständig überblicken...

– Barrieren in der Haltung

- Disens wurde nicht zuerst im Team besprochen....

– Barrieren im Verhalten

- Verantwortlicher Arzt nicht verfügbar....

**STERBEN UND TOD**

# Was wünschen sich.....

Ann Intern Med (2015)163(4):271-279 (Edi 318/19)

...Angehörige und involvierte Kliniker beim Sterbenden auf der ICU

- «Humane» Umgebung
- «Anerkennung»
- Wiedereinbezug der Familie
- Rituale
- Paying it forward: «Leben nach dem Tod»

# Was bedeutet dies für.....

Ann Intern Med (2015)163(4):271-279 (Edi 318/19)

## ...den Sterbenden

- Seinen Wünschen entsprechen wahrgenommen werden
- Sein Leben gewertschätzt und gefeiert und sein Sterben gewürdigt erfahren

## ...die Angehörigen

- Positive Erinnerungen können entstehen
- Individualisierte End-of life care erleben

## ...für die involvierten Kliniker

- Interprofessionelles Vorgehen erleben
- Humanismus in der Praxis erfahren

# Futility – Übertherapie am Lebensende?

Z. Palliativmedizin (2008):9:67-75

- 76% der Ärzte und 86% der Pflegefachpersonen waren sich einer Übertherapie bewusst.
- Gründe für die Nicht-Begrenzung der Therapie lassen sich überwiegend den Ärzten zuordnen
- Innerhalb der Ärzteschaft sind die Aussagen sehr vielseitig und reichen von Informationsdefiziten über
- Inter- und intraprofessionellen Disens bis zu Angst, Unsicherheit und überhöhtem Ehrgeiz



# Dying with Dignity in the ICU

Cook D, Rocker G (2014) NEJM 370:2506-2524

- Erforsche die Werte des Patienten
- Kommunikation
- Gebe Information über Prognose
- Entscheidungsfindung
- Mache realistische Empfehlungen
- Holistic Care
- Lebensende vorbereiten (the final steps)
  - Konsequenzen für den Kliniker
  - End-of life Care als Qualitätsmess-Instrument

# **DER ST.GALLER WEG**

# Palliativkonsiliar-Team (spezialisierte Palliative Care)

## Aufgaben:

- MIPS, CHIPS, NIPS von Patienten zu entlasten, die keine ICU mehr benötigen  
**so rasch als möglich**
- Weiterbetreuung auf der Palliativstation  
**es sterben bei Weitem nicht alle**
- Interprofessionelle Zusammenarbeit mit ICU  
**Entscheidungsfindungsprozess**  
**selten Disens: innerteamlich, zwischen Team und Angehörigen**

# Palliativkonsiliar-Team (spezialisierte Palliative Care)

## Aufgabe (2):

– Intensive Betreuung sollte auf PS gewährleistet sein

körperlich

psychisch

sozial

spirituell

# Hilfreich für den Intensivmediziner könnte sein

- Kommunikations-Kompetenzen
- Ethik-Konsil und Ethik-Beratung
  - Aussensicht
- Schnelle, unkonventionelle Übernahme von Patienten auf die Palliativstation
  - Patienten nicht zum Sterben (auf Sterbeabteilung) sondern Teamwechsel
- Was ist zu tun zur Burn-out-Prophylaxe
  - Debriefing nach Todesfall?
  - Nicht nur Outcome-Messung sondern auch «Outcomes» erleben?

**TAKE HOME MESSAGE**

# So nah: Kompetenzen erlangen

- Haltung
  - Verpflichtung zur Fürsorge
  - Autonomie, Schadensvermeidung, Gerechtigkeit
  - Mitmenschlichkeit
  - Respekt
  - Selbstsorge
- Wissen
  - Symptomkontrolle
  - Prognosefaktoren
  - EBM, Intuition
- Fertigkeiten
  - Kommunikation
  - Entscheidungsfindung
  - Angehörigenbetreuung
  - Selbstsorge

# So nah: Palliative Care Kons Dienst nutzen

- Schwieriges Symptommanagement: auch bei psychologischen und spirituellen Symptomen
- Bedrohter Lebensqualität der Patienten und oder Familien
- Kommunikationsbarrieren
  - Ziele
  - Prognose
  - Interprofessioneller Disens
  - Team – Angehörigen Disens
- Entscheidungsbarrieren



# So ergänzend

- Gemeinsam Patienten auf der jeweiligen Abteilung besprechen
  - Propofol & Co auf der Palliativstation
  - Fragestellungen rund um die Atemwege auf der Palliativstation
  - Entscheidungsfindung auf der ICU
  - Handover auf der ICU

# Literatur

- Albisser Schleger H, Paragger H, Reiter-Theil S (2008) «Futility» – Übertherapie am Lebensende? Gründe für ausbleibende Therapiebegrenzung in Geriatrie und Intensivmedizin. Z.Palliativmedizin 9:67-75
- Aslakson R, Spronk P (2016). Tasking the tailor to cut the coat: How to optimize individualized ICU- based palliative care? Intensive Care Med. 42(1):119-21
- Aslakson R, Curtis JR, Nelson JE (2014) the changing role of palliative care in the ICU. Crit Care Med 42(11):2418-2428
- Binney Z, Quest T, Feingold P (2014) Feasibility and economic impact of dedicated hospice inpatient units for terminally ill ICU patients. Crit Care Med 42(5):1074-1080
- Braus N, Campbell TC, Kwekkeboom KL et al (2016) Prospective study of a proactive palliative care rounding intervention in a medical ICU. Intensive Care Med. 42(1): 54-62
- Cook D, Swinton M, Toledo F et al (2015). Personalizing death in the intensive care unit: the 3 wishes project: a mixed-methods study. Ann Intern Med 163(4):271-279 (Edi 318/19)
- Cox CE, Curtis JR (2016) Using technology to create a more humanistic approach to integrating palliative care into the ICU. Am J Respir Crit Care Med 193(3):242-250
- Escher M (2010) Des soins palliatifs dans les soins intensifs. Palliative-care 1:44
- Hansen-Flaschen J (2015). A practical approach to humanizing care for patients who are expected to die in an intensive care unit. Ann Intern Med 163(4):318-319

- Khandelwal N, Kross EK, Engelberg R et al (2015). Estimating the effect of palliative care intervention and advance care planning on ICU utilization: a systematic review. *Crit Care Med* (2015);43(5):1102-1111
- Nelson JE, Kusum MS, Weissmann DE (2014) Integration of palliative care in the context of rapid response. *Chest* 147(2):560-569
- Nelson JE, Bassett R, Boss RD et al (2010) Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit: a report from the IPAL-ICU Project (Improving palliative care in the ICU). *Crit Care Med* 38(9):1765-1772
- Nelson JE, Cox CE, Hope AA, Carson SS (2010). Chronic critical illness. *Am J Respir Crit Care Med* 182:446-454
- Quill TE, Abernethy AP (2013) Generalist plus Specialist Palliative Care — Creating a More Sustainable Model. *NEJM* 368:1173-1175
- Rodriguez J (2015) Who is on the medical team? : Shifting the boundaries of belonging on the ICU. *Soc Sci Med* (2015); 144:112-118
- Staudinger T, Schelongowski P (2013). Intensivmedizinische Versorgung hämatologischer und onkologischer Patienten. *Leading opinions Hämatologie–Onkologie* 6/13:48-51
- Visser M, Deliens L, Hourrekier D (2014) Physician-related barriers to communication and patient- and family-centered decision-making towards the end of life in intensive care: a systematic review. *Crit Care* 18(6):604
- Weixler D, Likar R, Falkner A (2015) Bedingungen des Sterbens an Österreichs anästhesiologischen Intensivstationen, eine Querschnittsuntersuchung. *Z. Palliativmedizin* 16:26-32