

USA 2007 - Patient Staff Family Support Centered ICU model: Un nuovo progetto per una rianimazione centrata sul paziente

Laurie Barclay, MD; CME Author: Désirée Lie, MD, MEd

6 febbraio 2007 Traduzione e riduzione libera a cura di Timeoutintensiva.it (S. Vasta, C. Gorton)

L' American College of Critical Care Medicine (ACCM) Task Force ha pubblicato le linee guida di riferimento per la pratica clinica per il supporto degli staff dei pazienti e delle loro famiglie nelle terapie Intensive adulte, pediatriche, o neonatali.

"Nel 2001, l' Institute of Medicine [IOM] ha fortemente raccomandato che i sistemi di cure intensivi siano sistemi centrati sul paziente piuttosto che sui clinici o sulla patologia, con la raccomandazione che il trattamento e le soluzioni intraprese siano adeguate a ciò che preferisce ed a ciò in cui crede il paziente," scrive Judy E. Davidson, del gruppo di esperti della ACCM. "Nelle terapie intensive più che in altri luoghi è maggiore e più sentita l'esigenza di cura centrata sul paziente, dove cioè lo stesso paziente e la sua famiglia possono profondamente influenzare le decisioni di tipo clinico e l'outcome."

Il modello di Cure intensive centrato sul paziente dell' IOM comprende le seguenti caratteristiche:

-I pazienti e le famiglie sono informati ed attivamente coinvolti sia nella decisione e condivisione della cura e anche nell'auto assistenza (self-managment).

-La cura del paziente è coordinata ed integrata dagli staff di assistenza (gruppi di cura).

-I "gruppi di cura" provvedono a rendere confortevoli e a supportare l'emotività dei pazienti e dei membri della famiglia.

-I "gruppi di cura" devono avere una chiara conoscenza del concetto di malattia che possono sviluppare i pti ed i familiari a seconda delle loro credenze religiose e culturali.

-I "gruppi di cura" intensivi devono capire ed applicare i principi della prevenzione della malattia ed adattare il proprio comportamento alle diversità della popolazione assistita.

I pazienti in terapia intensiva non possono spesso comunicare con lo staff di cura o partecipare con loro proprie decisioni, affidandosi ai familiari o ad altri che assumono il peso di questo mandato , membri solitamente immediatamente vicini del gruppo famiglia, che hanno la funzione di essere " sostituti nelle decisioni delle volontà del pte stesso. "

i pazienti e le famiglie esprimono il desiderio per una loro maggiore partecipazione alla cura e chiedono un maggiore impegno dei gruppi di cura ed un loro migliore lavoro volto alla soluzione dei bisogni del paziente e della famiglia. Riguardo tali problematiche, le famiglie il paziente o gli affidatari delle volontà del pte sentono come insufficienti o spesso assenti le informazioni sul processo di cura e sulle cure promulgate giorno per giorno ai loro cari in rianimazione. Affinchè il modello di cura centrato sul paziente sia realizzato completamente nelle ICU, i membri della famiglia ed i sostituti delle volontà del paziente devono diventare soci attivi nelle decisioni e nelle cure dei propri congiunti."

Queste sono le prime linee guida di riferimento pubblicate sul problema e che definiscono gli standard attraverso i quali incorporare i familiari nella definizione della cura e nelle cure dei pazienti in ICU, sviluppate in risposta alla richiesta dell' ACCM della società SCCM, nel tentativo di definire le migliori prove basate sull'evidenza nel supporto dei familiari e dei pazienti all'interno del modello da loro sviluppato di cura centrata sul paziente in ICU.

Per la sresure di tali linee guida, L' ACCM e lo SCCM hanno riunito un gruppo di esperti multidisciplinari (task force) nella pratica clinica dei pti critici, di cui fanno parte esperti di ICU dell'adulto, pediatriche e neonatali.

Dopo una ricerca nella biblioteche, Cinahl, MEDLINE e Cochrane degli articoli pubblicati fra il 1980 e 2003, sono stati trovati più di 300 studi di riferimento. Il livello di prova nella maggior parte dei casi era di Livello 4 o 5 Cochrane, e ciò indica l'esigenza di una ulteriore ricerca. Quando la prova non era disponibile o di basso livello, il consenso è stato derivato dal parere di esperti.

La ricerca ha incluso le decisioni terapeutiche , il family coping, lo stress del personale sanitario relativo alle interazioni con la famiglia, il supporto culturale, il supporto spirituale/religioso, le visite della famiglia, la presenza della famiglia durante il giro di visita, la presenza della famiglia durante le manovre di rianimazione, l'ambiente familiare della cura e le cure palliative. Ogni nuova guida di riferimento pubblicata per il supporto della famiglia nel modello "ICU Paziente-Centrata" è stata rivista dal gruppo dei relatori ed è stata dibattuta per raggiungere il consenso; quindi la bozza di documento è stata rivista da un comitato dell' ACCM, e sottoposta ad un successivo comitato di coordinamento per l'approvazione, infine risottoposta al vaglio del Consiglio della SCCM e il tutto è stato rivisto dai peer reviewer di Medscape.

In totale, 43 raccomandazioni sono state presentate, tra queste le più importanti sono:

-Approvazione di un modello comune di scambio per la condivisione della cura con familiari e paziente (o rappresentanti dello stesso) piuttosto che un approccio unilaterale clinico, scambio che potrebbe fare diminuire lo stress della famiglia ed aiutare le famiglie a fare fronte all' evento.

-Frequenti e ripetute comunicazioni ed incontri con le famiglie per ridurre lo sforzo della famiglia e per migliorare consistenza e sensibilità culturale della comunicazione, usando termini che la famiglia può capire. Una migliore comunicazione può anche incrementare l'uso di direttive avanzate.

-Onorare le richieste culturalmente appropriate con il massimo della verità possibile ed anche sugli aspetti del rifiuto informato.

-Supporto spirituale, incoraggiando e rispettando la preghiera ed l'aderenza alle tradizioni culturali, che aiutano molti pazienti e famiglie a fare fronte alla malattia, alla morte ed a morire. Oltre che il consiglio spirituale convenzionale svolto da un servizio di cappellani, i membri istruiti del personale delle ICU potrebbero contribuire ad assecondare quando possibile le tradizioni spirituali ed i bisogni culturali dei pazienti e delle famiglie.

-Formazione e linee di comportamento del personale per minimizzare l'effetto delle interazioni della famiglia sulla salute del personale.

-La presenza della famiglia ad entrambi sia la visita che le manovre di rianimazione, che potrebbe aiutare le famiglie a fare fronte alla morte della persona amata degente in ICU.

-Visite libere e flessibili.

- Atteggiamento responsabile sulle possibili soluzioni e approccio amichevole alle famiglie.

- Stanze di attesa vicine alle stanze pazienti e che includono amenità e gadgets.
- Supporto della famiglia prima, durante e dopo la morte.
- Management dei sintomi e partecipazione della famiglia ai processi palliativi di cura per migliorare lo sviluppo delle cure intensive.

"Includere ed abbracciare la famiglia come parte integrante del team multiprofessionale delle ICU sono parti essenziali per il ripristino temporaneo del riposo e della salute e per l'ottimizzazione del percorso del morente per i pazienti più critici, mentre il sostegno della salute psicologica e spirituale della famiglia è una componente essenziale di cura per una cura in TI centrata sul paziente critico."

Aspetti Specifici

- La famiglia è definita dai pazienti come individui che provvedono a supportarli e con la quale i pazienti hanno un rapporto significativo.
- Family coping: Il personale Multiprofessionale delle ICU dovrebbe ricevere corsi di Formazione per meglio affrontare i bisogni e lo stress che si sviluppano durante gli incontri con i familiari, e le famiglie dovrebbero essere consigliate nel fornire di tanto in tanto cure dirette ai pazienti come possibile, dopo informazioni ampie ed approfondite.
- Staff Stress: La squadra dovrebbe fare corsi di formazione per cercare di raggiungere i migliori risultati nel decomprimere lo stress ed il dolore di tutto il gruppo specie in presenza di fatti luttuosi anche se i risultati del loro sforzo riguardassero "la buona morte".
- Supporto culturale: Dove possibile, i sanitari dovrebbero essere aducati all'incontro delle diverse culture delle famiglie e dei pazienti. I Gruppi di Cura dovrebbero essere addestrati per fornire un approccio culturalmente competente, con l'indirizzo verso una comunicazione di verità, il rispetto delle norme culturali nel rispetto per le decisioni del paziente. Una frequente comunicazione tra lo staff di cura multiprofessionale il paziente e le famiglie è suggerita.
- Supporto spirituale e religioso: Lo staff dovrebbe rispondere regolarmente ai bisogni spirituali della famiglia e del paziente ed includere i cappellani e gli assistenti sociali nello staff. Se un paziente richiede che un sanitario preghi con lui o lei ed il sanitario ritiene ciò possibile allora la richiesta dovrebbe essere onorata.
- Visite della famiglia: le visite aperte sono consigliate; permettere la flessibilità delle stesse aiuta il benessere ed il miglioramento del paziente; Nel pre-visita la formazione a questo aspetto può essere fornita alle famiglie.
- Agli animali domestici che sono immunizzati correttamente dovrebbero essere permessi l'ingresso nelle ICU e le linee guida di riferimento dovrebbero essere implementate per la pet therapy.
- Ambiente dove staziona la famiglia del paziente: L'ambiente dovrebbe rispettare la riservatezza e per migliorare il supporto sociale si dovrebbero usare stanze singole, con illuminazione naturale e accesso al verde. L'individuazione dei sistemi migliori per lo stazionamento delle famiglie dovrebbe essere sviluppato per ridurre lo stress nell'ambiente.
- Presenza della famiglia alla visita e durante l'intervento rianimatorio: Alle famiglie dovrebbero essere date occasioni per assistere alle visite e fare le domande relative alla cura del paziente. Un processo strutturato (psicologo) dovrebbe essere implementato per sostenere i membri della famiglia dopo una rianimazione non risolutiva con morte del paziente. Permettere che le famiglie siano presenti durante la rianimazione può aiutarle a fare fronte alla morte della persona cara.
- Cura palliativa: Le valutazioni dovrebbero essere fatte facendo comprendere alle famiglie il programma di trattamento e di prognosi e la famiglia dovrebbe essere istruita circa i segni ed i sintomi sull'avvicinarsi della morte in un modo inerente allo sviluppo del processo e culturalmente loro adatto.
- Servizi di supporto psicologico al dolore dei familiari e dello staff dovrebbero essere resi disponibili dopo la morte di un paziente.

tratto da:

New Guidelines Issued for Family Support in Patient-Centered ICU

News Author: Laurie Barclay, MD

CME Author: Désirée Lie, MD, MSEd

Traduzione e riduzione libera a cura di Timeoutintensiva.it

L'articolo in inglese è rintracciabile all'indirizzo

<http://www.medscape.com/viewarticle/551738>

tratto dal numero **2**