

SAMW-Award COVID-19: Interprofessionalität

Interprofessionelles Unterstützungssystem von COVID-19 Patient*innen

Marianne Keller, Rita Müller, Salome Gmünder, Brigitta Hänni, Karin Michel, Spencer Rezek, Markus Hofer

1. Einleitung / Ausgangslage

Bekanntlich stellt die COVID-19 Pandemie das schweizerische Gesundheitssystem vor nicht vorhersehbare Herausforderungen. Das Kantonsspital Winterthur (KSW) bildete keine Ausnahme. Die 1. Welle war für alle Mitarbeitenden, von der Reinigungskraft über die Behandlungsteams bis zur Spitalleitung auf Grund der unklaren Situation sowohl emotional als auch physisch sehr belastend. Rasch wurde durch die Spitaldirektion ein interprofessionelles Pandemiemanagement mit Vertreter*innen der relevanten Bereiche inklusive Logistik eingerichtet. In einem täglichen Meeting wurden die Fragen rund um COVID-19 besprochen. Bereits im März 2020 wurde eine vom «Normalbetrieb» isolierte COVID-19 Station aufgebaut.

Die erste Welle flachte ab mit schneller Rückkehr zum Normalbetrieb, jedoch ohne die Pandemie aus den Augen zu verlieren. Beispielsweise wurde das «COVID-19 Langzeitkonzept» geschaffen, um bei einer allfälligen 2. Welle rasch reagieren zu können.

Ende September 2020 zeichnete sich der Beginn der 2. Welle ab. Innerhalb von drei Wochen verneunfachte sich die Hospitalisationsrate von COVID-19 Patient*innen auf 45 Eintritte pro Woche. Nicht nur war die Intensivstation vollbelegt, sondern auch auf der COVID-19 Station waren schwerstkranke Patient*innen hospitalisiert, welche eine intensivere respiratorische Unterstützung durch Highflow- und cPAP-Therapie und / oder palliative Betreuung erforderten. Die oftmals rasche respiratorische Erschöpfung der Patient*innen führte bei den Pflegefachpersonen als auch bei den involvierten Ärzt*innen und Physiotherapeut*innen zu einer erheblichen Belastungssituation. Bei den, damals meist älteren, um das Leben ringende Patient*innen musste frühzeitig der Intubationswille und die Behandlungsoptionen geklärt werden. Auf Grund des erheblichen Behandlungsaufwandes wurden Mitarbeitende aus bestehenden Teams herausgelöst, in das COVID-19 Team integriert, fachlich geschult und unterstützt. Hinzu kam bei einigen die Sorge, selbst zu erkranken oder Familienmitglieder anzustecken. Dies alles führte zu einer Situation der alltäglichen Überforderung, häufig einhergehend mit Schuldgefühlen, den professionellen Behandlungsstandards nicht mehr gerecht werden zu können. Schon früh weisen Hu et al. 2020 darauf hin, dass Mitarbeitende, die direkt mit COVID-19 Erkrankten in Kontakt stehen, speziell vulnerabel sind und oft mit ihren seelischen Nöten alleingelassen werden. Zurück bleiben Angst, Depressionen und Burnout (Hu et al. 2020).

Dementsprechend stellten sich bereits von Anfang an essenzielle Fragen der interprofessionellen Zusammenarbeit.

2. Fragestellung und Ziele

Entsprechend den obigen Ausführungen leitete sich zu Beginn der Pandemie eine Fragestellung ab, die sich mit dem Beginn der 2. Welle noch akzentuierte: «Wie können wir eine gute medizinische Behandlung und Begleitung im Krankheits- und Sterbeprozess aufrechterhalten, wie können wir in dieser Situation die Patient*innen und auch deren Angehörige mit in Entscheidungsfindungen einbinden und vor allem, wie kann das Behandlungsteam bei der zunehmenden Be- und Überlastungssituation unterstützt werden?» Um die Ziele, die mit der Fragestellung formuliert waren, zu erreichen, erwies sich die Unterstützung der Mitarbeitenden als essenziell. Es war zentral, dass diese nicht nur kurz- sondern auch langfristig motiviert blieben (und immer noch bleiben), die herausfordernde Arbeit zu leisten und dass sie dabei gesund bleiben.

3. Vorgehen

Entsprechend dem Verlauf der Pandemie, von initial viel «Unwissen» zu immer mehr Klarheit über das Virus und die Krankheit, wurde ein vernetztes, interprofessionelles Unterstützungssystem aufgebaut. Dieses Unterstützungssystem konzentrierte sich auf vier Bereiche: 1. Unterstützung des COVID-19 Behandlungsteams, 2. Unterstützung der Angehörigen der COVID-19 Patient*innen, 3. Unterstützung der Mitarbeitenden und 4. generelle Unterstützung bei ethischen Fragestellungen (siehe Tabelle 1).

Kennzeichnend und zentral für die Entwicklung dieses Unterstützungssystems war eine fortlaufende, sich ergänzende Interaktion der Auftraggeber (z.B. Spitalleitung hinsichtlich Entwicklung ethischer Leitlinien) und ad hoc gebildeter Unterstützungs-Gruppen (z.B. Unterstützung Angehörige, Schutz Mitarbeitende).

Die Unterstützung in Bezug auf die vier Zielgruppen, den involvierten Bereichen, wie unterstützt wurde und wer Initiant*in war, sind kursorisch in der Tabelle 1 zusammengefasst.

Tabelle 1: Vorgehen Unterstützungssystem

Zielgruppe	Involvierte Bereiche	Wie wurde unterstützt	Initiant*innen
COVID-19-Behandlungsteam	<ul style="list-style-type: none"> • (spezialisierte) Pflegefachpersonen • Atmungstherapeut*innen (Physiotherapie) • Ärzteschaft (Departement Medizin, Infektiologie, Pneumologie, Intensivstation, Palliativmedizin) • Sozialberatung 	<ul style="list-style-type: none"> • Tägliche interprofessionelle, interdisziplinäre Visite (Pflegefachpersonen, Physiotherapie, Ärzteschaft: Medizin, Pneumologie) • Täglicher interdisziplinärer Ärzt*innenrapport (Medizin, Infektiologie, Pneumologie, Ethik, Palliativmedizin) • Kurzweiterbildungen Pflegefachpersonen, Physiotherapie und Ärzt*innen • Unterstützung durch die Palliativmedizin und Ethik bei schwierigen Patient*innen-Entscheiden und Gesprächsführung • Klärung des Wunsches nach Intubation und Reanimation mit den betroffenen Personen anhand eines Gesprächsleitfadens: «Klären des Notfall- und Reanimationsstatus» 	<ul style="list-style-type: none"> • Interprofessionelles COVID-19-Behandlungsteam
Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegewissenschaft • Palliativmedizin • Mitglieder KkE (Kommission klinische Ethik) • Behandlungsteam 	<ul style="list-style-type: none"> • Angehörigen-Telefon • Begleitungen: "Würdevolles Sterben und Umgang mit Angehörigen", "Angehörige während der COVID-19 Pandemie", "Begleitung für Angehörige von kritisch kranken Menschen" 	<ul style="list-style-type: none"> • Ad hoc Gruppen (Kommission für klinische Ethik, KkE)
Mitarbeitende	<ul style="list-style-type: none"> • Debriefingteam Simulationszentrum • Psycholog*innen von anderen Fachbereichen • Seelsorge • Mitglieder KkE • HR Casemanagement • Externe Unterstützung (MOVIS) 	<ul style="list-style-type: none"> • regelmässiges Debriefing (Team, Einzelpersonen) • Sorgentelefon für MA (bedient von Psychologie, Seelsorge, Sozialberatung, Ethik) • 24h-Hotline für Mitarbeitende (extern) • HR (case management) 	<ul style="list-style-type: none"> • KkE (Arbeitsgruppe Schutz Mitarbeitende)
Ethische Fragestellungen Patient*innen / Angehörige und klinisch Tätige	<ul style="list-style-type: none"> • KkE und zusätzliche Fachpersonen aus den verschiedenen Bereichen 	<ul style="list-style-type: none"> • Leitlinien zu Behandlung von Patient*innen im Rahmen der COVID-19 Pandemie • Ethischer «Notfalldienst» • Ethische Fallbesprechungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Spitalleitung • KkE

4. Ergebnisse

Ganz generell lässt sich festhalten: Für alle vier betroffenen Gruppen galt das Ziel, auch in der Krisensituation eine optimale Betreuung aller Patient*innen zu gewährleisten. Dazu war die interprofessionelle Entscheidungsfindung auf allen Stufen zentral für die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses. Dies führte zu abgestimmten Massnahmen für die klinische und psychosoziale Unterstützung (entsprechend der SAMW-Charta 2.0 "Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen").

Diese interprofessionelle Zusammenarbeit wurde sowohl vom Pandemiemanagement, der Spitalleitung als auch der Spitaldirektion nicht nur unterstützt, sondern auch gefördert (Charta Punkt 9). Unabhängig vom «Auftraggeber» (top down oder bottom up) wurden die erarbeiteten Unterstützungsangebote regelmässig ins Pandemiemanagement kommuniziert.

Im Folgenden werden die Ergebnisse in Bezug auf die 4 Zielgruppen kurz zusammengefasst.

COVID-19-Behandlungsteam: Seit Pandemiebeginn wurde ein interdisziplinärer Ärzt*innen-Rapport auf der COVID-19-Abteilung implementiert. Mit zunehmend komplexeren Situationen wurde dieser durch die Palliativmedizin und Sozialberatung ergänzt. Auf der COVID-19-Abteilung bildete sich im Rahmen der herausfordernden respiratorischen Gegebenheiten ein interprofessionelles Behandlungsteam aus Pflegefachpersonen, Physiotherapeut*innen und Pneumolog*innen. Diese beiden Entwicklungen folgten einer logischen Notwendigkeit und entstanden aus Eigeninitiative der beteiligten Professionen. Die tägliche interprofessionelle Visite mit den beteiligten Pflegefachpersonen, Ärzt*innen und Atmungstherapeut*innen der Physiotherapie ermöglichte eine gemeinsame Entscheidungsfindung und das frühzeitige Erfassen kritischer Patient*innen (Charta Punkt 3). Zu Beginn der 2. Welle erforderten die respiratorisch kritischen Patient*innen, die eine erhöhte respiratorischen Unterstützung brauchten, eine «Kompetenzerweiterung», insbesondere der Pflegefachpersonen. Durch den raschen Anstieg der Patient*innen-Zahlen während der 2. Welle wurde klar, dass die ihre Rollen- / und Aufgabenbeschreibung präzisiert werden musste. (Charta Punkt 4).

Unterstützung der Angehörigen: Insbesondere die Entwicklung der Unterstützung von Angehörigen zeigt exemplarisch auf, wie in dieser Krisensituation das Unterstützungssystem unter verschiedenen Aspekten weiter ausgebaut wurde. Im Rahmen der bereits vor der Pandemie geplanten Überarbeitung der Richtlinie «Würdevolles Sterben» war eine entsprechende Bezugnahme zur aktuellen Situation gegeben. Dementsprechend wurde diese Richtlinie aus Eigeninitiative der Richtlinienverantwortlichen mit Zuzug einer interprofessionellen ad hoc Arbeitsgruppe überarbeitet und um das Thema der Angehörigenunterstützung erweitert. Ein Resultat dieser Arbeitsgruppe war die Einrichtung eines Angehörigen-Telefons. Entsprechend dem Punkt 1 der Charta konnten die Angehörigen im Rahmen ihrer Möglichkeiten somit partnerschaftlich eingebunden und die Pflegefachpersonen auf der COVID-19-Abteilung zeitlich entlastet werden. Damit konnten schwierige Intubations- und Reanimationsentscheide frühzeitig diskutiert und bei Bedarf die Palliativmedizin beratend zugezogen werden.

Unterstützung Mitarbeitende: In einem ersten Schritt wurden bei den Behandlungsteams Debriefings durch das Simulationsteam des Spitals durchgeführt. Diese führten zu einer merklichen Entlastung der Mitarbeitenden. Wichtig war die freiwillige Teilnahme. Zudem wurden bestehende persönliche Unterstützungsangebote des KSW transparent kommuniziert und es wurde zusätzlich eine 24h-Hotline mit psychologischer Unterstützung angeboten. - Der Unterstützungs-Bedarf war anfänglich hoch und nahm im Verlauf der 3. Welle stark ab.

Ethische Unterstützung: Für zeitnahe ethische Fallbesprechungen gab es den Notfalldienst. Zur Entscheidungsfindung in klinisch komplexen Situationen (Charta Punkt 3) diente die interprofessionell erarbeitete ethische Richtlinien «Behandlung von Patient*innen im Rahmen der COVID-19-Pandemie». Sie wurde im Auftrag der Spitalleitung und unter dem Lead der Kommission für klinische Ethik entwickelt.

5. Ausblick und Fazit

Das breite Unterstützungssystem für eine optimale Betreuung von COVID-19 Patient*innen konnte im Verlauf der 1. und 2. Welle adäquat und zielführend ausgebaut werden. Die Erfahrungen damit waren positiv. Während der 3. Welle zeigte sich ein deutlich «gelassenerer» Umgang mit dieser. Gemäss Aussagen des Behandlungsteams stieg die gegenseitige, interprofessionelle Wertschätzung, das Unsicherheits- und Belastungsgefühl reduzierte sich und durch das Unterstützungssystem fand während der 2. und 3. Welle eine generelle Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit statt. Die intensive Zusammenarbeit ermöglichte vielseitiges Lernen, sei es in Bezug auf kompetente Patient*innen-Betreuung, sei es im Umgang mit Angehörigen oder in Bezug auf einen wertschätzenden Umgang im Team. Dieses gemeinsame Lernen drückte sich in einer positiven Stimmung aus.

Im Moment (14.9.21) befindet sich die Schweiz und auch das KSW in der 4. Welle. Die Erfahrungen aus den drei vorherigen Wellen helfen sehr, diese 4. Welle in Angriff zu nehmen. Allerdings ist es denkbar, dass mögliche neue Herausforderungen nicht nur auf die direkt involvierten Behandlungsteams von COVID-19-Erkrankten, sondern auch auf alle im Gesundheitssystem Tätigen zukommen und sie existentiell belasten. Umso zentraler ist es, sich auf die ethischen Grundlagen unseres Handelns zu besinnen, so dass die interprofessionelle Zusammenarbeit und die adäquate Betreuung und Behandlung aller Patient*innen in einer Pandemie weiterhin schnell und gut gelingen können. Gerade in diesen Zeiten und entsprechend unseren Erfahrungen hat sich ein entscheidender Punkt herauskristallisiert: «Auch wenn äussere Bedingungen zu erheblichen «Einschränkungen» führen, kann und soll der maximale, erlaubte und sinnvolle Spielraum genutzt werden. Die Gestaltung des Spielraums im flexiblen interprofessionellen Zusammenspiel fördert konstruktive Lösungen mit niederschwellig umsetzbaren Massnahmen.

Anhang

Autor*innen

Marianne Keller, Projektmitarbeiterin, Pflegeentwicklung, Co-Leitung Kommission für klinische Ethik, Kantonsspital Winterthur

Rita Müller, Leiterin Pflege und Entwicklung, Pflegeentwicklung, Kantonsspital Winterthur

Salome Gmünder, Teamleiterin COVID-19 Station, Departement Medizin, Kantonsspital Winterthur

Brigitta Hänni, Abteilungsleiterin COVID-19 Station, Departement Medizin, Kantonsspital Winterthur

Karin Michel, Leiterin Zentrale Dienst, Department Medizin, Kantonsspital Winterthur

Spender Rezek, Klinischer Spezialist Physiotherapie, Fachteam Kardio-Respiratorisch, Kantonsspital Winterthur

Markus Hofer, Chefarzt klinische Ethik, Leitender Arzt Pneumologie, ärztliche Co-Leitung COVID-19 Station, Leiter Kommission für klinische Ethik, Kantonsspital Winterthur

Literatur

Hu D, Kong Y, Li W, Han Q, Zhang X, Zhu LX, Wan SW, Liu Z, Shen Q, Yang J, He HG, Zhu J. Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EclinicalMedicine*. 2020 Jun 27;24:100424. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100424. PMID: 32766539; PMCID: PMC7320259.