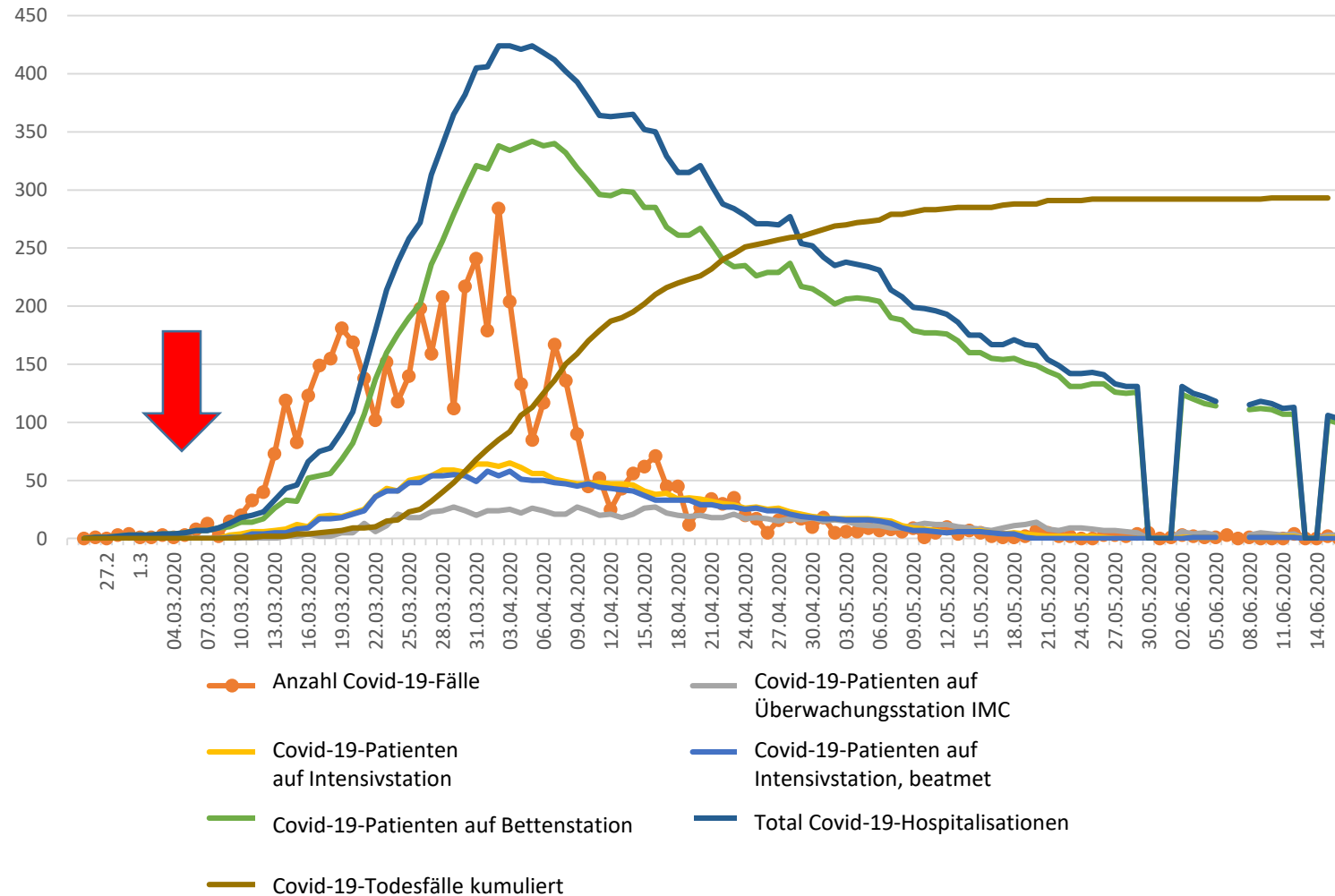


COVID-19-Pandemie: Was haben wir daraus gelernt?

Dr. med. Petra Vayne-Bossert, Leitende Ärztin
Leiterin Konsiliardienste Palliative Care
Palliativmedizin
Universitätsspital Genf HUG

Situation Universitätsspital Genf HUG: 1. Welle



Ab 13.03.2020



Drastische Beschleunigung der Fallzahlen

Eröffnung einer COVID-Station nach der anderen (rasches Leeren der Stationen)

Alles war neu

- das Virus (Übertragung – Schutz)
- die Krankheit (Symptome – Entwicklung)
- der Betrieb
- die Arbeit

Aber das Unbekannte

- stärkt die Zusammenarbeit
- fördert Innovation – senkt Barrieren, entfernt Hindernisse
- setzt Energie – Adrenalin frei

Einige Beispiele

Palliativstation «COVID-»

Konsiliardienste Palliative Care für Patientinnen und Patienten
«COVID-»

Zusammenarbeit mit
behandelnden Ärztinnen
und Ärzten - zuhause

Enge Zusammenarbeit mit Akutgeriatriestationen «COVID+»

«End-of-Life»-Betten auf Notfallstationen

Zusammenarbeit mit Intensivstationen

Zusammenarbeit mit Innerer Medizin

Verstärkung Konsiliardienste Palliative Care auf Akutgeriatriestationen COVID+

16.03.2020



Offenheit für enge Zusammenarbeit angesichts des Alters der Patientinnen und Patienten, ihrer Gebrechlichkeit und der hohen Sterblichkeitsrate

Palliative Betreuung war für diese Patientinnen und Patienten essenziell (\neq Option)

Besorgnis der Erstlinienmitarbeitenden über mögliche Vielzahl von Todesfällen, mit denen sie konfrontiert sein könnten

Verstärkung Konsiliardienste Palliative Care auf Akutgeriatriestationen COVID+

Auftrag



Ärztin/Arzt	Pflegefachperson	Psychologin/Psychologe
Telefon Mo-Fr 8.00- 18-00 Uhr ☎38571 24h/24 über Notfall ☎38645	Telefon Mo-Fr 8.00-18-00 Uhr <u>Ohne über medizinische Anfrage gehen zu müssen</u> ☎56204	Auftrag via Ärztin/Arzt und/oder Pflegefachperson der Konsiliardienste Palliative Care
Unterstützung des Teams in Bezug auf: <ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit Symptome • Umgang mit Angehörigen • Persönliches Erleben der Teammitglieder 	Unterstützung des Teams in Bezug auf: <ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit Symptomen • Umgang mit Angehörigen • Persönliches Erleben der Teammitglieder 	Unterstützung des Teams in Bezug auf persönliches Erleben, Krisensituationen, Umgang mit Angehörigen
Verfügbar für: <ul style="list-style-type: none"> • Familiengespräche über End-of-Life, palliativer Ansatz • Unterstützung/Begleitung in Agoniephase 	Verfügbar für: <ul style="list-style-type: none"> • Familiengespräche über End-of-Life • palliativer Ansatz • Unterstützung/Begleitung in Agoniephase 	Einzelgespräche nach Präsenztagen <ul style="list-style-type: none"> • Supervision in kleiner Gruppe für Pflegenden • Unterstützung der Angehörigen
Tägliche Teilnahme an Dienstbesprechung: <ul style="list-style-type: none"> • Lagebericht Vormittag nach Huddle und/oder Teambesprechung Je nachdem: auf Stationen im Verlauf des Tages	Täglich Teilnahme an Dienstbesprechung oder Huddle Austausch mit Pflegeteamleitung der Station und Pflegepersonal täglich <ul style="list-style-type: none"> • U14: 09.00 Uhr • U15: späterer Vormittag • U21: 09.00 Uhr • U23: 08.50 Uhr • U41: 08.50 Uhr • U43-44: 08.50 Uhr Je nachdem: auf Stationen im Verlauf des Tages	
Organisation der Gespräche zusammen mit Erstlinienteam	Organisation der Gespräche mit Erstlinienteam	
Atemprobleme Akute Atemnot Protokoll und Unterstützung <ul style="list-style-type: none"> • PSA ab Eintritt • palliative Sedierung 	Atemprobleme Akute Atemnot Protokoll und Unterstützung <ul style="list-style-type: none"> • PSA ab Eintritt • palliative Sedierung 	

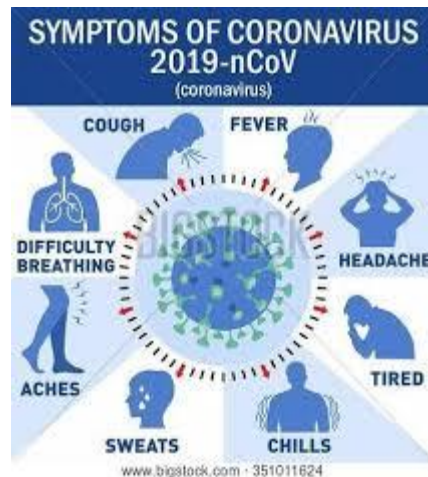
Verstärkung Konsiliardienste Palliative Care auf Akutgeriatriestationen COVID+

Organisation



Organisation	Vor der Pandemie	Während der Pandemie	Vorteile
	Intervention zweite Linie nur auf Anfrage	Physische Präsenz auf Station (Arzt/Ärztin und/oder Pflegefachperson täglich) Stationstour (Ärztinnen/Ärzte) ca. 11 Uhr nach Visite	Meldung der neuen Fälle Betreuung der Palliativpatienten Sofortige Palliativberatung Entscheid über Konsultation im Lauf des Tages (Organisation – Antizipation – frühe Palliativbetreuung) Direktunterricht Erstlinienärztinnen und –ärzte
	Intervention ausschliesslich von Erstlinienärztin/-arzt beantragt	Austausch mit Pflorgeteam, das uns direkt beiziehen konnte (ohne über Ärztinnen/Ärzte gehen zu müssen)	Reduktion der Fristen Pfleger werden bei Betreuung autonomer
	Keine Unterstützung des Personals	Unterstützung des Personals	Durch täglichen und direkten Kontakt Probleme beim Personal rascher entdecken

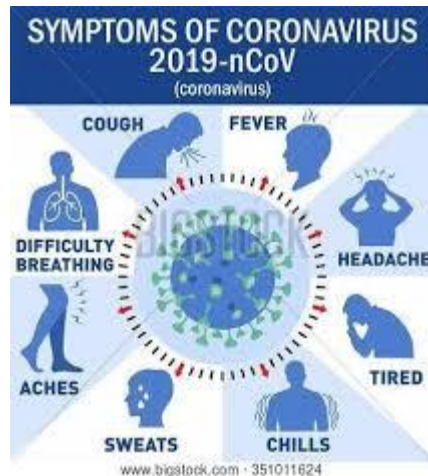
Verstärkung Konsiliardienste Palliative Care auf Akutgeriatriestationen COVID+



Palliative Care COVID-19 – Guidelines

Weitere Daten in Kürze – Analyse im Gang

Einige Ergebnisse



Wenige Patientinnen und Patienten berichteten über «Dyspnoe», trotz hoher Atemfrequenz und erhöhtem Sauerstoffbedarf

Morphin wurde oft und regelmässig verwendet, aber in niedrigen (geriatrischen) Dosen: 1-5 mg sc / 4 h.

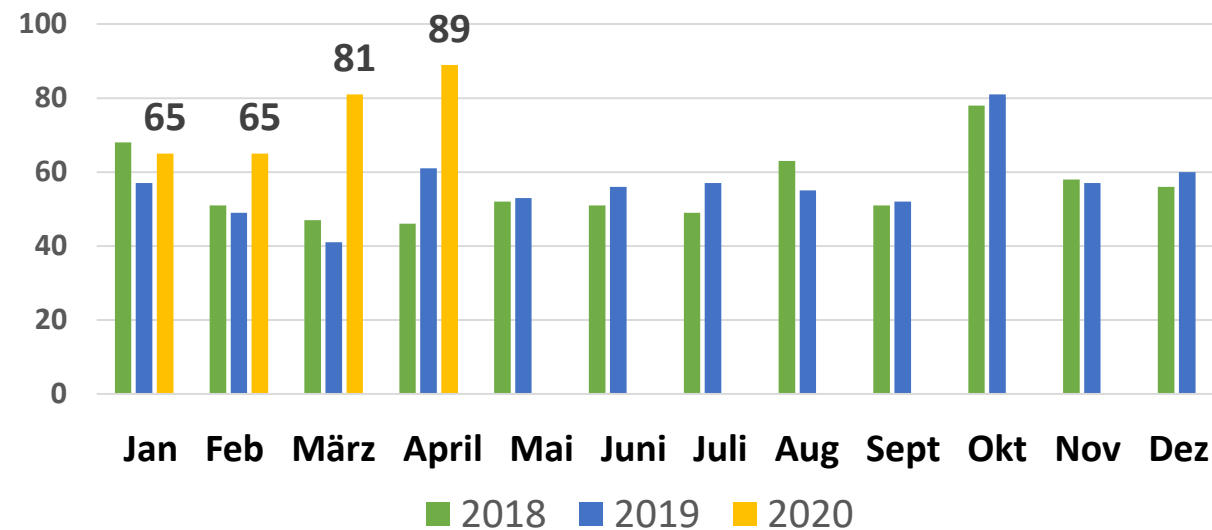
Sehr wenig palliative Sedierungen. Unsere Hypothese: mehr Sedierungen, wenn das Palliativ-Care-Team nicht einbezogen war

Weitere Daten in Kürze – Analyse im Gang

Einige Ergebnisse



Anzahl Konsiliardienste Palliative Care (CoSPa)
Standorte HB-3C und BI



Weitere Daten in Kürze – Analyse im Gang

Einige Ergebnisse



	überlebt	gestorben	
Ohne Palliative Care	128	20 (26 %)	148 (63 %)
Mit Palliative Care	32	56 (73 %)	88 (37 %)
			TOTAL 236

Weitere Daten in Kürze – Analyse im Gang

Zufriedenheit bei Erstlinienpersonal



Wirkung der engen Zusammenarbeit mit Palliative-Care-Team auf Akutgeriatriestationen COVID+

Rücklauf: 31 %

Frage 4 : Fanden Sie die Intervention der Konsiliardienste Palliative Care (CoSPa) auf Ihrer Station hilfreich bei der Betreuung von COVID-19-Patienten?

Extrem hilfreich	38,37 %
Sehr hilfreich	51,16 %
Ziemlich hilfreich	11,63 %
Nicht sehr hilfreich	0,00 %
Überhaupt nicht hilfreich	0,00 %

89,5 %

Lessons Learned – Allgemein



Palliative Care ≠ Option

Sich so gut wie möglich vorbereiten:

- Was sind die Mindestziele für Palliative Care (für COVID+- und für andere Patientinnen und Patienten ...)?
- Welche Mindestressourcen braucht Palliative Care, um diese Ziele zu erreichen?

Be active – proactive (NOT reactive)

Aktiv sein – proaktiv (NICHT reaktiv) -> Chancen nutzen

Lessons Learned – Patientinnen und Patienten/Angehörige



Antizipation ist der Schlüssel zu guter Palliative Care

Enge Zusammenarbeit mit Erster Linie (ohne sich aufzudrängen – ohne zurückzustehen)

Angehörige einbeziehen (Information - Besuche – Unterstützung – Gespräch)

Post-mortem-Phase: Bestattung - Rituale

Lessons Learned – für Pflegende



Ein Team bilden – gegenseitige Unterstützung

Eigene Grenzen setzen – Grenzen auch für andere setzen
-> Personalrotation

Offen bleiben für Veränderungen

Debriefing – Supervisionen ...



Mille mercis pour
vos dessins qui nous
réchauffent le cœur.

HUG Hôpital
Général de
Clermont
LEZARDIER, 63000 CLERMONT