



Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft
Association suisse pour les sciences infirmières
Swiss Association for Nursing Science



VFP/ASPI UPDATE

Herbstausgabe 2020



Berner
Fachhochschule



Management im Gesundheitswesen

Qualität, stetige Veränderung und ökonomisches Denken sind unerlässlich für die Unternehmensführung im Gesundheitswesen. Management in diesem Kontext heisst deshalb: einbeziehen, begleiten, wahrnehmen, reflektieren und Handlungen ableiten. Auf diese Kompetenzen setzen wir an der Berner Fachhochschule Gesundheit in folgenden Studiengängen:

- CAS Qualität in der Medizin für die patientennahe Arbeitspraxis
- CAS Changeprozesse im Gesundheitswesen facilitativ gestalten
- CAS Gesundheitsökonomie und Public Health
- Fachkurs Prozessgestaltung in Gesundheitsorganisationen mit Design Thinking
- Fachkurs Konzepte und Projekte erfolgreich und nachhaltig in die Praxis implementieren

Wollen Sie schnell und komprimiert grundlegende Managementtools und -techniken erlernen? Oder Ihr Wissen darin auffrischen? Dann empfehlen wir folgende Kurse:

- Kurs Budgetierung und finanzielle Führung in Gesundheitsorganisationen
- Kurs Personal im Gesundheitswesen führen, fordern und fördern
- Kurs Grundlagen der Unternehmens- und Betriebsführung in Gesundheitsorganisationen

+41 31 848 45 45
weiterbildung.gesundheit@bfh.ch

bfh.ch/weiterbildung/mental-health

Inhalt

| | |
|------------------|----------|
| Editorial | 4 |
|------------------|----------|

| | |
|----------------------------------|----------|
| Pflege in COVID-19-Zeiten | 5 |
|----------------------------------|----------|

| | |
|-----------------------|-----------|
| Dissertationen | 15 |
|-----------------------|-----------|

| | |
|-------------------------------|-----------|
| Eine AFG kommt zu Wort | 19 |
|-------------------------------|-----------|

| | |
|--|-----------|
| Aktuelles aus der Geschäftsstelle | 21 |
|--|-----------|

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| Drei Fragen – Drei Antworten | 22 |
|-------------------------------------|-----------|

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

Als die WHO das Jahr 2020 zum [«Jahr der Pflegefachpersonen und Hebammen»](#) proklamierte, konnte sich niemand vorstellen, was auf uns zukommen würde. Die SARS-Cov-2-Pandemie hat unser Leben auf den Kopf gestellt und eine grosse Gesundheitskrise ausgelöst, die die unverzichtbare Rolle der Pflegefachpersonen in unserem Gesundheitssystem und in der Gesellschaft deutlich gemacht hat. Wir haben darauf reagiert und unter oft sehr schwierigen Bedingungen die beste Versorgung an vorderster Front geleistet. Der Mangel an personellen und logistischen Ressourcen verschlimmerte das Leiden der Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner und auch ihrer Familien. Dies hat auch bei den Pflegenden viel Ärger verursacht. Auch wenn die Fähigkeit unseres Landes, mit der Krise fertig zu werden, beispielhaft war und hier hervorgehoben werden muss, müssen aus dieser Erfahrung bestimmte Lehren gezogen werden: Unabhängig vom gesundheitlichen Kontext müssen die menschlichen Beziehungen weiterhin im Mittelpunkt unseres Berufs stehen. Das Individuum und seine Familie müssen auch in diesen unsicheren Zeiten Partner sein. Unsere Stärke ist es, den Menschen als Ganzes zu betrachten, um eine qualitativ hochwertige Pflege zu gewährleisten. Wir müssen Pioniere bei der Entwicklung von Technologien sein, die es uns ermöglichen, diese Verbindung zwischen Pflegenden, Individuen und ihren Familien zu gewährleisten. In dieser Ausgabe finden



*Véronique de Goumoëns,
VFP-Vorstandsmitglied*

Sie Zeugnisse und Beispiele für Initiativen von Pflegeeinrichtungen in unserem Land. Hoffentlich wird dies die Pflegenden ermutigen, diese Entwicklung fortzusetzen und die Politikerinnen und Politiker wie auch die Bürgerinnen und Bürger für die essenzielle Rolle der Pflegenden in der Gesellschaft zu sensibilisieren!

Ich wünsche Ihnen eine gute Lektüre und einen guten Abschluss des Jahres der Pflegefachpersonen und Hebammen!

A handwritten signature in black ink, which appears to be 'V. de Goumoëns'.

Pflege in COVID-19-Zeiten

Im Folgenden berichten Pflegewissenschaftler/-innen exemplarisch über Praxiserfahrungen, Herausforderungen, Lösungen und Erkenntnisse während der ersten Welle der COVID-19-Pandemie in der Schweiz: In der psychiatrischen Versorgung, auf einer Intensivstation und in einem Tessiner Spital.

Erfahrungen aus der psychiatrischen Versorgung in der Zeit von COVID-19



Dr. Fritz Frauenfelder (PhD, MNSc, Executive MPA Uni Bern), Direktor Pflege, Therapien, Soziale Arbeit, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

+41 (0)44 384 25 67

fritz.frauenfelder@puk.zh.ch

<http://www.pukzh.ch>

Was hat eine vermeintliche Atemwegserkrankung, die sich epidemisch ausbreiten scheint, mit der Psychiatrie zu tun? Diese Frage stellten sich die Verantwortlichen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK) Anfang des Jahres. Vieles erschien unklar oder unvorstellbar. Es bestanden keine Erfahrungswerte im Zusammenhang mit der psychiatrischen Versorgung und einer somatisch bedingten Pandemie. Im Laufe der nächsten sechs Monate begannen sich Antworten auf diese Fragestellungen herauszubilden und, damit verbunden, neue Handlungs- und Entscheidungsfelder.

Der Pandemiestab

Bereits Ende Januar wurde durch die Geschäftsleitung ein interprofessioneller Pandemiestab zur Bewältigung der sich abzeichnenden Herausforderungen installiert. Der Stab umfasste sieben Schlüsselpersonen mit weitreichenden Entscheidungskompetenzen aus den Bereichen Pflege, ärztlich-psychiatrische und ärztlich-somatische Versorgung, Finanzen, Logistik, Kommunikation sowie Unternehmensentwicklung. Für die Bewältigung der anfallenden administrativen Tätigkeiten wurde dem Pandemiestab ein eigenständiges Sekretariat zugesprochen. Die Arbeit des Pandemiestabes bestand anfänglich in einer beratenden Funktion der Geschäftsleitung. Die Entwicklungen im Zusammenhang mit der Krankheit wurden sowohl im internationalen, wie auch im nationalen und kanto-

nalen Kontext beobachtet und interpretiert. Es wurden erste Schritte für die Sicherstellung der psychiatrischen Versorgung eingeleitet. Mit der Zuspitzung der Situation in Europa und der Schweiz erhielt der Pandemiestab eine generelle Weisungs- und Entscheidungskompetenz zugesprochen. Die akute Pandemiegefahr erforderte schnelle, der Situation angepasste Entscheidungen, die anhand einer stringenten und konsistenten Kommunikation zeitnah umgesetzt werden mussten.

Krisenorganisation

In der Folge organisierte sich der Pandemiestab als Führungs- und Entscheidungsgremium für die Bewältigung der eingetroffenen, sich laufend ändernden Krisensituation. Die Grundlage bildete ein intensiver Informationsaustausch mit der Geschäftsleitung und den verschiedenen Direktorien der PUK. Im Weiteren wurde eine weiterreichende Krisenorganisation mit verschiedenen Substäben und Arbeitsgruppen installiert. Dabei erwiesen sich die Materialbeschaffung und -bewirtschaftung, die Medikamentenversorgung sowie das Personalmanagement und die Vernetzung mit anderen Kliniken und Institutionen als zentrale Themengebiete. Schon zu Beginn wurde für die Betreuung von Mitarbeitenden und Angehörigen eine spezifische Care-Organisation mit einem eigens dafür konzipierten Besucherzentrum eingerichtet. Dazu wurde die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden der kirchlichen Seelsorge intensiviert und ausgebaut.

Psychiatrische Versorgung

Im Zentrum stand immer die Gewährleistung einer bestmöglichen psychiatrischen Versorgung von Menschen. In der Pandemie musste dies unter flächendeckenden Schutzmassnahmen geschehen. So wurden Isolationsbereiche für die Behandlung von COVID-19 infizierten Patientinnen und Patienten geschaffen. Ebenso mussten besonders vulnerable Personengruppen durch protektive Massnahmen geschützt werden. Dazu gehörten insbesondere Patientinnen und Patienten in der Klinik für Alterspsychiatrie und der Klinik für Forensische Psychiatrie, Menschen mit einer Immunsuppression oder auch mit einer schweren, chronifizierten Suchterkrankung. Innert kürzester Zeit mussten adressatengerechte Schulungen zu Hygienemassnahmen und der Handhabung von Schutzausrüstungen für eine grosse Anzahl von Mitarbeitenden geschaffen und umgesetzt werden. Dabei wurden Instruktionssequenzen sowohl in Kleingruppen, als auch über Videoaufnahmen durchgeführt. Die Versorgungsbereiche mit Isolationspflicht wurden laufend durch spezifische Fachpersonen im Zusammenhang mit Hygiene- und Schutzmassnahmen begleitet.

Die Situation erforderte die Erarbeitung einer Vielzahl von Konzepten und Regelungen, um den Alltag in der PUK unter COVID-19 aufrecht zu erhalten und das Risiko einer Ansteckung auf ein Minimum zu reduzieren. Sie entsprachen in der Regel einem eskalierenden Verlauf und waren mit Kriterien versehen, die im Bedarfsfall Entscheidungsprozesse vereinfachen und beschleunigen sollten. So musste mit zu-

nehmender Pandemiegefahr der Personenverkehr in der Institution kanalisiert und an den Eingängen kontrolliert werden. Es wurde eine generelle Maskenpflicht eingeführt. Unüblich für die Psychiatrie mussten die Mitarbeitenden mit direktem Kontakt zu Patientinnen und Patienten in Arbeitskleidern ihren Tätigkeiten nachgehen. Verschiedenste Behandlungsprozesse und Versorgungsabläufe mussten neu gestaltet werden. Besonders betroffenen davon waren Gruppen- oder auch Expositionstherapien, die nicht mehr im gewohnten Masse durchgeführt werden konnten. Ebenfalls wurden Arbeitszeitmodelle vorbereitet und zum Teil auch umgesetzt, um die psychiatrische Versorgung inklusive Aufnahmepflicht während der Pandemie gewährleisten zu können. Die verstärkte Umsetzung des Home Office bei Mitarbeitenden ohne direkten Patientenkontakt erforderte eine verstärkte Auseinandersetzung mit Kommunikations- und Führungsgegebenheiten. Auch in der PUK erfolgte somit ein Digitalisierungsschub, um über die Distanz zu kommunizieren und zu arbeiten. In diesem Zusammenhang wurden die therapeutischen Angebote im ambulanten Bereich erheblich ausgebaut und gefördert.

Aktuelle Situation

Im Laufe der Zeit wurden in den verschiedenen Bereichen der PUK spezifische Behandlungs- und Therapiekonzepte sowie weitere unterstützende Schutzkonzepte erarbeitet, um die psychiatrische Versorgung auch in der Krisensituation aufrecht zu halten. Aufgrund des Pandemieverlaufs im Kanton Zürich kam vorerst nur ein Teil der Konzepte zur Umsetzung. Nach der Aufhe-

bung des Ausnahmezustandes wurde der grösste Teil der getroffenen Massnahmen rückgängig gemacht. Die Geschäftsleitung übernahm wieder die Führungshoheit im Betrieb und der Pandemiestab arbeitet nun bis auf Weiteres in einer beobachtenden, beratenden Funktion, wie zu Beginn der Krise. Auch wenn es scheint, dass die Auswirkungen der Pandemie im Wirkungsbereich der PUK glimpflich waren, brachte das vergangene halbe Jahr zentrale Fragestellungen und Handlungsfelder zum Vorschein. Ausserordentliche Situationen mit einem erheblichen Gefährdungscharakter für die Menschen, die psychiatrische Versorgung und die Institution erfordern eine angepasste Organisations- und Entscheidungsstruktur, eine spezifische Kommunikation und weitere Handlungsmassnahmen, um für alle Beteiligten Orientierung und Sicherheit gewährleisten zu können.

Ein Rückblick auf die erste «Welle» der COVID-19 Pandemie und die damit verbundenen Herausforderungen auf einer Intensivstation aus dem Blickwinkel von Pflegeexperten MScN



Lukas Weibel (MScN), Pflegeexperte APN, Intensivstation Universitätsspital Basel, Co-Präsident AFG Kardiovaskuläre Pflege, lukas.Weibel@usb.ch



Ursi Barandun Schäfer (MScN), Bereichsfachverantwortliche Pflege Medizinische Querschnittsfunktionen und Pflegeexpertin Intensivstation Universitätsspital Basel, ursi.barandunschaefer@usb.ch

Per 1. April 2019 fusionierten die beiden Intensivstationen am Universitätsspital (USB). Die Hauptaufgabe von uns Pflegeexperten MScN ist die Unterstützung der Patientinnen¹, ihrer Angehörigen und des Teams zur Förderung einer personenzentrierten und evidenzbasierten Betreuung sowie der Kompetenz der Pflegefachpersonen (McCormack, Manley, & Titchen, 2013; Frei, Massarotto, Helberg, & Barandun Schäfer, 2012). Seither führen wir zudem unzählige Richtlinien und Konzepte zusammen. Es braucht Zeit, bis die neuen Strukturen und Prozesse etabliert sind und sich alle daran gewöhnen. Wir sind auf gutem Weg, als uns am 31. Dezember 2019 erste Meldungen über eine mysteriöse Lungenerkrankung in China erreichen. China ist weit weg. Wir fokussieren uns auf unsere lokalen Herausforderungen. 23. Januar 2020: Die chinesischen Behörden riegeln die Elf-Millionen-Metropole Wuhan ab. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) äussert sich «eher beunruhigt» über die Entwicklung. Am 25. Februar wird im Kanton Tessin ein 70-jähriger Mann positiv auf SARS-CoV-2 (kurz: COVID-19) getestet. Wir sehen die Bilder aus China von überfüllten Spitälern, und dass die Situation in Norditalien eskaliert.

Am USB steuert eine Task Force aus Führungspersonen aus Ärzteschaft, Pflege, Personalabteilung und Logistik das Vorgehen. Innert kürzester Zeit liegt ein COVID-19 Handbuch vor. Unsere Intensivstation soll im «Worst Case» von 42 auf 80 Betten auf-

¹ Im Sinne der besseren Lesbarkeit verwenden wir abwechslungsweise die weibliche und die männliche Form. Die anderen Geschlechter sind jeweils mitgemeint.

stocken. Die vier Einheiten würden nacheinander für COVID-19 Patienten freigeräumt. Einheit A wird provisorisch für COVID-19 Isolationen umgebaut. Am 8. März kommt der erste Betroffene. Die Pandemie ist angekommen. Das Team macht sich Sorgen. Wie sicher ist die Schutzkleidung? Wie hoch das Risiko, sich selbst oder seine Familie anzustecken? Behandlungsansätze werden kritisch hinterfragt: Setzen wir trotz Aerosolbildung High-Flow Beatmung ein? Wir wissen noch so wenig. Unsicherheit und Angst entstehen. Wie viele Menschen werden bei uns sterben? Wird es auch Ärztinnen und Pflegenden treffen?

Bauchlage während mindestens 16 Stunden zeichnet sich als effektive Therapie ab (Kluge et al., 2020). Die grossen Positionswechsel in die Bauchlage und wieder zurück erfordern vier bis fünf Mitarbeitende. Bis anhin nur vereinzelt eingesetzt, bereiten wir uns darauf vor, das auch bei mehreren Patienten gleichzeitig tun zu können. Wir stellen ein Bauchlagerungsteam zusammen aus Mitarbeitenden der Physiotherapie und der Lagerungspflege aus dem Operationssaal, geleitet von Intensivpflegenden mit vertiefter Ausbildung in Kinaesthetics (Wesch et al., 2020).

Erstaunt erleben wir, dass Bestellungen über die Kostenstelle COVID-19 kein zeitraubendes Verfahren erfordern. Beatmungsgeräte, Lagerungsmaterialien, Isolationsmaterialien sind über Nacht ausreichend vorhanden. Beatmungsgeräte lassen sich anscheinend problemlos beschaffen. Was uns Sorgen bereitet ist, dass das nicht auch für das benötigte Personal gilt. Was passiert, wenn es schlimmer wird?

Bald ist Einheit A mit zwölf schwerstkranken COVID-19-Patienten belegt. In den Patientenzimmern arbeiten sechs Intensivpflegende – unter normalen Umständen üblich wäre 1:1 Betreuung. Wir machen uns Sorgen, wie wir unter diesen Bedingungen eine sichere Betreuung gewährleisten können. Wir müssen Abstriche machen. Gleichzeitig klatscht die Bevölkerung für die «Helden in Weiss». Ein eigenartiges Gefühl. Intensivstationen und Intensivpflegende sind oft Themen in den Medien.

In kürzester Zeit entwickeln wir ein Delegationsmodell, um die Kolleginnen von Anästhesie und anderen Kliniken effektiv einzusetzen. Primär versorgen sie die Pflegenden in den Zimmern mit Material. Bei steigenden Fallzahlen helfen sie auch in den Zimmern. Ihre Solidarität zu erleben, motiviert uns. Allerdings müssen wir die stationsfremden Pflegenden mit den Aufgaben vertraut machen und auch unserem Team das Delegationsmodell erläutern. Dessen Logik: Die Intensivpflegende behält den Überblick über zwei (im «Worst Case» auch drei oder vier) Patientinnen, kennt alle relevanten Daten, bespricht sich mit den Ärzten, somit trägt sie die Verantwortung. Um das leisten zu können, delegiert sie möglichst viele Massnahmen an die Unterstützungsperson. Kurz: Funktionelle Pflege anstelle personenzentrierter Versorgung (Manley & McCormack, 2016). Die Arbeitsteilung widerstrebt uns. Als die Einheit A an ihre Grenzen stösst, reduziert der interne Krisenstab die Belegung auf zehn Patienten und öffnet eine zweite Einheit für COVID-19 Patienten. Pflege und Behandlung sind nun wieder besser möglich.

Die Kaderärzte erarbeiten innert Kürze ein umfassendes Behandlungskonzept und passen es laufend an. Auch das COVID-19 Handbuch des Spitals wird zeitweise sogar täglich aktualisiert. Es ist schwierig, die Zeit zu finden, um alles Neue zur Kenntnis zu nehmen.

Die Taskforce USB beschliesst ein nahezu absolutes Besuchsverbot. Um zu verhindern, dass sich Patientinnen und deren Angehörige allein gelassen fühlen, informieren wir die Angehörigen zum Teil mehrmals täglich telefonisch, wenn möglich richten wir Videotelefonate ein. Wir verschicken eine angepasste Version der Informationsbroschüre per E-Mail. Wir prüfen sorgfältig, wann wir Ausnahmen bewilligen.

Die Führungsverantwortlichen der Intensiv schicken allen Mitarbeitenden mehrmals pro Woche einen COVID-19 Newsletter per E-Mail, so konnte sich, wer wollte, zu Hau-

se orientieren, was sie erwartet. Ebenso machen sie bei Schichtwechsel Info- und Fragerunden – auch zu den oft wechselnden Bestimmungen für die Grenzgänger.

Nach 8.4 Stunden im Einsatz in den COVID-19-Zimmern sind die Pflegenden erschöpft. Das Tragen der Schutzkleidung und die generelle Verunsicherung hinterlassen Spuren. Wir sind froh, dass sich unser Spital anders als in anderen Häusern weder 12 Stundenschichten noch Ferienstopp verordnet hat.

Der weitere Verlauf der ersten COVID-19 Welle ist bekannt. Die vom Bund getroffenen Massnahmen wirk(t)en. Die Fallzahlen nahmen ab. Während wir diesen Bericht schreiben, steigen sie wieder an. Es kommen wieder COVID-19 Patienten und solche mit Verdacht zu uns. COVID-19 wird uns noch längere Zeit beschäftigen.

Zwischenbilanz und Ausblick

- Spital und Intensivstation haben sich rasch an die speziellen Herausforderungen angepasst. Die Zusammenarbeit von Führungsverantwortlichen und Fachführenden über Berufsgrenzen hinweg war meistens sehr gut. Wir wünschen uns, dass das positiv nachwirkt.
- Die Führungsverantwortlichen Pflege haben zusammen mit der Personalabteilung die Personaleinsätze und das Material organisiert. Wir Pflegeexperten haben die Konzepte für die Delegation und das Bauchlagerungsteam sowie für die Kommunikation mit den Angehörigen geschrieben, das stationsfremde Personal eingearbeitet sowie das Team bei der Umsetzung dieser Konzepte und den Pflegemassnahmen unterstützt.
- Die meisten unserer Patientinnen erholten sich massgeblich, einzelne starben. Allerdings war bei einigen zum Zeitpunkt der Verlegung in eine Rehabilitationsklinik unklar, ob und wie weit sie sich erholen und ein selbständiges Leben führen können.

- Wir erhielten Ressourcen, die Anderen nicht zur Verfügung standen, z.B. Schutzkleidung. Aber auch wir haben offene Stellen für Pflegefachpersonen.
- Die Schutzmassnahmen haben sich als ausreichend erwiesen. Die im USB erkrankten Mitarbeitenden haben sich mit wenigen Ausnahmen ausserhalb des Spitals angesteckt – eine wichtige Erfahrung für den Fall einer etwaigen zweiten Welle.
- Die SAMW erarbeitete schnell die Richtlinie «Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit» (SAMW, 2020). Wir sind sehr froh, dass diese aussergewöhnliche Triagierung nicht zum Einsatz kommen musste. Teams in anderen Ländern mussten Patienten abweisen und müssen nun damit leben.
- Pflegende und Ärzte belastet es sehr, Patienten nicht in üblicher Qualität betreuen zu können. Wir fragen uns, ob unsere Ängste vor und während der ersten Welle ein Vorge-schmack darauf sind, wie es durch den zunehmenden Pflegenotstand kommen könnte – unabhängig von der Pandemie?
- Was uns persönlich auffällt, ist der sprachliche Umgang mit der Ausnahmesituation. Es war die Rede von «Morgen explodiert die Situation», «in zwei Wochen sieht es bei uns aus wie in Italien», « ... werden wir überschwemmt von Patienten». Diese Formulierungen verunsichern und machen Angst. Wie kommt es dazu? Sensationslust oder die Unterstellung, wir wären nicht bereit? Wir sollten unsere Sprache bei einer etwaigen zweiten Welle bewusster wählen. Angst ist ein schlechter Begleiter in diesen anspruchsvollen Zeiten.

Literatur

- Frei, A. I., Massarotto, P., Helberg, D., & Barandun Schäfer, U. (2012). Praxisentwicklung im Trend der Zeit, *PADUA*, 7 (3), 110 -115.
- Kluge, S., Janssens, U., Welte, T., Weber-Carstens, S., Marx, G., & Karagiannidis, C. (2020). Empfehlungen zur intensivmedizinischen Therapie von Patienten mit COVID-19. *Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 2020:1-3.
- McCormack, B., Manley, K., & Titchen, A. (2013). *Practice Development in Nursing and Healthcare*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- McCormack, B. & McCance, T. (2016). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Wesch, C., Barandun Schäfer, U., Hübsch, S., Weibel, L., Estermann, A., & Tuchscherer, D. (2020). Interprofessionelles Team für Bauchlage unter Pandemiebedingungen. *Pflegeintensiv*, 17(3), 4-10.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (2020). *Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit. Ergänzung der Richtlinie Intensivmedizinische Massnahmen (2013)*. Retrieved 01.10.2020 from <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>.
- Bebilderte Berichte unseres COVID-19 Alltags am Universitätsspital Basel: <https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/coronavirus/fotoreportage-die-arbeit-auf-einer-corona-station-16874988.html> <https://www.nzz.ch/schweiz/corona-krise-einzigartige-bilder-aus-der-intensivstation-ld.1565681?reduced=true>
- Bericht von Pflegeexpertinnen der Intensivstation am Stadtspital Triemli in Zürich: <https://www.tagesanzeiger.ch/sie-holten-die-menschen-zurueck-ins-leben-710881199298>

The treatment of COVID-19 patients in Ticino: the experience of Ente Ospedaliero Cantonale nurses



Annette Biegger (RN, BScN, MScN, MAS),
Chief Nursing Executive EOC
(Ente Ospedaliero Cantonale),
annette.biegger@eoc.ch



Cristina De Barros Lima (RN, BScN, cand.
MScN), Clinical Nurse Specialist ODL
(Ospedale la Carità Locarno),
cristina.debarroslima@eoc.ch



Sara Piattini (RN, MAS, cand. MScN),
Clinical Nurse Specialist EOC
(Ente Ospedaliero Cantonale),
sara.piattini@eoc.ch



Alessia Sartorio (RN, Cand. MScN),
Clinical Nurse Specialist ORL
(Ospedale Regionale di Lugano),
alessia.sartorio@eoc.ch

The Cantonal Hospital of Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) is a multi-site hospital provided with seven acute and one rehabilitation facilities. It offers patients a global coverage for the entire Ticino territory, also guaranteeing specialist services. It thus represents a paramount point of reference for the inhabitants of the canton, as pa-

tients can be treated in hospital near their home (EOC, 2019).

In Ticino the first case of COVID-19 was announced on 25 February 2020. Beforehand, a central EOC crisis unit was set up to carry out daily meetings and decisions were taken with the aim of conducting clinical,

logistical and organizational activities to face the imminent pandemic and to ensure adequate assistance to the patient (EOC, 2020).

The EOC also collaborated closely with the Cantonal Department of Health and Social Affairs (DSS- Dipartimento Sanità e Socialità) and with the local hospital crisis units. It also observed the epidemiological trend of nearby Lombardy. By the 27th August, there were 3 531 confirmed cases in Ticino, with 350 deaths and 926 patients dismissed from hospitals (DSS, 2020).

At the beginning of March, it was decided to transfer all COVID-19 patients from the canton to La Carità Hospital in Locarno, the most suitable place for its location and for the possibility of expanding intensive care medicine. The multi-site organization made it possible to relocate non-COVID-19 patients to the other EOC facilities in order to allow and guarantee continuity of treatment, while limiting the risks of contagion. In just a few days, both the organisation and the layout of the hospital changed completely: it increased from 8 places in intensive care to a total of 45 beds in the wards. Thanks to the collaboration at all levels, human and material resources were moved to guarantee patient treatment. Teamwork collaboration was fundamentally important, not only for the patient care aspects but also for setting up the entire structure. The leadership implemented has fostered a cohesive environment, focused on the achievement of common goals and for the treatment of patients affected by COVID-19.

Within the EOC, it was necessary to establish a communication flow that would allow the appropriate relaying of information at all levels. In the care departments, this passage of information was guaranteed by an interprofessional group that informed its staff after each daily meeting, during the “Huddle”.

COVID-19 (SARS-Cov-2) proved to be a systemic pathology and not only a respiratory one: thus determine clinical complexity, which required global assessments (Shub, 2020).

Nurses of all specialities and areas had to mobilize their knowledge to face this new pathology. Many concepts had been learned from neighbouring contexts such as Italy or other countries that had previously experienced the pandemic.

It became necessary to increase the number of nurses and set up new teams to ensure nursing care. Thanks to the technical and professional skills of each nurse, the patients were cured in the best possible way and clinical complications were dealt with quickly and appropriately. This aspect favoured the maturation of clinical expertise, also through interprofessional micro training. Several nurse students were also involved in the COVID-19 patients’ treatment and worked to support the various teams on spot. They demonstrated enormous courage and professionalism in learning and being part of a unique and complex situation.

Clinical nursing practice grew like never before, highlighting the importance of the

professional role in the healthcare system. In honour of the nurses and midwives international year, celebrating the 200th birthday of Florence Nightingale - the founding mother of nursing profession (WHO, 2020) – it is even more evident how much nowadays the community has recognized nurses as fundamental to fight the pandemic.

During the pandemic, external visits were completely suspended and the nursing staff became the reference point for patients and families who were asking for news from the outside. The introduction of new technologies also proved to be a winning weapon to cope with patient's loneliness and physical distance. The use of video calls facilitated communication with the outside world. The front-line staff faced death in several cases, making the work very intense not only from a physical but also from an emotional point of view.

For this reason, the management of the Locarno hospital implemented the “Sostare” project, with the aim of taking care of the nursing staff, offering various services such as a beautician, a hairdresser, an osteopath, an acupuncturist and a psychologist. The project had a strong adherence proving to be a resource to deal with critical moments by implementing Swanson's caring theory (1991) which clarifies how important it is to take care of colleagues (mentioned in Masters, 2015). The pandemic situation can be summed up with the word resilience or “from difficulty to opportunity” so as to highlight the ability to transform a complex and completely new situation into an opportunity for personal growth and skills development.

The mobilization of collaborators developed several aspects like mutual knowledge, support, solidarity and teamwork. Everyone brought their knowledge, professionalism and humanity to the patient's bedside, fostering the patient's and colleague's well-being.

To assess the professional impact and how nurses experienced the COVID-19 pandemic, the EOC Nursing Research Competence Centre is conducting research about resilience levels, moral distress and other possible consequences.

In conclusion, the pandemic was certainly an experience that will remain in the history of humanity but also in the history of our profession, helping us to be ready to deal with future emergencies and at the same time to be more aware of our qualification, making us proud to be carers.

References

- Dipartimento Socialità e Sanità (2020). *Situazione epidemiologica in Ticino*. Retrieved 27.08.20 from <https://www4.ti.ch/dss/dsp/covid19/home/>.
- Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) (2019). *Ospedale e Istituti – Ente Ospedaliero Cantonale*. Retrieved 17.07.2020 from <https://www.eoc.ch/Ospedali-e-Istituti.html>.
- Ente Ospedaliero Cantonale (EOC). (2020). Cellula di crisi Direzione Generale EOC epidemia SARS-CoV 2. Retrieved 17.07.2020 from: Documento interno EOC.
- Masters, K. (2015). *Nursing theories. A framework for professional practice (2nd edition)*. Burlington: Jones and Barlett Learning.
- Schub, T., BS. (2020). COVID-19 Coronavirus. CINAHL Nursing Guide. Nursing Reference Center Plus.
- WHO (2020). *Year of the Nurse and the Midwife 2020*. Retrieved 22.07.20 from <https://www.who.int/campaigns/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020>.

Mobilitätsfördernde Pflege in der Neurorehabilitation



Susanne Suter-Riederer (Ph.D., MSc ZFH, RN), Universität Witten/Herdecke
Bahnhofstrasse 32a
7310 Bad Ragaz
+41 79 542 37 26
susanne.suter-riederer@apnurse.ch

Hintergrund

Das Fördern der Mobilität in der neurologischen Pflege ist deshalb so wichtig, weil Patient/-innen häufig mit Mobilitätseinschränkungen umzugehen lernen. Somit ist die mobilitätsfördernde Pflege ein zentraler Aspekt in der neurologischen Rehabilitationspflege. Das Konzept der Kinästhetik zur Förderung der Bewegungskompetenz

hat sich in den 60er Jahren in der Neurorehabilitation vor allem durch den Fokus auf die eigene Bewegung der Pflegenden und die Alltagsbewältigung der Patient/-innen etabliert.

Auf dem Verständnis der eigenen Bewegungskompetenz aufbauend, entwickelten Pflegefachpersonen die Mobilitätsfördernde Pflegeintervention (MFP). Bei dieser Intervention werden Patient/-innen während ihres Rehabilitationsaufenthaltes auf ein Matratzenlager auf dem Boden gepflegt. Durch die täglichen, mehrmaligen Mobilisationen vom Boden hoch und runter, wird das zirkuläre und differenzierte Zusammenspiel von Wahrnehmungs-, Nerven- und Bewegungssystem der Patient/-innen gefördert. Eine Personenzentrierte Haltung und ein suchendes Handeln der Pflegefachpersonen unterstützen diesen Prozess.

Ein differenziertes und individuelles Bewegungsangebot der Pflegefachpersonen ermöglicht Patient/-innen, ihren Körper wahrzunehmen und eine viable Bewegungsfähigkeit zu erlangen.

Methoden

Ziel der Dissertation war es, die Wirksamkeit der Intervention in einer randomisiert kontrollierten Studie (3) zu testen, Rollen und Aufgaben von Pflegefachpersonen in der Neurorehabilitation im Rahmen einer Delphi Studie (2) darzulegen und das Erleben der Patient/-innen während

der Intervention mittels interpretierender Phänomenologie (4) zu untersuchen und beschreiben. Vorangestellt wurde eine systematische Literaturreview (1).

Resultate zu Literaturreview, Delphi-Studie, RCT und phänomenologischer Untersuchung

Zusammenfassend lässt sich festhalten:

1) Bewegungsfördernde Interventionen in der Neurorehabilitation finden meist in einem künstlichen Setting statt und die Nachhaltigkeit im Alltag ist unklar; 2) Pflegeexpert/-innen (n=54) verstehen ihre Kernaufgabe in der Wahrnehmung der Einzigartigkeit der Betroffenen und in der individuellen Unterstützung von Patient/-innen und deren Familien; 3) Die MFP verbessert Funktionsfähigkeit und Lebensqualität der Patient/-innen mit Stroke und Multiple Sklerose (n=140) und vermindert das poststationäre Versorgungsrisiko signifikant. 4) Patient/-innen (n=61) erleben die MFP als einen individuellen Prozess mit dem Ziel, Normalität zu erlangen indem sie beispielsweise den Körper trainieren, gemeinsam mit Pflegenden neue Bewegungsfähigkeiten entdecken, oder einen Ort des Rückzugs und der Entspannung kreieren.

Schlussfolgerung

Um im Alltag die Bewegungsfähigkeit von Patient/-innen zu fördern, müssen sich die Pflegefachpersonen an der Person orientieren und erkennen, welche Kompetenzen ein/-e Patient/-in braucht, um im Alltag selbständig zu sein. Das Erkennen von vorhandenen und fehlenden Kompetenzen, die eigene Fähigkeit der Pflegefachperso-

nen sich vielfältig und viabel zu bewegen und der Einbezug von Patient/-innen in einen gemeinsamen Entscheidungsprozess führt zu einem individuellen und situationsbezogenen Bewegungsangebot, das Patient/-innen für die Entwicklung ihrer Bewegungskompetenz nutzen können.

Sponsoren

Das Projekt wurde von der [Multiple Sklerose Gesellschaft Schweiz](#) und der [Stiftung Pflegewissenschaft Schweiz](#) finanziell unterstützt.

Publikationen

- Imhof, L., Suter-Riederer, S., & Kesselring, J. (2015). Effects of Mobility-Enhancing Nursing Intervention in Patients with MS and Stroke: Randomised Controlled Trial. *International Scholarly Research Notices*, 6. doi:10.1155/2015/785497
- Suter-Riederer, S., Mahrer Imhof, R., Gabriel, C., Kesselring, J., Schnepf, W., & Imhof, L. (2017). Consenting on Principles of Rehabilitation Nursing Care: A Delphi Study. *Rehabilitation Nursing Journal*.
- Suter-Riederer, S., Mahrer Imhof, R., Schnepf, W., & Imhof, L. (2018). «Kann ich mir das überhaupt zumuten?» Wie Menschen mit Zerebralem Insult und Multipler Sklerose die mobilitätsfördernde Pflegeintervention auf dem Boden erleben. *QuPuG*, 5(2), 90-99.
- Suter-Riederer, S., Schnepf, W., & Imhof, L. (2019). Interventionen zur Förderung der Bewegung von Patientinnen und Patienten mit cerebro-vaskulärem Insult und Multipler Sklerose – eine Literaturanalyse. *Pflegewissenschaft*, 1(2), 52-60. doi:10.3936/1594

Ageing in place safely – Lessons learned from a multi-perspective immersion into the use and non-use of Personal Safety Alerting Devices



Dr. Friederike J.S. Thilo, Maastricht University, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences

friederike.thilo@bfh.ch

The safety of older persons has been identified as a crucial component of ageing in place (Carpenter et al., 2017). In particular, long-lies after a fall jeopardize the physical and psychological health and wellbeing of community-dwelling older persons (Fleming & Brayne, 2008; Johnston et al., 2010; Simpson, Bendall, Tiedemann, & Close, 2014). Therefore, Personal Safety Alerting Devices (PSAD) are recommended to support safe ageing in place.

Unfortunately, older persons are still reluctant to use PSADs (Heinbüchner, Haut-

zinger, Becker, & Pfeiffer, 2010; McLean, 2016; Nyman & Victor, 2014). Although a majority of older person's view PSADs favourably; only a minority of older persons actually use them (Chaudhuri, Thompson, & Demiris, 2014; Künemund & Tanschus, 2014). Suggested technology acceptance models exhibit several limitations, e.g.: technology acceptance may fluctuate over time, which is not taken into account (Yousafzai, Foxall, & Pallister, 2007); or they do not include the step of adoption of a technology (Kiwanuka, 2015). Additionally, little is known about the perspective of relatives, community nurses and general practitioners, who are both pivotal for ageing in place and PSAD use and non-use in daily life.

Therefore, it was essential to gain a meaningful understanding of processes and factors influencing PSAD use and non-use in older persons from the key stakeholders of ageing in place, i.e. older persons, their relatives, community nurses and General Practitioners (GPs).

In this doctoral thesis, five studies were conducted utilizing a multi-perspective, predominantly qualitative approach, to investigate PSAD use and non-use of community-dwelling older persons. In the first study, a scoping review was conducted regarding the nature and extent of the involvement of older persons in the development of PSADs. In the second and third studies, the needs and preferences of community-dwelling older persons were taken into consideration. They were involved in the various stages of the development of a wearable, waterproof and automatic

fall detection PSAD. In the fourth and fifth studies, older persons' reasons, thoughts, motives and influencing factors for PSAD use and non-use were explored. The perspectives and experiences of relatives, community nurses and general practitioners were also examined and integrated into the study.

The conducted studies have been/will be published in international peer-reviewed journals. Already published are:

- Thilo, F.J.S., Hahn, S., Halfens, R.J.G., and Schols, J.M.G.A. (2018). Usability of a wearable fall detection prototype from the perspective of older people – a real field testing approach. *Journal of Clinical Nursing*, 00:1-11. doi:10.1111/jocn.14599
- Thilo, F.J.S., Bilger, S., Halfens, R.J.G., Schols, J.M.G.A., and Hahn, S. (2017). Involvement of the end user: exploration of older people's needs and preferences for a wearable fall detection device – a qualitative descriptive study. *Journal of Patient Preference and Adherence*, 11, 11-22.
- Thilo, F.J.S., Hürlimann, B., Hahn, S., Bilger, S., Schols, J.M.G.A., and Halfens, R.J.G. (2016). Involvement of older people in the development of fall detection systems: a scoping review. *BMC Geriatrics*, 16 (42).
- Kuenemund, H. & Tanschus, N.M. (2014). The technology acceptance puzzle. Results of a representative survey in Lower Saxony. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 47(8), 641-7.
- Johnston, K., Worley, A., Grimmer-Somers, K., Sutherland, M. & Amos, L. (2010). Personal alarm use to call the ambulance after a fall in older people: characteristics of clients and falls. *Journal of Emergency Primary Health Care*, 8(4), 1-9.
- McLean, P.A. (2016). *Exploring older Adults' Perceptions of the Utility and Ease of Use of Personal Emergency Response Systems, in Faculty in Nursing*. CNUY Academic Works: New York.
- Nyman, S.R. & Victor, C.R. (2014). Use of personal call alarms among community-dwelling older people. *Ageing & Society*, 34(1), 67-89.
- Simpson, P.M., Bendall, J.C., Tiedemann, A., Lord, S.R., & Close, J.C. (2014). Epidemiology of emergency medical service responses to older people who have fallen: a prospective cohort study. *Prehospital Emergency Care*, 18(2), 185-94.
- Yousafzai, S.Y., G.R. Foxall, & Pallister, J.G. (2007). Technology acceptance: a meta-analysis of the TAM: Part 2. *Journal of Modelling in Management*, 2(3), 281-304.

References

- Carpenter, D., Famolaro, T., Hassell, S., Kaeberle, B., Reefer, S., Robins, C., & Siegel S. (2017). *Patient Safety in the Home: Assessment of Issues, Challenges, and Opportunities*. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement.
- Chaudhuri, S., Thompson, H. & Demiris, G. (2014). Fall Detection Devices and Their Use with Older Adults: A Systematic Review. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 37(4), 178-96.
- Heimbüchner, B., Hautzinger, M., Becker, C. & Pfeiffer, K. (2010). Satisfaction and use of personal emergency response systems. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43(4), 201-23.
- Fleming, J. & Brayne, C. (2008). Inability to get up after falling, subsequent time on floor, and summoning help: prospective cohort study in people over 90. *BMJ*, 337, a2227.
- Kiwanuka, A. (2015), Acceptance Process: The Missing Link between UTAUT and Diffusion of Innovation Theory. *American Journal of Information*

Call for Abstracts

Wir danken Dr. Susanne Suter-Riederer und Dr. Friederike J.S. Thilo für die spannenden und bereichernden Zusammenfassungen ihrer Dissertationen, welche sie für das Vorliegende VFP/APSI Update erstellt haben und gratulieren ihnen herzlich zum bestandenen Doktorat. Sehr gerne veröffentlichen wir auch eine Zusammenfassung Ihrer Dissertation auf unserer [Webseite](#). Bei Interesse melden Sie sich bitte bei dalit.jaeckel@vfp-apsi.ch.

Eine AFG kommt zu Wort

André da Silva Lopes in collaboration with the [Academic Society Oncology Nursing](#)

Promoting nursing knowledge by webinars

The COVID-19 pandemic has led to countless adjustments in how care is coordinated and provided. Oncology patients were deemed to be among the more vulnerable populations to the pandemic, and were faced with changing treatment schedules, cancelled follow-up consultations, among other changes that increased their feelings of uncertainty. Nurses were challenged to manage this unprecedented situation in the absence of clear guidelines to meet many complex needs of people affected by cancer. This led the Academic Society Oncology Nursing of the Swiss Association for Nursing Science and the Swiss Oncology Nursing Association to hold two webinars, about how oncology care was being provided during the pandemic, and what challenges nurses ran into to support their patients. Each webinar was held in French and in German, with oncology nurses from different cantons and neighboring countries. With these webinars, we hoped to learn how teams from different regions and cancer centers and settings were adapting to this new reality, what resources they were relying on, and what solutions they identified.

In the first webinar, we learned that nurses felt the need to maximize the flow of infor-

mation among teams within an institution to ensure that the replies to patients' enquires were clear and consistent. They described an increased need to provide general reassurance and psychosocial support not just to patients, but to nurses as well. Cancer centers also found novel ways to assess patients' status and continue clinical surveillance remotely, mainly through telemedicine approaches.

With the persistence of the pandemic and the increasing healthcare needs of the general population, some of these solutions, like teleconsultations, seem to be here to stay. This was the focus of the second webinar, where we learned that there are significant differences in how teleconsultations are conducted, how they are documented and even on how they are billed, across cantons. We also learned about the role of electronic applications to remotely monitor COVID-19 symptoms and beyond. National-level guidance is urgently needed to standardize the practice around these novel solutions.

Hosting these webinars has made it clear that communication remains a very important capacity and competence at the nurses' disposal to face unprecedented situations, allowing us to identify the needs of patients and professionals, and reveal solutions propelled by our peers' ingenuity and continuous attempt to improve the quality of care.

The positive feed-back and high uptake of these webinars let us believe that they are useful to the further development of a concerted, more effective and comprehensive effort to meet the challenges of tomorrow. We invite you to stay tuned for an upcoming webinar on how we are preparing for the challenges of a potential second wave.

Aktuelles aus der Geschäftsstelle

Jenny Bärtschi,
Assistentin VFP-Geschäftsstelle

Im März 2020 durfte ich meine Stelle beim VFP antreten. Der Empfang war herzlich und die Einführung gut strukturiert. Gerne möchte ich mich dafür bei Yoshija Walter und Dr. Dalit Jäckel bedanken. Kurz zu mir: Ich bin Tanzliebhaberin, Hobbybäckerin und jetzt Assistentin der Geschäftsleitung. Die Arbeit für den VFP bereitet mir Freude und ich bin sehr glücklich, hier zu sein. Die Stelle wird mich während meiner Ausbildung zur Schulischen Heilpädagogin an der Pädagogischen Hochschule Bern begleiten.

Während des Lockdowns entstand der neue [COVID-19-Newsletter](#). Mit diesem wurden Sie regelmässig über die neusten Projekte und Berichte rund um das Virus informiert. Ansonsten war es ruhig auf der Geschäftsstelle, denn natürlich musste auch der VFP seine Events verschieben oder online durchführen. Das erste Mal fand die GV des VFP per Zoom statt. Über die zahlreichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben wir uns sehr gefreut. Der After Work Event der AFG Psychiatrische Pflege zur Intensivbetreuung in der Psychiatrie musste auf September verschoben und dann abgesagt werden.

Von den geltenden Schutzmassnahmen war auch das Projekt Bilderwelt betroffen. Nach dem erfolgreichen Crowdfunding gab es einen Freeze. Unserem Fotografen blieb der Zutritt in die Institutionen bis Ende Juli

verwehrt. Die Arbeitsgruppe (Dr. Marika Bana, Prof. Dr. Iren Bischofberger, Dr. Dalit Jäckel und Dr. Karin Zimmermann) arbeitete jedoch weiter.

Ein weiterer Erfolg war der Launch des [Swiss Nursing Research Overview](#). Bereits jetzt wurden verschiedenste Projekte auf der Plattform eingetragen. An dieser Stelle möchten wir uns herzlich bei Chantal Grandjean, Beatrice Gehri und Nicole Zigan für die Mitwirkung in der Arbeitsgruppe bedanken.

Für die SRAN-Dissemination wurden inzwischen Folien und eine Postervorlage erstellt. Nach dem Konkurs unserer bisherigen Druckerei erfolgte ein Wechsel zur Kasimir Meyer AG.

Um die Vereinsziele noch besser zu verfolgen, wurde im Herbst eine Umfrage zur klinischen und publizistischen Tätigkeit der Mitglieder durchgeführt. Bei allen Teilnehmern und Teilnehmerinnen möchten wir uns bedanken. Ausserdem wurde das Sponsoringkonzept von Prof. Dr. Iren Bischofberger, Dr. Stefan Kunz und Dr. Dalit Jäckel überarbeitet. So dürfte der VFP zukünftig hoffentlich mehr Sponsoringeinnahmen verbuchen.

Drei Fragen – Drei Antworten



Dr. Gora Da Rocha: Kantonale Delegierte bei palliative Genève

VFP/PSI Update: Was ist deine Rolle als Delegierte von [palliative.ch](https://www.palliative.ch) im Vorstand von [palliative Genève](https://www.palliative.ch)?

Dr. Gora Da Rocha: Ich bin seit vielen Jahren Vorstandsmitglied bei palliative Genève. Innerhalb des Vorstands ist es unsere Priorität, das öffentliche Bewusstsein für Palliativmedizin zu schärfen. Wir arbeiten daran, Informationen zu verbreiten und die Ressourcen des Genfer Netzwerks bekannt zu machen. Der Reichtum unseres Vorstands liegt in einer multiprofessionellen Zusammensetzung, die das gleiche Interesse an der Förderung der Palliativpflege teilt. Als Delegierte der Genfer Sektion bin ich ein-

geladen, mindestens einmal im Jahr an der Delegiertenversammlung teilzunehmen und an der Entscheidungsfindung der gemeinsamen Positionierung von palliative.ch teilzuhaben. Die Aufgabe dieser auf nationaler Ebene aktiven Vereinigung besteht darin, durch ihre Sektionen als interprofessionelle Gesellschaft tätig zu sein und stellt eine Organisation dar, die zugunsten der Bevölkerung handelt.

<https://www.palliative.ch/de/fachbereich/fachgesellschaft/statuten/>

VFP/PSI Update: Welche pflegewissenschaftlichen Themen haben für dich im Zusammenhang mit Palliative Care Priorität?

Dr. Gora Da Rocha: Es ist von grundlegender Bedeutung, Menschen, die mit einer fortschreitenden schweren Krankheit konfrontiert sind, in ihrer einzigartigen Erfahrung und in ihrem Pflegeprojekt zu unterstützen. Dies beginnt, sobald die Krankheit diagnostiziert wird, und setzt sich über den gesamten Krankheitsverlauf fort, wobei auf die Lebensqualität der Person geachtet wird. Die Pflegewissenschaft muss sich auf das Wohlbefinden jeder Gesundheits-/Krankheitserfahrung konzentrieren. Mehrere Konzepte sind besonders wichtig, wie z.B. Selbstwertgefühl, Unsicherheit, Übergänge, existentielles Wohlbefinden, Würde in der Pflege. Pflegefachpersonen unterstützen Menschen bei der Krankheitsbewältigung und der Mobilisierung von Ressourcen in ihrem Umfeld. Entwicklung,

Ausbildung und Forschung müssen sich auf personenzentrierte Pflegeinterventionen konzentrieren, die die Werte und Entscheidungen der Person in Partnerschaft mit den Angehörigen respektieren. Die Integration der Angehörigen in das Pflegeprojekt ist ein wichtiges Thema, das in Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden sollte.

VFP/APSI Update: In der aktuellen Coronakrise sind Themen wie Palliative Care, ethische Entscheidungen, vulnerable Patientengruppen, alles Themen von dir, sehr wichtig. Was erachtest du als Hauptpunkte für die weitere Entwicklung in dieser Zeit?

Dr. Gora Da Rocha: Angesichts der COVID-19-Pandemie und aller gesundheitspolitischen Massnahmen müssen wir sicherstellen, dass wir weiterhin eine qualitativ hochwertige und humane Palliativversorgung anbieten. Besonderes Augenmerk muss auf das psychosoziale und spirituelle Wohlbefinden der Patient/-innen und ihrer Angehörigen gelegt werden. Empfehlungen, die sich auf Social Distancing beziehen, können bei Menschen, die mit einer fortschreitenden schweren Krankheit leben, zu Gefühlen der Isolation führen. Diese besonders gefährdete Bevölkerungsgruppe könnte aus Angst vor einer Kontamination bei der therapeutischen und pflegerischen Nachsorge vernachlässigt werden.

Darüber hinaus ist im Kontext von COVID-19 die Verwendung von Gesichtsmasken allgegenwärtig geworden. Diese Praxis hat einen erheblichen Einfluss auf unsere Kommunikation. Wie können wir in dieser Zeit der sozialen Distanz und der maskierten Gesichter unser Wohlwollen, Mitgefühl

oder Einfühlungsvermögen durch unsere nonverbale Kommunikation, insbesondere bei sensiblen Themen, unter Beweis stellen? Es besteht die Möglichkeit, an der Bewusstmachung und Beherrschung unserer nonverbalen Kommunikation zu arbeiten, die durch eine angepasste Sprache ergänzt wird, um einen gelassenen Austausch mit positiver Wirkung zu fördern.

Schliesslich gilt es, auch in einer Krisensituation nicht zu vergessen, mit der Patientin oder dem Patienten und deren Angehörigen die wesentlichen Fragen rund um Spiritualität und Wünsche bezüglich des Lebensendes zu diskutieren.

Diese Pandemie bekräftigt erneut die Notwendigkeit, dass alle Pflegekräfte in der Palliativpflege begleitet und geschult werden müssen, um eine optimale Versorgung zu gewährleisten.

Als neue Kollektivmitglieder begrüessen wir im VFP:

[Berner Reha Zentrum](#)

[ceff santé social](#)

[Viva Luzern AG](#)

[Universität Zürich, Institut für](#)

[Implementation Science in Health Care](#)

**Neuer,
topmoderner
Standort**



Fit für Ihre Pflegekarriere

- Bachelor of Science in Pflege
- Bachelor of Science für diplomierte Pflegenden
- Master of Science in Pflege
- Weiterbildungen in den Fachrichtungen
Pädiatrische Pflege, Onkologische Pflege,
Gerontologische Pflege sowie
Patienten- und Familienedukation

Planen Sie Ihre Laufbahn:

**Aus- und
Weiterbildung
in der Pflege**

Impressum

Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft, Geschäftsstelle

Geschäftsleiterin: Dr. Dalit Jäckel

Assistentin: Jenny Bärtschi

Haus der Akademien

Laupenstrasse 7 / Postfach

3001 Bern

031 306 93 90

www.vfp-apsi.ch

info@vfp-apsi.ch

Präsidentin: Prof. Dr. Iren Bischofberger

Careum Hochschule Gesundheit

Pestalozzistrasse 5

CH-8032 Zürich

Tel: +41 43 222 50 58

iren.bischofberger@careum-hochschule.ch

Redaktion: Carole Délétroz, Dalit Jäckel, Ursula Wiesli, Dave Zanon

Layout: [Kasimir Meyer AG](#), [Wohlen AG](#)