

Erfahrungen mit der konservativen Behandlung im COVID-19-Spital in Locarno

PD Dr. med. Claudia Gamondi^a, Dr. med. Camelia Voinea^{b,c}, Dr. med. Rita Monotti^c, Dr. med. Ingo Bolliger^c, Chiara Canonica^c, Cristina De Barros Lima^c, PD Dr. med. Adam Ogna^c

^a Clinica di Cure Palliative e di Supporto, Istituto Oncologico della Svizzera Italiana, Bellinzona; ^b Servizio di Pneumologia, Ospedale Regionale Bellinzona e Valli, Bellinzona; ^c Dipartimento di Medicina Interna, Ospedale Regionale, Locarno

Im Jahr 2020 setzte die SARS-CoV-2-Pandemie die Medizin einer neuen Pathologie aus. Das Pflegepersonal musste lernen, diese Erkrankung zu kennen, zu verstehen und zu behandeln, während der Zustrom von Patienten zunahm und dieses Lernen Tag für Tag perfektioniert wurde.

Einführung

Das klinische und theoretische Lernen basierte zum Teil auf den ersten medizinischen Publikationen, die in den Monaten Februar, März und April die chinesischen und italienischen Erfahrungen schilderten. In diesem Zusammenhang mussten die Betreuerinnen und Betreuer auf alte, in der heutigen Zeit eher in Vergessenheit geratene Fähigkeiten zurückgreifen: Sie mussten sich der Unsicherheit stellen, mit begrenzten technischen Mitteln arbeiten und sich des Fehlens einer spezifischen Therapie bewusst sein.

Die Ausbreitung des Virus in Europa nahm einen zeitlichen und geographischen Verlauf, dem auch die Schweiz nicht entkommen ist. Die Nähe des Tessins zur Lombardei, der am stärksten betroffenen Region Italiens, führte dazu, dass das Tessin der erste Kanton wurde, der von einer grossen Anzahl infizierter Patienten betroffen war. Der erste Fall von COVID-19 wurde am 25. Februar im Tessin registriert, und bis Ende Mai wurden mehr als 3000 Fälle gezählt, darunter mehr als 300 Todesfälle, von denen viele in den beiden speziell für die Betreuung von Patienten mit dem Virus vorgesehenen Einrichtungen auftraten: dem Regionalspital «La Carità» in Locarno und der Klinik Moncucco in Lugano.

Das Team des Spitals von Locarno musste an die Bedürfnisse dieser Epidemie und das exponentielle Wachstum der Spitaleinweisungen angepasst werden. Mehr als 150 Fachleute, die an den anderen Standorten

des EOC (Ente Ospedaliero Cantonale) tätig sind, darunter ein interprofessionelles Team der Klinik für Palliativmedizin und der IOSI (Istituto Oncologico della Svizzera Italiana), kamen, um bei der Betreuung zu helfen.

So wurde ein neues multiprofessionelles Team geboren, für das die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit entscheidend war.

Dieses Team war mit aussergewöhnlichen Situationen konfrontiert. Der Mangel an klassischen Sedativa (wie Midazolam und Propofol) führte dazu, dass in der Intensiv- und Palliativmedizin ebenso wirksame, aber weniger genutzte Alternativen (z.B. Ketamin) eingesetzt werden mussten. Mit der steigenden Zahl stationärer Patienten, die eine High-Flow-Sauerstofftherapie benötigen, musste das Spital für den Fall eines Ausfalls des Sauerstoffzufuhrsystems alternative Szenarien einplanen, die glücklicherweise nie zur Anwendung kamen.

Das multidisziplinäre Team musste sich auch mit den sehr spezifischen Bedürfnissen der Patienten und ihrer Familien im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie befassen, wie z.B. den physischen und psychischen Folgen der Isolation, der Eindämmungsmassnahmen und der Einschränkungen des Besuchsrechts.

Dieser Artikel fasst die Aspekte zusammen, die unter den Herausforderungen, denen sich unter anderem unser Palliativpflegeteam in dieser Zeit gegenüber sah, für die Leserschaft am interessantesten sind.



Claudia Gamondi

Wahl des Pflegeverfahrens: konservativer oder maximaler Ansatz

Die ersten Daten aus dem Ausland, insbesondere aus Norditalien, machten schnell spezifische Aspekte von COVID-19 deutlich: eine schwerwiegende Entwicklung bei vielen hospitalisierten Patienten; eine sehr hohe Sterblichkeit von Patienten in der Intensivtherapie und verlängerte Aufenthalte (bis zu 3–4 Wochen) auf der Intensivstation mit mechanischer Beatmung und tiefer Sedierung oder sogar Curarisierung.

Neben dem konkreten Risiko einer Überlastung der Intensivstationen bringen diese Krankheitsbilder ein hohes Risiko nosokomialer Komplikationen, physischer Schwächung und psychischer Überlastung mit sich, die eine längere Rehabilitation vor der Rückkehr nach Hause erforderlich machen.

Es wurde bald klar, dass eine Maximalversorgung nicht für jede Person, die ins Spital eingeliefert wurde, die beste Wahl war und dass ein konservativer Ansatz ein besseres Vorgehen für jene sein könnte, deren kurz- und mittelfristige Überlebenschance bei intensivmedizinischer Betreuung sehr gering war.

Um für jeden Patienten bei der Aufnahme die beste therapeutische Wahl zu treffen, führten wir ein zweistufiges Verfahren ein und erstellten ein strukturiertes Dokument, um Nachvollziehbarkeit und Transparenz dieser Entscheidungsfindung sicherzustellen.

Die erste Phase der Entscheidungsfindung wurde den direkt für die Patienten verantwortlichen Ärzten (Assistenzarzt, Oberarzt und leitender Arzt) anvertraut, die dafür verantwortlich waren, die individuelle Gesamtsituation zu beurteilen und eventuelle Patientenverfügungen zu beachten, um das therapeutische Vorgehen für einfache Entscheidungen festzulegen.

Die zweite Phase wurde einem interdisziplinären Konsiliarteam anvertraut, das einen täglichen Abgleich zwischen den betreuenden Ärzten und den Kaderärzten der Abteilungen für Innere Medizin, Intensivmedizin, Palliativmedizin und Geriatrie sicherstellte. Dieses Team war für Entscheidungen über komplexere Fragen zuständig, insbesondere bei Entscheiden für eine konservative oder eingeschränkte Versorgung. Bei diesem zweiten Entscheidungsprozess mussten die Erwartungen des Patienten, Komorbiditäten, vorbestehende Gebrechlichkeit und die Meinung des behandelnden Arztes berücksichtigt werden.

Es ist anzumerken, dass kein einziges klinisches oder demografisches Kriterium als Grund für eine Kontraindikation zur Maximalversorgung in Betracht gezogen wurde und dass dieser Prozess während der gesamten Zeit der Pandemie trotz der Verfügbarkeit von Ressourcen und nie ausgeschöpften Intensivbetten

praktiziert wurde. Die Hauptstärke dieses Prozesses, der es ermöglichte, für jeden Patienten die für seine individuelle Situation am besten geeignete Betreuung zu definieren und jene Patienten zu identifizieren, die am besten von der Intensivpflege profitieren könnten, war die Kollegialität zwischen allen Partnern.

Begrenzte Versorgung

Obwohl sich die Medien in erster Linie auf die Intensivmedizin konzentriert haben, wurde bei vielen Patienten (gebrechlichen und/oder solchen mit vielen Komorbiditäten) die Indikation für diese maximale Behandlung nicht gestellt. Diese Patienten konnten hingegen von einem konservativen und palliativen Ansatz profitieren.

Die Literatur und klinische Erfahrung haben gezeigt, dass sich bei diesen Patienten die klinische Situation im Verlauf sehr schnell ändern kann [1]. Aus diesem Grund war die Möglichkeit einer raschen Anpassung der Therapie für verschiedene Symptome (Dyspnoe, Fieber, Schüttelfrost oder Angstzustände) notwendig.

In Ermangelung spezifischer, an diese Ausnahmesituation angepasster Protokolle schuf das Palliativpflegeteam in Zusammenarbeit mit den Internisten das oben genannte 3D-TiCoS-Bewertungsinstrument [2], das für unsere Ärztinnen und Ärzte schnell zum Leitfaden für die Behandlung von Patienten wurde, die nicht für die Maximalversorgung in Frage kamen.

Das Ziel dieses Instruments war es, Patienten für eine konservative, palliative oder am Lebensende durchzuführende Behandlung zu identifizieren. Basierend auf dem «Early Warning Score» (EWS) [3] und dem klinischen Bild erwies es sich als unentbehrliches Hilfsmittel bei der Bewältigung der Bedürfnisse in jeder Phase der Krankheit (Tab. 1).

Die klinische Praxis hat gezeigt, dass die Beschwerden der Patienten von klinischen Parametern unabhängig sein konnten. In vielen Fällen traten erhebliche Senkungen der Sauerstoffsättigung ohne Dyspnoe auf. Umgekehrt waren Patienten mit starker Dyspnoe nicht unbedingt sehr hypoxämisch.

Andererseits erlebten Patienten während Schüttelfrost-Episoden extreme Beschwerden, oft begleitet von einem Absinken der Sauerstoffsättigung und symptomatischer Tachykardie.

Die Gesundheitsteams lernten schnell, dass eine aggressive Behandlung von Symptomen und Ängsten eine optimale Bewältigung und Antizipation der Beschwerden ermöglichte und dazu beitrug, den Patienten die Möglichkeit zu geben, die Krise zu überwinden. Wenn dies nicht der Fall war, haben wir für die End-of-Life-Unterstützung die üblichen Protokolle verwendet.

Tabelle 1: COVID-19-Patientenverwaltungs-Tool für Patienten, die Kandidaten für einen konservativen Ansatz sind (aus Fusi-Schmidhauser T, Preston NJ, Keller N, Gamondi C. Conservative Management of COVID-19 Patients-Emergency Palliative Care in Action. J Pain Symptom Manage. 2020 Apr 8:S0885-3924(20)30183-4. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.03.030. Epub ahead of print. <https://www.sciencedirect.com/journal/journal-of-pain-and-symptom-management>. © 2020 American Academy of Hospice and Palliative Medicine. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung von Elsevier.).

Recommendations for Conservative and Palliative Care Management of COVID-19 Patients (3D-TiCoS)

Phase of Illness	Monitoring (Nursing)	Drugs for Symptom Control
Stable: EWS: ≤ 7 RR: ≤ 25 /minute O ₂ Sat: $>88\%$ (with Venturi mask up to 60%)	3D assessment and vital signs once per shift - Evaluate pressure areas & need for pressure relieving mattress - Intensify communication with the family and prepare that sick enough to die	Dyspnea/pain: Morphine PO 2–5 mg, 4 hourly with rescue doses (10%–20% of the total daily dose) or PRN Anxiety: Lorazepam sublingual 1–2,5 mg, 8 hourly or PRN or Levomepromazine PO 5–10 mg, 6 hourly or PRN Fever: Paracetamol PO 1 g, 6 hourly or PRN Shivers: Morphine 2–5 mg IV/SC PRN or Pethidine 25–50 mg SC PRN Prescribing opioids in renal insufficiency: choose Hydromorphone (accordingly to palliative care consultation). Temporary de-prescribing of usual drugs.
Unstable: EWS > 7 RR: > 25 /minute O ₂ Sat: $< 88\%$	3D assessment twice per shift and stop vital signs measurement - O₂ delivery maximum 4 L - Observe respiratory effort - Inform the family that patient now unstable and propose visit	Dyspnea/pain: Morphine IV/SC 5 mg, 2–4 hourly with rescue doses (10%–20% of the total daily dose) or PRN Anxiety/delirium/distress: Diazepam 2,5–5 mg IV or rectal 10 mg 8–12 hourly with rescue doses PRN or chlorpromazine 12,5–25 mg IV PRN or levomepromazine 6,25–25 mg SC PRN Fever: Diclofenac 75 mg IV with rescue doses PRN or paracetamol rectal 600 mg, 6 hourly Shivers: Morphine 5 mg IV/SC PRN or pethidine 25–50 mg SC PRN Hydration maximum 250 mL/day Suspend futile treatments
End-of-Life: ARDS O ₂ Sat: $< 70\%$	3D assessment twice per shift if patient alert - Assess ABDT₂ twice per shift if patient does not communicate - Stop O₂ - Inform the family and re-evaluate for family visits - Basic care and mouth care	Terminal dyspnea–Respiratory distress: - Morphine IV/SC 5 mg (up to every hour) with rescue doses (10%–20% of the total daily dose) or PRN. Evaluate continuous infusion with palliative care team. - Diazepam 2,5–5 mg IV or rectal 10 mg 8–12 hourly with rescue doses PRN Hyperactive delirium: - Diazepam 2,5–5 mg IV or rectal 10 mg 8–12 hourly with rescue doses PRN - Chlorpromazine 12,5–50 mg IV PRN or levomepromazine 12,5–50 mg SC PRN Fever: Diclofenac 75 mg IV with rescue doses PRN or paracetamol rectal 600 mg, 6 hourly Shivers: Morphine 5 mg IV/SC PRN or pethidine 25–50 mg SC PRN

COVID-19 = coronavirus disease 2019; 3D-TiCoS = 3D-Ticino 2019-nCov Score; EWS = Early Warning Score and rules for 2019-novel coronavirus-infected patients; RR = respiratory rate; O₂ sat = oxygen saturation; 3D = dyspnea, distress, and discomfort/pain (from Italian: Dispnea, Distress, and Dolori); Vital signs = blood pressure, oxygen saturation, pulse, and body temperature; PRN = pro re nata (as needed); PO = per os (by mouth); SC = subcutaneously; IV = intravenous; ARDS = acute respiratory distress syndrome; ABDT₂ = agitation, shivering (hyperthermia), distress, tachycardia, and tachypnea (from Italian: Agitazione, Brividi [ipertermia], Distress, Tachicardia e Tachipnea).

In diesem Fall war der Seelsorger, der immer für die Patienten und ihre Familien zur Verfügung stand, um ihnen die notwendige Unterstützung zu bieten, eine wichtige Figur. Dazu wurden Familientreffen organisiert, wobei stets strenge Massnahmen zum Schutz der Teilnehmenden eingehalten wurden. Diese Besprechungen, die vom Ärzteteam, dem Palliativpflegeteam und dem spirituellen Berater geleitet wurden, zielten darauf ab, den Zustand des Patienten und die Ziele der Pflege zu erörtern, persönliche Kommunikation anzubieten, das notwendige Einfühlungsvermögen in einer Trauersituation zu gewährleisten und, wenn möglich, das Risiko einer komplizierten Trauer zu verringern.

Für vom Verlust einer nahestehenden Person betroffene Familien haben der Kanton und private Vereine auch spezifische Betreuungshilfen wie Selbsthilfegruppen, eine Hotline und ein «Care team Ticino» zur Verfügung gestellt.

Interdisziplinarität umgesetzt: die Abteilung für Tracheotomie

Während der «COVID-Zeit» wurde im gesamten Spital «La Carità» in Locarno ein interdisziplinärer Ansatz verfolgt, der zur Bildung eines einzigen grossen Teams führte.

Ein besonders hohes Mass an Interdisziplinarität wurde in einer neuen «Tracheotomie-Abteilung» geschaffen, welche die Entwöhnung von der mechanischen Beatmung ausserhalb der Intensivstation ermöglichte. Die Tracheotomie wurde als Strategie zur Entwöhnung von der mechanischen Beatmung gewählt: Einerseits war eine maximale Bettenverfügbarkeit auf der Intensivmedizin erforderlich, da die meisten beatmeten Patienten eine längere assistierte Beatmung mit zahlreichen Umlagerungen benötigten. Andererseits ist die Tracheotomie ein empfohlenes Verfahren zur Behandlung eines verlängerten ARDS, und eine sehr aktuelle

US-amerikanische Studie hat gezeigt, dass die perkutane Tracheotomie ein wirksames Verfahren ist [4, 5]. Diese Strategie, die bei etwa 50 hämodynamisch stabilen Patienten angewendet wurde, hat sich in vielen Fällen als wirksam erwiesen, trotz des Fehlens spezifischer internationaler Empfehlungen für COVID-19 und im Bewusstsein, dass die perkutane Tracheotomie bei infektiösen Erkrankungen als grosses Kontaminationsrisiko für das Pflegepersonal gilt. Aus diesem Grund waren die Schutzmassnahmen für die in dieser Abteilung arbeitenden Pflegepersonen so umfangreich wie möglich.

Die «Tracheotomie-Abteilung» wurde als Hybrid-Abteilung zwischen Intensivstation, Innerer Medizin und Rehabilitation geschaffen. In dieser Abteilung haben viele Ärzte, Pflegefachkräfte, Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten und Seelsorger aus allen EOC-Spitälern zusammengearbeitet, um die geplanten 24 Betten zu betreuen. Viele Fachärzte haben aufgrund der zahlreichen unterschiedlichen Bedürfnisse der Patienten zusammengearbeitet: Infektiologie, klinische Ernährung, Diabetologie, Nephrologie, Neurologie, Chirurgie, HNO, Angiologie und Hämatologie. Physiotherapeuten betreuten die aktive und passive Mobilisierung während der invasiven Beatmung. Logopäden überwachten die Rückkehr zu Schlucken und Phonation.

Die Komplexität im Umgang mit diesen Patienten war erheblich. Um die bestmögliche Qualität der Versorgung, einschliesslich des Tracheotomie-Managements, zu gewährleisten, wurden spezifische Protokolle erstellt.

Die funktionelle Beeinträchtigung der Gliedmassen aufgrund von Myopathie, Polymedikation und der infektionsbedingten Entzündungsreaktion hat die körperliche, soziale und familiäre Isolation und die durch die Tracheotomie bedingte Unfähigkeit, sich auszudrücken, verschlimmert.

Es wurden zahlreiche Fälle von Verwirrheitszuständen nach der Intubation beobachtet, mit einem oft veränderten Tag-Nacht-Rhythmus. In diesem Zusammenhang hat die Palliativpflege nicht nur bei der Linderung der zahlreichen Symptome oder der Unterstützung am Lebensende eine entscheidende Rolle gespielt, sondern auch bei der Behandlung dieser speziellen Fälle. Den ganzen Tag über waren die Patienten von Betreuern umgeben, die neben der Pflege auch für menschlichen Kontakt sorgten und die Rehabilitation des Patienten erleichterten. Besuche von Angehörigen waren nicht erlaubt, ausser in Situationen am Lebens-

ende, aber persönliche Gegenstände (Fotos, Briefe, Postkarten) umgaben oft das Bett der Erkrankten.

Wenn es die Situation erlaubte, half das Palliativpflegeteam bei Videoanrufen zwischen Patienten und ihren Familien. Dieser erste Kontakt zwischen dem Patienten und seinen Angehörigen, manchmal nach einem Monat Abwesenheit und im Bewusstsein der Lebensgefahr, war ein intensiver Moment, voller Emotionen, nicht nur für die Patienten und ihre Familien, sondern auch für die Betreuer.

Schlussfolgerung

Palliativpflegeteams, Intensivmediziner und Internisten arbeiteten eng zusammen. Das konservative Management vieler Patienten spielte in dieser Krise eine wichtige Rolle. Es hat es ermöglicht, für jeden Patienten eine geeignete Behandlungsoption und eine optimale Symptombehandlung anzubieten, einschliesslich psychosozialer Unterstützung und spiritueller Betreuung für die Patienten und ihre Familien. Die unvermeidlichen ethischen Probleme im Zusammenhang mit Entscheidungen in der Notlage während dieser beispiellosen und aussergewöhnlichen Krise wurden soweit wie möglich minimiert.

COVID-19 hat uns einen neuen Ansatz in der Medizin aufgezwungen – einen Ansatz, der sich als ebenso gültig, grosszügig, vernünftig, weise und wirksam erwiesen hat wie der Ansatz, der vor der COVID-Epidemie praktiziert wurde.

Wir haben eine Medizin erlebt, die voller Unsicherheiten ist in der Berechnung von Wahrscheinlichkeiten, in menschlichen Beziehungen und in dem Bewusstsein, dass es nicht für alles eine Lösung gibt. Eine Medizin, in der das Leben nicht mehr nur als individueller, sondern auch als kollektiver Wert betrachtet wird.

Die Stärke und Wirksamkeit dieses neuen Ansatzes hat seine Wurzeln in der Kollegialität, der menschlichen Nähe und der kollektiven Stärke, mit der dieser Epidemie begegnet wurde, in der der Wert eines jeden Lebens nie vergessen wurde, unabhängig von der konservativen oder maximalen Herangehensweise an die gewählte Versorgung.

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter <https://doi.org/10.4414/smfc.2020.08552>.

Korrespondenz:
PD Dr méd. Claudia Gamondi
Clinica di Cure Palliative
e di Supporto
Istituto Oncologico della
Svizzera Italiana
Ospedale Regionale
Bellinzona e Valli
CH-6500 Bellinzona
[claudia.gamondi\[at\]eoc.ch](mailto:claudia.gamondi[at]eoc.ch)