

Antrag auf Nominierung für den SAMW-Award «Interprofessionalität» 2018

Familienzentrierte Betreuung in der Neonatologie



Antragsübersicht:

1. Projekttitlel
2. Antragskategorie
3. Beteiligte Personen
4. Korrespondenz
5. Projektbeschreibung (Hintergrund und Projektziele, -Inhalte, Ablauf, Organisation, Evaluation und Ergebnisse)
6. Erfolgsfaktoren, Stolpersteine
7. Mehrwert des Projekts für die Beteiligten
8. Unterschriften
9. Bildmaterial
10. Referenzen

1. Projekttitle

Familienzentrierte Betreuung in der Neonatologie

2. Antragskategorie

Themenbereich interprofessioneller Zusammenarbeit in der Behandlung oder Betreuung chronisch kranker/polymorbider Menschen und/oder deren Angehörigen - Kompetenzentwicklung, praktische Umsetzung und Forschung

3. Beteiligte Personen

Nominierende

Maya Christen; Fachexpertin Intensivpflege, Klinik für Neonatologie, Universitätsspital Zürich

Barbara Dinten-Schmid, Pflegeexpertin Höfa II, MAS Ethik; Klinik für Neonatologie; Universitätsspital Zürich

Dr. Rahel Naef, Klinische Pflegewissenschaftlerin, Zentrum Klinische Pflegewissenschaft, Universitätsspital Zürich

Ursula Böhme, Hebammenexpertin MSc, Medizinbereich Frau-Kind, Universitätsspital Zürich

Dr. Tanja Karen, Oberärztin Neonatologie, Klinik für Neonatologie, Universitätsspital Zürich

4. Korrespondenz

Dr. Tanja Karen, Klinik für Neonatologie, Universitätsspital Zürich, Frauenklinikstr. 10, 8091 Zürich, e-mail: tanja.karen@usz.ch, Tel. 044 2555345

5. Projektbeschreibung

Im Mittelpunkt des Innovationsprojektes «Familienzentrierte Betreuung in der Neonatologie» am Universitätsspital Zürich steht die konsequente, interprofessionelle Patientenorientierung: vom Fokus Patienten, bzw. Neu- oder Frühgeborenes zu Eltern, Familie und Angehörigen. Dies beinhaltet die Etablierung einer gemeinsamen Kultur mit gelebten patienten- und familienorientierten Werten und einem gezielten Aufbau der Beziehungen vom Eintritt bis zum Austritt und Vernetzung zwischen Patient/in (Neugeborenes/Frühgeborenes), Eltern, Familien, deren Angehörigen mit Bezugspflegerperson und-arzt, sowie allen involvierten Gesundheitsberufen. Deshalb erfolgte 2016 in Anlehnung an die partizipative Aktionsforschung eine Evaluation der Ist-Situation auf der Klinik für Neonatologie und darauf aufbauend die Entwicklung des familienzentrierten Betreuungsansatzes mit entsprechenden Leitfäden und Instrumenten. 2016-2017 erfolgte die Implementierung, bestehend aus einer Edukationsphase, d.h. eine gemeinsame Schulung von Pflegefachpersonen und Ärzten zu theoretischen Grundlagen der familienzentrierten Betreuung sowie familienbezogene Assessments und Interventionen anhand des Calgary Familienbetreuungsmodells nach Wright und Leahey 2013.

Nach Abschluss des Pilotmodells «Familienzentrierte Betreuung in der Neonatologie» mit interprofessionellen Teamschulungen und anschliessender Begleitung in der Umsetzung in der Praxis, wird es aktuell auf den gesamten Medizinbereich Frau-Kind (Geburtshilfe und Gynäkologie) erweitert. Für die Abteilung Neonatologie wurde die Familienzentrierte Betreuung zu einem Schwerpunkt in der Betreuung von Früh- und kranken Neugeborenen und ihren Eltern und Familien definiert.

Ziele der Familienzentrierten Betreuung sind

- Stärkung der Familie als Ressource und dadurch Verbesserung der Langzeitentwicklung Frühgeborener
- Interprofessionelle Zusammenarbeit: Pflegende, Hebammen und Ärzte als Coach für Eltern und Familie auf gleicher Augenhöhe
- Erhöhung Mitarbeiterzufriedenheit und damit Stärkung des Arbeitsplatzes
- Reduktion der Hospitalisationstage und Reduktion der Gesundheitskosten (sekundäres Ziel)

5.1 Hintergrund und Projektziele

Die Anzahl der Frühgeburten steigt und immer mehr Eltern müssen sich heute mit einer viel zu frühen Geburt ihres Kindes auseinandersetzen. In der Schweiz werden etwa 9% der Kinder in der vorzeitig (weniger als 37 Schwangerschaftswoche) geboren, einer der höchsten Inzidenz in Europa [StatSanté 2013, Bundesamt für Statistik], d.h. etwa 800 Frühgeborenen pro Jahr. Durch die verkürzte Schwangerschaft sind Eltern plötzlich und unvorbereitet in ihre Elternrolle geworfen, die Zeit, die normalerweise für einen allmählichen Bindungsaufbau zur Verfügung steht, ist den Eltern und ihrem zu früh geborenen Kind genommen. Zu einer zeitgemässen Neonatologie gehört neben hochmoderner medizinischer Versorgung die Implementierung familienzentrierter Ansätze, mit dem Ziel der Anbahnung einer langfristig sicheren Eltern-Kind Bindung, um so die Entwicklung des Frühgeborenen und der Familie langfristig protektiv beeinflussen zu können. Bezogen auf das Outcome frühgeborener Kinder führt die Familienzentrierte Pflege und Betreuung zu einer besseren Gewichtszunahme, zu weniger Komplikationen wie Infektionen oder der Bronchopulmonalen Dysplasie (chronische Lungenerkrankung des Frühgeborenen) und zu einer verbesserten neurologischen Entwicklung (2;4). Zwei Arbeiten konnten auch eine Reduktion des Aufenthaltes im Spital (3) und der Gesundheitskosten aufzeigen (5). Auf Seiten der Eltern bzw. Familie zeigt sich eine geringere postpartale Depression und vermindertes Angst- und Stresserleben der Mutter und damit verbessertes psychisches Befinden der Eltern (1;4). Dies hat einen positiven Einfluss auf den Aufbau der Eltern-Kind-Bindung (1) und führt zu längerer Anwesenheit der Eltern beim Kind (3) und zeigte auch positive Auswirkungen auf Geschwister und den Zusammenhalt in der Familie (4).

In der Praxis zeigt sich jedoch, dass mangelnde Ressourcen oder Kompetenzen häufig dazu führen, dass die Informations- und Unterstützungsbedürfnisse von Angehörigen nicht berücksichtigt werden. Negative Haltungen gegenüber Angehörigen als störend oder fordernd erschweren zudem häufig einen proaktiven Miteinbezug von Familien in die (pflegerische) Versorgung. Familienzentrierte Betreuung in der Neonatologie bezieht sich auf alle in der Versorgung des frühgeborenen Kindes und seiner Eltern beteiligten Berufsgruppen. Dies führt zu einem Wandel von bisher üblicher Berufsrollen. Insbesondere professionell Pflegenden kommt neben fachlicher Kompetenz zunehmend die Aufgabe zu, für die Begleitung der Familien frühgeborener Kinder edukative Angebote zu entwickeln und diese im Rahmen familienzentrierter Pflege individuell und kontinuierlich vorzuhalten. Es hat sich gezeigt, dass die Einführung des familienzentrierten Betreuungsansatzes via gemeinsamen Schulungen und Training von Ärzten und Pflegefachpersonen oder auch anderen Gesundheitsberufen zu mehr Verständnis gegenüber Familien führt. Das medizinische und pflegerische Personal fühlt sich kompetenter und sie erleben eine verbesserte Kommunikation und Zusammenarbeit interprofessionell und vor allem mit den Familien. Dies führt zur Steigerung der Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit und in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, sowie erlebten die Fachpersonen vermehrt positive Rückmeldungen durch die Familien. Zudem zeigte diese Studie dass Familien eine Stärkung der Beziehung zum Pflegepersonal erfuhren (4).

Interprofessionalität in der Neonatologie und Geburtshilfe bedeutet eine gelebte Kooperation verschiedener Berufsgruppen (Ärzte, Pflegenden und Hebammen) welche den Eltern und Familien Früh- und Neugeborener auf Augenhöhe begegnen. Eltern und Angehörige werden zu Mitglieder der Teams und werden in Entscheidungsprozesse mit einbezogen. Nur mit der Sicht der anderen Berufsgruppe gelingt ein tiefes Verständnis, was zu einer Relativierung der Aufgaben für bestimmte Berufsgruppen führen kann. Dabei orientieren sich die Handlungen des Teams an den Bedürfnissen und Werten der Familien und nicht an der Berufsgruppe.

Das Konzept unseres Projektes beruht auf einer hierarchie- und berufsgruppenübergreifenden gleichberechtigten Zusammenarbeit in der Implementierung familienzentrierter Betreuung (6;7), mit dem Ziel der Anbahnung einer langfristig sicheren Eltern-Kind Bindung, um so die Entwicklung des Frühgeborenen und der Familie langfristig protektiv beeinflussen zu können. Dazu gehört die Entwicklung einer wertschätzenden und unterstützenden Haltung gegenüber Familien und Angehörigen, in dem diese aktiv in den Betreuungs- und medizinischen Entscheidungsprozess eingebunden werden. Es gab eine klar formulierte Projektskizze mit dem Titel «Einführung des Konzepts Familienzentrierte Pflege im Medizinbereich Frau Kind». Gestartet ist dieses Projekt als Pilotprojekt in der Abteilung für Neonatologie. In Zusammenarbeit mit der Teilprojektgruppe Neonatologie bestehend aus 2 Teammitgliedern aus der Pflege (Frau Maya Christen und Frau Barbara Dinten-Schmid) der Abteilung sowie Frau Dr. Tanja Karen (Oberärztin Neonatologie) wurde das Projekt umbenannt in «Familienzentrierte Betreuung in der Neonatologie». Durch die Änderung des Titels sollen sich neben der Pflege auch Ärzte, sowie andere Berufsgruppen mehr angesprochen und eingebunden fühlen und die Interprofessionalität mehr betonen. Die weitere Besonderheit des Projektes lag in einer strukturierten gemeinsamen Schulung von Pflegekräften und Ärzten in das Konzept Familienzentrierte Betreuung und der Gesprächsführung auf gleicher Augenhöhe mit Eltern und Familienangehörigen. Dazu wurden feste Standards in der Kommunikation erarbeitet.

In der Abteilung für Neonatologie am Universitätsspital Zürich gibt es schon seit mehr als 10 Jahren das Konzept des Betreuungsteams bestehend aus einer Betreuungspflegenden und Betreuungsarzt, welches die Eltern von Ein- bis Austritt in Gesprächen begleitet. Bisher lag der überwiegende aktive Part der Gespräche bei den Ärzten. Mit dem Konzept « Familienzentrierte Betreuung» werden nun die Eltern zu aktiven Partnern des Betreuungsteams. Hilfreich sind dazu die vorgegebenen, familienzentrierten Instrumente wie Gesprächsleitfäden für das Anamnesegespräch mit Geno-Ökogramm, Verlaufs- und Austrittsgespräch. Lag bisher das Erheben der Anamnese und Aufzeichnen des Familienstammbaumes allein bei den Ärzten, kann das neu eingeführte Erstellen eines Genoökogramms auch durch die Pflege übernommen werden. Das Erstellen eines Genoökogramms ist hilfreich, um die Familienstruktur und verfügbaren Ressourcen aufzuzeigen und mit der Familie gemeinsam individuell die weitere familienzentrierte Betreuungspflege und -versorgung zu erarbeiten.

Nach Abschluss der Schulungen werden jetzt regelmässig Fallbesprechungen durch die Teilprojektgruppe initiiert um die Entwicklung einer wertschätzenden und unterstützenden Haltung gegenüber Familien und Angehörigen vorzuleben und zu fördern und Nachhaltigkeit zu gewährleisten.

Nach Abschluss der Pilotphase in der Abteilung gehen die Schulungen und das Konzept weiter auf der Pränatalstation, Gebärabteilung, sowie Wochenbettstation. So kann z.B. mit Erstellen des Genoökogramms schon vor der Geburt ein roter Faden abteilungsübergreifend im weiteren Betreuungsweg der Frau, Mutter, Eltern, Neu-/Frühgeborenes und der Familie bis zur Spitalentlassung angelegt werden. Als Beispiel dafür ist die Aufzeichnung eines Familienassessments mittels Genoökogramm auf der Pränatalstation unter Punkt 9 hinterlegt. Es zeigt eine Familie, bei der die Frau zunächst 2 Wochen auf der Pränatalstation lag, deren Kind dann aufgrund einer neu diagnostizierten bösartigen Erkrankung der Mutter mit 30 Schwangerschaftswochen zu früh per Sectio geboren wurde. Dieses Tool diente dann zum einen zur frühzeitigen Aufgleisung der familiären Ressourcen, im weiteren zur Übergabe vom betreuenden Hebammenteam der Pränatalstation zum Betreuungsteam (Bezugsarzt und –pflegefachfrau) der Abteilung Neonatologie und am Ende der Austrittsplanung des kleinen zu früh geborenen Mädchens.

Interprofessionelle «Familienzentrierte Betreuung» ist nicht nur auf das Gebiet Neonatologie, bzw. Medizinbereich Frau-Kind begrenzt, sondern lässt sich auf viele andere Medizinbereiche übertragen.

5.2 Inhalte und Ablauf der Schulungen und Familienassessments

- Strukturierte gemeinsame Schulung (6 Monate; 12 Stunden) von Pflegekräften und Ärzten zum theoretischen Hintergrund der Familienzentrierten Betreuung sowie Familien bezogene Assessments und Interventionen anhand des Calgary Familienbetreuungsmodell von Wright & Leahey (2013)
- Im Anschluss zur Vertiefung regelmässige Fallbesprechungen, Team-oder Einzelcoaching und Peer-Feedback durch die Teilprojektgruppe.

5.3 Evaluation und Ergebnisse

Die Implementierung wurde durch eine Mixed-Methoden Studie begleitet, um die Auswirkungen auf die Haltungen und Praxisfähigkeiten von Fachpersonen zu untersuchen (Schriftliche, Vorher-Nachher Befragung mit drei Erhebungszeitpunkten vor, 4, 8 Monate.). Mittels Fokusgruppen-Interviews (n=4 mit 17 TN, Monat 8) wurden fördernde und hemmende Faktoren in der Umsetzung sowie Veränderungen in der Praxis eruiert (8). An der Studie nahmen 85 Personen teil, wovon 67% an der ersten Follow-up und 57% an der zweiten Follow-up Befragung teilnahmen.

6. Erfolgsfaktoren, Stolpersteine

6.1 Erfolgsfaktoren

Entscheidend für die erfolgreiche Umsetzung eines solchen Projektes war zum einen die institutionelle Unterstützung (Dachverband bestehend aus Klinikdirektor und Pflegeleitung), durch Bereitstellung der zeitlichen Ressourcen und Infrastruktur und zum anderen das interprofessionelle Projektteam (Pflegefachpersonen und Arzt), das den Leadership übernommen hat. Durch den kontinuierlichen und gleichberechtigten Einbezug verschiedener Professionen war das

Engagement der Teammitglieder in der Implementierung und Evaluation sehr hoch. Um eine Haltungsänderung auf allen Stufen und bei allen Gesundheitsberufen zu erzielen erfolgte, eine Umbenennung des Projektes von „Familienzentrierter Pflege“ in „Familienzentrierte Betreuung“.

6.2 Stolpersteine

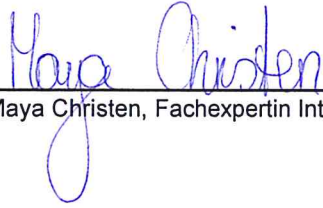
Nach Abschluss der Pilotphase gilt es nun stetig neue Mitarbeiter zu schulen, sowie für die Nachhaltigkeit regelmässig Fallbesprechungen durchzuführen, dass das Projektteam vor zeitliche Herausforderungen stellt. In Zeiten von hohem Patientenaufkommen ist das Engagement der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen teilweise limitiert. Eine weitere Herausforderung ist die Erreichung der erforderlichen Haltungsänderung gegenüber den Familien als gleichberechtigte Partner in der Betreuung ihrer Kinder, die nicht allein durch Schulungen trainiert werden kann, sondern einer gelebten Vorbildfunktion der Klinikleitung und des Projektteams bedarf.

7. Mehrwert des Projekts für die Beteiligten

Als wesentlichen Erfolgsfaktor sehen wir, dass die beteiligten Fachpersonen den jeweils anderen Beitrag innerhalb der patientenorientierten Versorgung wertschätzen, sowie deren Verantwortungsbereich respektieren. Ebenfalls ist es bedeutend, dass die beteiligten Fachpersonen den jeweils anderen Beitrag wertschätzen sowie respektieren und so die interprofessionelle Teamarbeit positiv beeinflussen.

Für die betroffenen Familien ist die enge interprofessionelle Zusammenarbeit ein Gewinn, da sie auf verschiedenen Ebenen unterstützt und beraten werden und daraus eine ganzheitliche, evidenzbasierte Betreuung resultiert. Durch den familienzentrierten, interprofessionell abgestimmten Betreuungsansatz soll zum einen eine sichere Eltern-Kind Bindung angebahnt und zum anderen durch die Stärkung der Familie als Ressource diese in ihrer Befähigung der Alltagsbewältigung in ihrer neuen z.T. unerwarteten Lebenssituation unterstützt werden. Dadurch können zu früh oder krank geborene Kinder früher entlassen werden, um einerseits die Hospitalisationstage und Gesundheitskosten zu senken und vor allem die Lebensqualität der Familie und somit die Langzeitentwicklung ihrer Kinder protektiv zu beeinflussen.

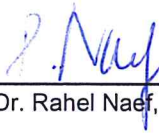
8. Unterschriften der Nominierenden



Maya Christen, Fachexpertin Intensivpflege



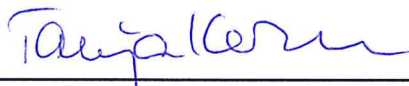
Barbara Dinten-Schmid, Pflegeexpertin



Dr. Rahel Naef, Klinische Pflegewissenschaftlerin



Ursula Böhme, Hebammenexpertin MSc



Dr. Tanja Karen, Oberärztin Neonatologie

9. Bildmaterial

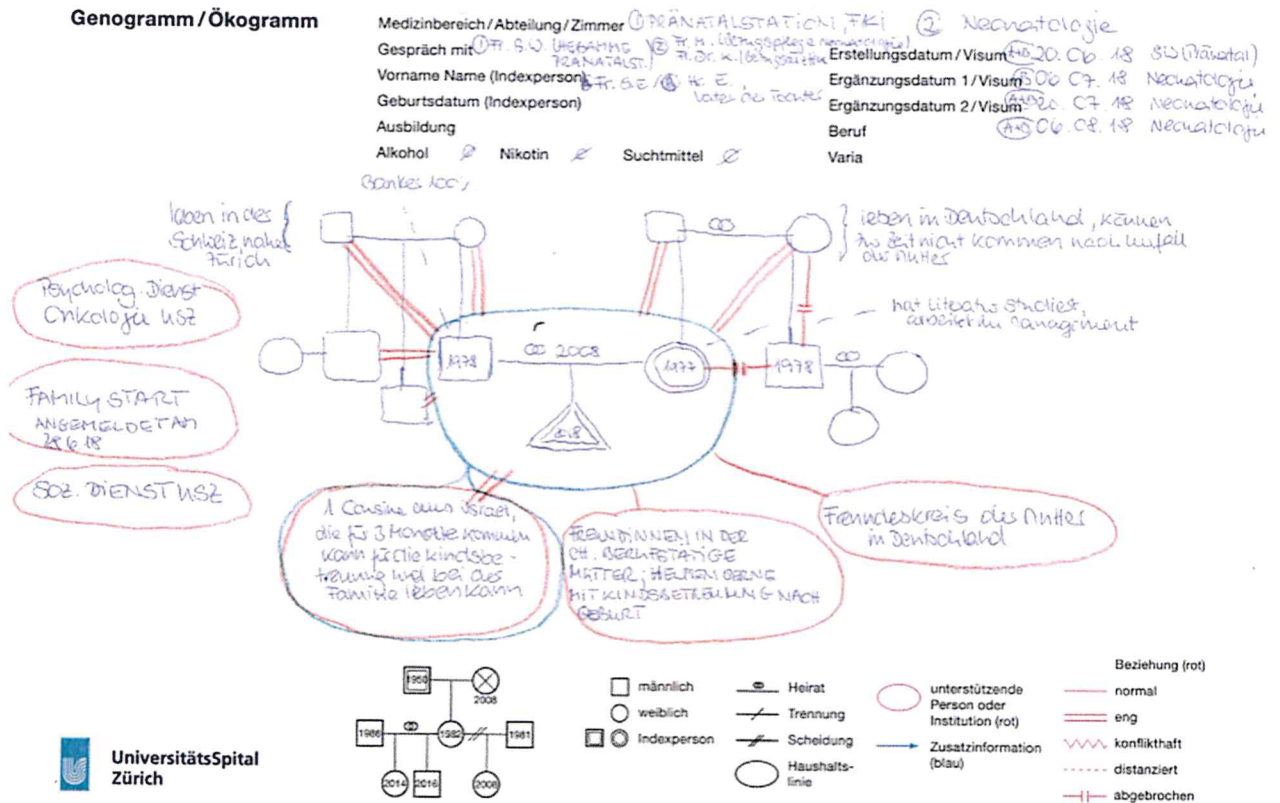


Abb 1: Genoökogramm der Familie E, initiiert vom betreuenden Hebammenteam auf der Pränatalstation, auf der die Mutter über einen Zeitraum von 2 Wochen vor der Geburt stationär lag, dann Übergabe an das Bezugsteam der Abteilung für Neonatologie und dort Fortführung des Assessments nach der Geburt ihrer Tochter in der 30. Schwangerschaftswoche bis zum Austritt nach Hause mit Aufzeichnung der Familienstruktur und aller verfügbaren unterstützenden Ressourcen.



Abb 2. Projektemblem, das eigens für das Projekt Familienzentrierte Betreuung angefertigt wurde
(©Albertine Zullo)

10. Referenzen

1. Melnyk BM, Feinstein NF, Alpert-Gillis L, Fairbanks E, Crean HF, Sinkin LA et al. Reducing premature infants' length of stay and improving parents mental health outcomes with the creating opportunities of parent empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2006; 118(5):e1414-27.
2. Vanderwee JA, Bassler D, Robertson CMF, Kirpalani H. Early interventions involving parents to improve neurodevelopmental outcomes of premature infants: a meta-analysis. *J Perinatol* 2009; 29:343-351
3. Örténstrand A, Westrup B, Beggren Brostöm E, Sarman I, Akterström S, Brune T et al. The Stockholm Neonatal Family Centered Care: Effects on length of stay and infant Morbidity. *Pediatrics* 2010; 125:e278-285.
4. Gooding JS, Cooper LG, Blaine AI, Franck LS, Howse JL, Berns SD. Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. *Semin Perinatol* 2011;35 (1):20-28.
5. Hüning BM, Reimann M, Beerenberg U, Stein A, Schmidt A, Felderhoff-Müser U. Establishment of a family-centered care programme with follow-up visits: implications for clinical care and economic characteristics. *Klin Padiatr* 2012;224:431-436
6. Wright LM & Leahey M. (2013) *Nurses and Families: A guide to family assessment and intervention* (6th ed) Philadelphia, PA: FA Davies.
7. Committee on hospital care and Institute for Patient- and Family centered care. Patient- and family centered care and the pediatricians role. *Pediatrics* 2012; 129(2): 394-404. 8. Naef, R., Kläusler-Troxler, M., Petry, H., & Spirig, R. (2017). *Pilot evaluation of a family nursing knowledge-to-action project in neonatal care: Preliminary findings*. Paper presented at the 13th International Family Nursing Conference, Pamplona. Spain.