

Pomoc psychologiczna dla Oddziału Covidowego.

Wprowadzenie.

Kolejne fale pandemii to niezwykle intensywna walka pracowników ochrony zdrowia o zdrowie i życie tysięcy pacjentów. W trakcie pierwszej fali z pomocą medykom ruszyli wolontariusze (szyli maski, robili przyłbice, szykowali jedzenie, dawali schronienie). Był to czas dużej mobilizacji personelu medycznego i sporej części społeczeństwa. Kilka tysięcy chorych nie udało się uratować, ale dziesiątki tysięcy wróciło do zdrowia. Druga fala przyniosła kolejne rzesze ofiar, a nim się skończyła, nadeszła trzecia fala, w której nawet do 90% najciężej chorych pacjentów (na Oddziałach Intensywnej Terapii - OIT) umiera.

Dla lekarzy i personelu pielęgniarskiego okres pandemii to bardzo trudne doświadczenie. Nawet osoby z długim stażem nie zetknęły się w swojej pracy z takim natężeniem cierpienia i śmierci. Wielu młodych lekarzy i lekarzy specjalizacji innych niż anestezjologia i intensywna terapia, styka się z umierającymi pacjentami po raz pierwszy.

Pacjenci w szpitalach są fizycznie odizolowani od bliskich. Najciężej chorzy, wymagający intubacji i wentylacji mechanicznej, tracą wszelką możliwość kontaktu z rodziną. Powiernikami ich cierpienia w samotności i odchodzeniu są lekarze i personel pielęgniarski.

W czasie pandemii rzeczywistość pracowników ochrony zdrowia to nieustanna (24/7) praca w bardzo ciężkich warunkach. Zmęczenie, ogrom pracy, brak efektów, brak perspektyw na powrót do „normalności”.

Grupą medyków najbardziej obciążonych są anestezjodzy i pielęgniarki anestezjologiczne. Pracują oni wyłącznie z najciężej chorymi, których szanse na przeżycie zmalały do około 10%.

Pomoc psychologiczna dla pracowników ochrony zdrowia może być formą społecznego wsparcia ich w walce z pandemią. Psycholodzy mogą pomóc osobom pracującym na oddziałach Covidowych w poradzeniu sobie z problemami wynikającymi z przeciążenia, stresu, licznych i bardzo trudnych doświadczeń. Mogą ich wesprzeć w towarzyszeniu najciężej chorym i umierającym pacjentom.

Konieczna jest obecność fizyczna psychologów na oddziałach zakaźnych i OIT, zarówno wśród personelu, jak i pacjentów.

Potrzebni „od zaraz” są psycholodzy i przeszkoleni wolontariusze, którzy mogliby ruszyć z pomocą.

Diagnoza.

Sytuacja wyjściowa w Zespole Oddziału Covidowego.

Na Oddziale C. sytuacja jest bardzo trudna. Zespół jest przepracowany, a większość osób pracuje tu od pierwszej fali pandemii w marcu 2020. Mówią o „przemęczeniu” i „wypaleniu”, o ciągłej pracy w stresie i bardzo silnych emocjach, związanych m.in. z bezradnością wobec coraz większej liczby śmiertelnie chorych pacjentów (w grupie pacjentów intubowanych śmiertelność wynosi ok 90%). Za mało jest personelu pielęgniarskiego i pomocniczego, a konieczność skupienia się na bieżących problemach i zadaniach utrudnia wzajemne wspieranie się i dzielenie doświadczeniami i wiedzą. W sposób nieuchronny pojawiają się poważne napięcia pomiędzy starszym i młodszym personelem.

Na Oddziale nie ma psychologów (i nie było nigdy), a w obecnej sytuacji ich stała obecność powinna być standardem i jest naprawdę palącą potrzebą. Dodatkowe obowiązki, które spadły na Zespół, takie jak praca o charakterze psychologicznym z osobami umierającymi lub realnie zagrożonymi śmiercią i ich rodzinami, nigdy nie były przedmiotem edukacji w szkołach medycznych. Ten stan rzeczy wzmaga jeszcze poczucie bezradności wobec psującego się sprzętu i pojawiających się oskarżeń w mediach o złe wykonywanie obowiązków, doprowadzające do śmierci pacjentów.

Warto spojrzeć na zaistniałe problemy z trzech perspektyw: na Zespół Oddziału C. jako całość, na poszczególne tworzące Zespół podgrupy zawodowe oraz na każdego członka Zespołu indywidualnie.

Każdy pracujący w Zespole jest zagrożony poważnymi konsekwencjami psychicznymi, w tym np. PTSD, czy tzw. „wpadnięciem w rutynę”, odcięciem emocjonalnym, a w konsekwencji „znieczulicą” („*nie ma co się spieszyć, on i tak umrze*”). Trzeba więc pilnie zdjąć z członków Zespołu część obowiązków, w tym noszących znamiona ciężkiej pracy psychologicznej czy opiekuńczej.

Brak jest prowadzenia tzw. „superwizji” dla Zespołu, co od lat jest standardem dla psychoterapeutów, a powinno być również dla innych grup zawodowych, pracujących bezpośrednio z ludźmi (inne zawody medyczne, czy nauczyciele).

Jeszcze jedna perspektywa, o której trzeba koniecznie pamiętać, to perspektywa pacjenta! Ma on, poza leczeniem, czy wręcz walką o życie, swoje niezbywalne ludzkie potrzeby: biologiczne, psychologiczne czy duchowe. W niezwykle trudnej sytuacji są również rodziny pacjentów.

Potrzeby Zespołu Oddziału Covidowego i jego pacjentów.

- Natychmiastowe wsparcie dla konkretnych osób (członków Zespołu), które potrzebują pomocy psychiatryczno-psychologicznej i są tego świadome, oraz pomoc dla tych, którzy nieświadomie stosują niekorzystne dla siebie metody radzenia sobie z efektami przewlekłego stresu. Szczególnie ta druga grupa osób wymaga specjalnego zaopiekowania. Istnieje uzasadnione podejrzenie, że większość personelu zagrożona jest „reakcją na ciężki stres i zaburzeniami adaptacyjnymi” (F43), co może prowadzić do „trwałych zmian osobowości” (F62). Być może warto przyjąć w powyższej sytuacji metodę obligatoryjnych rozmów edukacyjno-diagnostycznych dla wszystkich członków Zespołu.
- Natychmiastowa potrzeba znalezienia osoby (osób), posiadającej kompetencje „superwizora”, która poprowadziłaby: 1. Zebrania całego Zespołu i/lub podgrup, w charakterze pracy psychologicznej, mające na celu omawianie trudności w pracy, związane także (ale nie tylko) z wymienionymi powyżej dodatkowymi obowiązkami. 2. Działania o charakterze mediacyjnym, wobec pojawiających się w sposób naturalny napięć, wynikających np. z różnic w podejściu do pacjenta lub z nakładania się obowiązków czy kompetencji. 3. Bieżące wsparcie dla indywidualnych członków Zespołu i konsultacje ich indywidualnego stanu i potrzeb psychicznych, ewentualnie wskazanie drogi pracy nad pojawiającymi się problemami osobistymi.
- Natychmiastowa potrzeba znalezienia grupy psychologów (5-10-15 osób), mogących zdjąć część obciążeń z personelu medycznego, w celu lepszego zaspokojenia potrzeb pacjentów i ich rodzin. Dotyczy to: 1. Pacjentów umierających i/lub realnie zagrożonych śmiercią. 2. Ciężko chorych pacjentów po leczeniu w OIT, którzy przez wiele dni przyjmowali leki ograniczające lub całkowicie wyłączające świadomość i mają realny problem „powrotu” do normalności. 3. Rodzin pacjentów przychodzących do szpitala na spotkania w formie wideo-konferencji z ciężko chorymi lub umierającymi bliskimi. 4. Telefonicznego/wideo-telefonicznego kontaktu z bliskimi pacjentów, doświadczającymi rozpaczony wobec choroby czy śmierci osób najbliższych.
- Bardzo pilna potrzeba znalezienia grupy wyselekcjonowanych osób (5-10-15 osób), mogących, po przeszkoleniu, służyć na oddziale wsparciem dla personelu pielęgniarstwa (funkcje opiekuńcze, higieniczne, czy zapewnienie stałego, bazowego kontaktu z pacjentem).
- Potrzeba znalezienia duszpasterzy, nie tylko katolickich, dla wsparcia duchowego, głównie dla osób wierzących.
- Potrzeba znalezienia konsultanta ds. organizacyjno-naukowych, który zanalizowałby sytuację Oddziału C. i potrzeby jego Zespołu w obliczu pandemii, zebrałby informacje z innych szpitali oraz przygotował wnioski do przekazania władzom, mającym wpływ na zmianę paradygmatu, rządzącego standardami funkcjonowania oddziałów w szpitalach w czasie pandemii oraz po niej. Przygotowałby wnioski dla zmian programów kształcenia kadr medycznych, a także wytyczne, dotyczące wprowadzenia obowiązku „superwizji” dla różnych zawodów medycznych.
- Ewentualne znalezienie osoby, która poprowadziłaby specjalne zajęcia, dotyczące problematyki „umierania”, „śmierci” i „oswajania śmierci”, dla osób pracujących z pacjentami Oddziału C. i ew. innego personelu szpitala.
- Ewentualne szkolenia dla lekarzy różnych specjalności, którzy do tej pory nie włączali się w pracę z pacjentami Covidowymi, a ze względu na rozwój epidemii mogą być zaangażowani do takiej pracy.

Dobre praktyki w czasie pandemii

W okresie pandemii w większości szpitali wprowadzono, ze zrozumiałych względów, całkowity zakaz odwiedzin, co ograniczyło kontakty chorych z rodzinami jedynie do rozmów telefonicznych, a u najciężej chorych pacjentów całkowicie je wyeliminowało. Część z tych chorych nie przeżyła hospitalizacji, co uczyniło w tym kontekście sytuację ich i ich rodzin jeszcze bardziej tragiczną. Próby skontaktowania się rodzin z lekarzami prowadzącymi i uzyskania rzetelnej i wyczerpującej informacji o pacjencie były również niezwykle trudne. Lekarze obarczeni pracą z nadmiarową liczbą chorych, w wielu przypadkach przekraczającą realne ludzkie możliwości, byli „bombardowani” nieustającymi telefonami od rodzin, które nieraz przez kilka dni bezskutecznie próbowały dozwonić się do lekarzy. Tak było w wielu szpitalach. Aby uniknąć podobnego scenariusza w analizowanym oddziale C, wypracowane zostały metody pracy, które poprawiły warunki funkcjonowania oddziału i miały pozytywny wpływ na zespół medyczny, pacjentów i ich rodziny:

- W tym trudnym okresie, o dużym natężeniu pracy, dobrym rozwiązaniem było wprowadzenie stałych godzin kontaktu lekarzy z rodzinami pacjentów. O określonej godzinie lekarz miał czas na przygotowanie się do rozmów, po czym **to on** wykonywał telefony do rodziny każdego pacjenta. W ten sposób osiągnięto kilka celów:
 - z perspektywy lekarza: miał lepiej zorganizowaną pracę (nie przerywaną ciągłymi telefonami); miał czas na przygotowanie się do rozmów; rozmowy były rzeczowe, spokojniejsze i krótsze
 - z perspektywy rodzin pacjentów: zyskały możliwość i pewność spokojnej, wyczerpującej rozmowy o stanie swoich pacjentów;
- W tej trudnej dla rodzin pacjentów sytuacji dobrym rozwiązaniem były organizowane przez personel szpitala spotkania w formie wideo-konferencji, które: umożliwiły kontakt z rodziną tym chorym, którzy nie byli w stanie już sami obsłużyć telefonu; pozwoliły rodzinom pacjentów chociaż na samo zobaczenie chorych, którzy byli już nieprzytomni, pozwalały na mówienie słów, które chcieliby, aby tamci usłyszeli, a w sytuacjach ostatecznych dawały możliwość pożegnania.
- Docenianą przez personel medyczny praktyką były cotygodniowe spotkania online zespołu (czasem z udziałem psychologów), które dawały możliwość podzielenia się doświadczeniami i odreagowania (namiastka spotkań superwizyjnych) oraz otrzymania najnowszych informacji o praktykach leczenia w innych szpitalach w kraju i za granicą. O wartości takich spotkań świadczyła niezmiennie duża frekwencja uczestników z różnych oddziałów.

Materiał przygotowali:

Tomasz Kiersnowski, prezes Fundacji Dokładam Się

tel.: 607-301-539, mail.: tomasz.kiersnowski@dokladamsie.org

Jacek Michałowski, wiceprzewodniczący Rady Fundacji Dokładam Się

tel.: 721-800-888, mail.: jacek.michalowski@dokladamsie.org

dr Tomasz Siegel, kierownik Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii

mail: tomasz.siegel@szpitalczerniakowski.waw.pl