

Gesundheitspersonal in der Covid-19 Pandemie - Moralische Verletzung und Resilienzförderung

Was lässt uns Überleben? SBE Deutschland, Oktober 22

*Barbara Juen,
Alexander Kreh
Universität Innsbruck*

Projektübersicht

- No-Fear Portal: <https://www.no-fearproject-portal.eu/>
- No-Fear Homepage: <https://no-fearproject.eu/>
- IPP Online library: <https://whocares-pss.info/>

Vulnerable Gruppen in der Pandemie

- Jüngere Menschen (höhere Stresslevel, höhere Symptomlevel)
(z.B.: Xiong et al., 2020; Juen et al., 2020; Niederkrotenthaler et al., 2020)
- Weibliches Geschlecht
(e.g. Xiong et al., 2020; Juen et al., 2020)
- **Gesundheitspersonal (hohe Symptomlevel in internationalen Studien)**
(e.g.: Li et al., 2021; Marvaldi et al., 2021; Juen et al., 2020; Kang et al., 2020)
- Niedrigerer sozioökonomischer Status
(e.g. Xiong et al., 2020)
- Zuvor bestehende psychische Erkrankungen
(e.g. Xiong et al., 2020)

Hintergrund/Literatur

Gesundheitspersonal als Risikogruppe (insbesondere zu Pandemie-Beginn):

- Erhöhtes Stresserleben und Bedarf an psychosozialer Unterstützung (Kang et al., 2020)
- Hohe Symptomlevel in den ersten Wochen in PTBS, Depression, Angst, Schlafstörungen (z.B. Rossi et al., 2020; Pappa et al. 2020; Marvaldi et al., 2021)
- Insbesondere diejenigen die in der ersten Reihe arbeiteten (hoher Expositionsgrad) (z.B. Lai et al., 2020; Rossi et al., 2020)
- Insbesondere das Personal, mit weniger medizinischer Vorbildung (z.B. Tan et al., 2020)
- Langzeitfolgen nach SARS-Cov-1-Pandemie messbar: Höhere Werte bei Burnout, Depression, Angst, problematisches Gesundheitsverhalten, Fehlzeiten in betroffenen Krankenhäusern (Lancee et al., 2008)
- Moral injury (Riedel et al, 2021)

Erste Phase

- Neue Aufgaben und Rollen
- Zu wenig PPE und keine Testmöglichkeiten, keine Impfung
- Verlust von sozialer Nähe im Team
- Grösseres Infektions und Übertragungsrisiko
- Vermittler zwischen Patienten und Angehörigen
- Umgang mit Patienten und Angehörigen
- Reduzierte professionelle Distanz

- Kreh A, Brancaloni R, Magalini SC, Chieffo DPR, Flad B, Ellebrecht N et al. Ethical and psychosocial considerations for hospital personnel in the Covid-19 crisis: Moral injury and resilience. PloS one 2021;16(4):e0249609.
- Juen, B. & Kreh, A. Psychosocial Impact of Communication on First Responders and the Public: Communication in Crisis. NO-FEAR webinar; 2021.

Moralischer Stress und Moralische Verletzung

- Def: entweder man selbst oder der Arbeitgeber bzw der politische Entscheidungsträger tun Dinge, die mit den eigenen moralischen Werten kollidieren.
- *“the lasting psychological, biological, spiritual, behavioral, and social impact of perpetrating, failing to prevent, or bearing witness to acts that transgress deeply held moral beliefs and expectations”* [Shay2014, (p.697).
- Im Lauf der Pandemie wechselte der Stress von selbstbezogenen zu organisationsbezogenen Faktoren (Juen, Kreh et al 2021)
- Litz BT, Stein N, Delaney E, Lebowitz L, Nash WP, Silva C et al. Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. Clinical psychology review 2009;29(8):695–706.
- Shay J. Moral injury. Psychoanalytic psychology 2014;31(2):182.

Folgen von moralischer Verletzung

- Verlust von Vertrauen in
- Eigene Selbstkompetenz als Helfer*in
- Die Organisation
- Die Gesellschaft als Ganze

Hohes Risiko für Burnout

Folgen (Ergebnisse Forschung)

- Angst, Verlust von (Selbst)vertrauen,
- Hilflosigkeit und Zynismus, Isolation, Stress,
- Negativer Einfluss auf Familienleben und soziale Umgebung
- Entfremdung von Arbeit und Kollegen, Zorn, Schuldgefühle
- Verlust des Vertrauens in Führung und System,
- Frustration, Beschuldigung, Loslösung von der Arbeit,
- (innere) Kündigung, innere Lösung von der Organisation

Interviews

PLOS ONE

RESEARCH ARTICLE

Ethical and psychosocial considerations for hospital personnel in the Covid-19 crisis: Moral injury and resilience

Alexander Kreh^{1,2,3,4*}, Rachele Brancatore^{1,2}, Sabina Chiara Magagnoli^{1,2}, Daniela Pia Rosaria Chetani^{1,2}, Barbara Fließ^{1,2}, Hilla Eiteloch^{1,2}, Barbara Juen^{1,2}
¹ University of Innsbruck, Innsbruck, Austria, ² Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli (PCCG), Rome, Italy, ³ Catholic University of the Sacred Heart, Rome, Italy, ⁴ A.S. Krankenhaus St. Vincent, Zeme, Austria, ⁵ Albert-Ludwigs-University, Freiburg, Germany

* These authors contributed equally to this work.

[†] alexander.kreh@iuh.ac.at



(Kreh et al., 2020) <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249609>

- Qualitative Erhebung zu Beginn der Pandemie (März u April 2020)
- 13 Interviews in Italien und Österreichischen KHs
- Explorative Studie zur Erfassung von Stressoren und Strategien in MHPSS von HCWs
- Auswertung m. Grounded Theory

Stressoren

- Sorgen über Patientenversorgung
- Veränderte Arbeitsbedingungen/Verlust von Normalität
- Arbeiten in verändertem Krankenhausumfeld, Schutzausrüstung
- Auswirkung der Pandemie (auf Gesundheit und Wirtschaft global als auch im persönlichen Umfeld)
- Persönliche Isolation, Sorge um Ansteckung
- Ungewissheit (z.B. Dienstpläne, Entscheidungen/Stufenpläne)

Stressoren

- Ressourcenknappheit (zu Beginn)
- Soziale Aspekte (Kinderbetreuung, Pflege Angehöriger)
- Stigmatisierung und Gewalt
- Quarantäne-Erfahrung
- Moralische Verletzung

Fragebögen

- Ziel:

Erhebung von Stress, Wohlbefinden, Depressionsrisiken, Emotionen und Burnout unter Gesundheitspersonal im Verlauf der Pandemie

- Erhebungszeiträume:

	2020												2021												2022								
	Mrz	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez	Jan	Feb	Mrz	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez	Jan	Feb	Mrz	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep		
t1																																	
t2																																	
t3																																	
t4																																	
t5																																	

- Aussendung über LimeSurvey an Netzwerke: No-Fear, KI-Plattform, Rotes Kreuz, DCNA, KatNet

Fragebögen

Instrumente (Auswahl):

- **WHO-5** zur Messung des allgemeinen Wohlbefindens und Abschätzung des Depressionsrisikos (s. Topp et al., 2015)
- **Perceived Stress Scale** (Cohen, Karmack & Mermelstein (1983), Übersetzung v. Büssing (2011))
- Erlebte **Negative Emotionen** in Bezug auf die COVID-19 Pandemie (adpatiert nach Searle & Gow, 2010)

Stichprobe (gesamt)

T1 June/July/Aug 2020:

N: 1145
m=59,9%, w=39,9%, d=0,2%
67% AUT, 29% GER
Age ø 39,14 (SD=14,55)

T2 Nov/Dec 2020:

N: 766
m=58%, w=42%, d=0%
63% AUT, 30% GER
Age ø 42,15 (SD=14,51)

T3 April/May 2021:

N: 879
m=59,3%, w=40,7%, d=0%
80% AUT, 15% GER
Age ø 38,91 (SD=15,42)

T4 December 2021:

N: 535
m=59,6%, w=40,4%, d=0%
72,2% AUT, 21,3% GER
Age ø 42,04 (SD=15,68)

T5 July 2022:

N: 882
m=61,5%, w=38,2%, d=0,2%
85,7% AUT, 11,8% GER
Age ø 38,27 (SD=14,43)

Einsatzorganisationen:

Krankenhäuser:

Sozialbereich:

Langzeitpflege:

87% - 92% (mainly EMS)

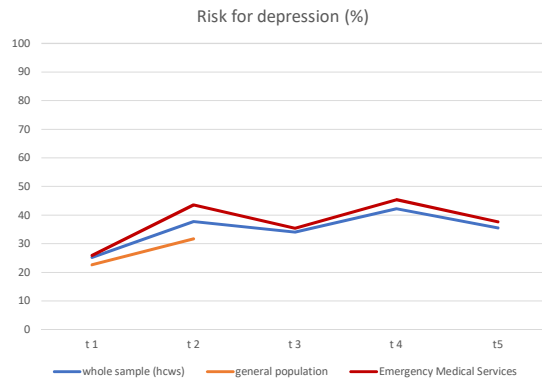
9% - 13%

12% - 15%

3% - 5%

Prozentualer Anteil an Befragten mit signifikant niedrigem Wohlbefinden (Depressionsrisiko) mittels WHO-5

„Low wellbeing underneath the 50-percentile indicates high risk for depression and it is recommended to test for clinical relevant symptoms in such cases“ (Topp et al., 2015)



Depressionsrisiko vorhanden in:

t1: 25,2%
t2: 37,8% (PHQ-9: 35,2%)
t3: 34,0%
t4: 42,2%
t5: 35,5%

Referenzstichproben

Allgemeinbevölkerung i. EU:

2016: 22%

2011: 25%

2007: 24%

(Eurofound, 2007, 2011, 2016, European Quality of Life Survey)

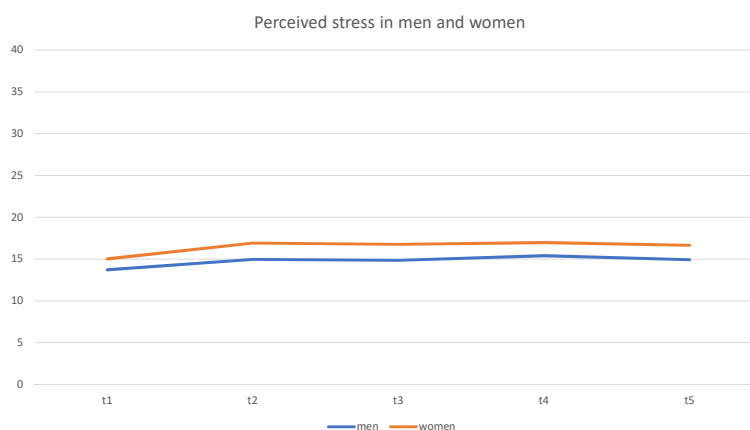
Referenzstichprobe Allg.

Bevölkerung in Österreich:

t1: 22,6%

t2: 31,7%

Geschlechtsunterschiede



Frauen zeigen signifikant höhere Stresslevel als Männer

t1: $t(1064) = -3,188$, $p = 0.001$, small effectsize, $d = 0,19$

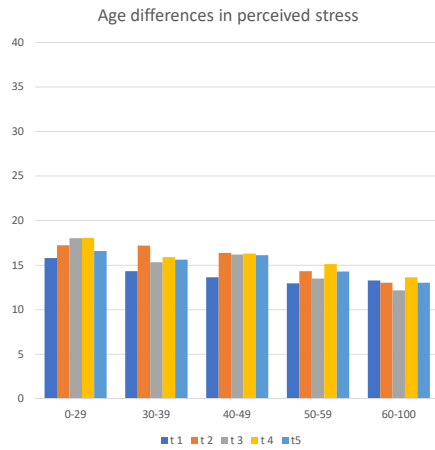
t2: $t(664) = -3,729$, $p < 0.001$, small effectsize, $d = 0,29$

t3: $t(816) = -3,924$, $p < 0.001$, small effectsize, $d = 0,28$

t4: $t(533) = -2,506$, $p < .05$, small effectsize, $d = 0,22$

t5: $t(659,63) = -3,593$, $p < .001$, small effectsize, $d = 0,25$

Altersunterschiede



Stresswahrnehmung ist niedriger bei älteren Teilnehmer*innen und am höchsten bei jungen Teilnehmer*innen (<30).

t1: $F(4,1061) = 7.768, p < .001$

t2: $F(4,664) = 9.599, p < .001$

t3: $F(4,814) = 20.348, p < .001$

t4: $F(4,530) = 6.344, p < .001$

t5: $F(4,877) = 6,203, p < .001$

Negative Emotions during the COVID-19 Pandemic



Veränderung mit der Zeit

- Organisationale Stressoren gewannen an Bedeutung
- Mangel an Kommunikation und Ernstgenommen werden vom Management
- Erlebte Ungerechtigkeit: Personalmangel auf der einen Seite, an anderen Stellen Personal das in Urlaub geschickt wird
- Mangelnde Planbarkeit und Erlebter Kontrollverlust („Herumgeschoben werden wie Möbelstücke“)
- Nicht Ernstgenommen werden von der Bevölkerung und Politik
- Zunehmendes Ausgesetzt sein (Aggression und Gewalt, Impfdebatte, Polarisierung)

Was tun? Führungskräfte-schulung

Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. JAMA. 2020; 323:2133–4. doi: 10.1001/jama.2020.5893 PMID: 32259193.

- **ZUHÖREN**, *Hearing staff*, e.g. by creating feedback mechanisms and taking concerns and needs into account,
- **SCHÜTZEN**, *Protecting staff*, e.g. by reducing infectional risks and providing adequate protective equipment,
- **VORBEREITEN**, *Preparing staff*, e.g. by provision of trainings that allow for adequate patient care and clear guidance regarding new challenges,
- **UNTERSTÜTZEN**, *Supporting staff*, e.g. on a physical (food, hydration) and emotional (webinars for all staff, individual approaches for those who show greater signs of distress) level, as well as
- **FÜRSORGE**, *Caring for staff*, e.g. by provision of lodging for those who live apart from families or other needs such as support in child care or in case of being quarantined. [10]

Interventionen

Informationell

- Gute Krisenkommunikation im Dialog
- Faktische Informationen über die konkrete Situation im eigenen Haus (Kapazitäten, Anzahl an infiziertem Personal etc.)
- Einbindung in Entscheidungsprozesse!

Instrumentell

- Schutz
- Reservenbildung (Zace et al., 2021)

Organisational

- z.B. dezentralisierte Entscheidungsfindung, Flexible Dienstenteilung, Investition in Fortbildung
- Beziehungen und Entscheidungsgerechtigkeit, Relational and decisional justice
- Organisationsziele die sowohl den Interessen der MA als auch Patient*innen dienen (Maunder et al., 2008)

Emotional/Psychologisch

- Resilienztrainings (z.B. Kunzler et al. 2020)
- Psychosoziale Unterstützung vor Ort (Alsheri et al., 2020)
- Peer support, Entlastungsgespräche, Supervision

Resilienzförderung

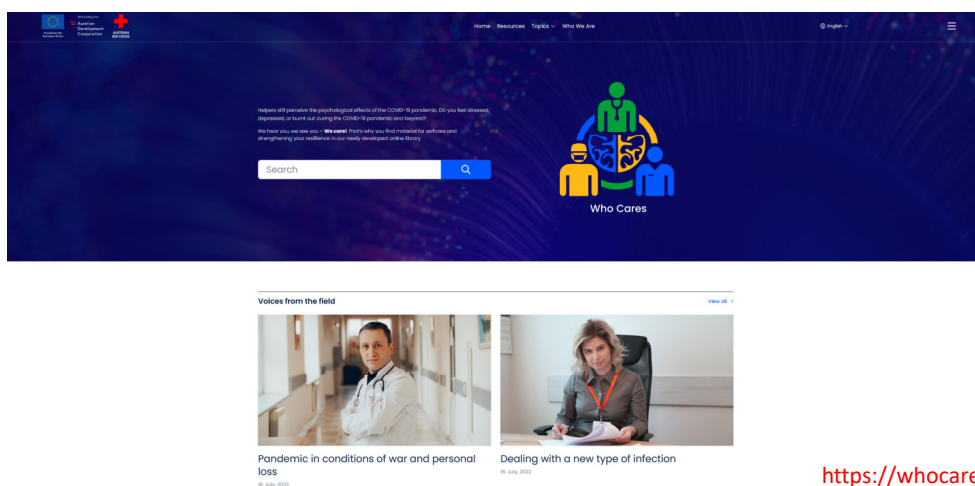
- **Erholungsfähigkeit** (Ressourcen, Pausen, Psychohygiene, Struktur, Teamkohäsion, individuelle Strategien: Tätigkeiten, Orte, Beziehungen, Niederschwelligkeit der Unterstützungsangebote)
- **Widerstandsfähigkeit** (Vorbereitung, Information proaktiv, Struktur der Organisation, Mitentscheidungsmöglichkeiten, Unterstützungssysteme und deren Akzeptanz und Bekanntheit, Ressourcenaufbau)
- **Wachstumsfähigkeit** (Nachbereitung, Accountability, Gelerntes sichtbar machen und anwenden, Anpassen des eigenen Selbstverständnisses und der eigenen Rolle)

Hobfoll (2007)

Alle Maßnahmen sollen folgende Elemente fördern/
Maßstab für gute psychosoziale Intervention!

- **Sicherheit**
- **Verbundenheit**
- **Ruhe**
- **Selbst und kollektive Effizienz**
- **Hoffnung**

Beispiel: Projekt IPP und WhoCares-Plattform



<https://whocares-pss.info/>

Studien Moralische Verletzung

- Mantri S, Lawson JM, Wang Z, Koenig HG. Identifying moral injury in healthcare professionals: The moral injury symptom scale-HP. *Journal of Religion and Health* 2020;59(5):2323–40.
- Farnsworth JK, Drescher KD, Evans W, Walser RD. A functional approach to understanding and treating military-related moral injury. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2017;6(4):391–7.
- Nash WP, Litz BT. Moral injury: A mechanism for war-related psychological trauma in military family members. *Clinical child and family psychology review* 2013;16(4):365–75.
- Gibbons SW, Shafer M, Hickling EJ, Ramsey G. How do deployed health care providers experience moral injury? Narrative inquiry in bioethics 2013;3(3):247–59.
- Haight W, Sugrue E, Calhoun M, Black J. Everyday coping with moral injury: The perspectives of professionals and parents involved with child protection services. *Children and Youth Services Review* 2017;82:108–21.
- French L, Hanna P, Huckle C. "If I die, they do not care": UK National Health Service staff experiences of betrayal-based moral injury during COVID-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2021.
- Riedel P-L, Kreh A, Kulcar V, Lieber A, Juen B. A Scoping Review of Moral Stressors, Moral Distress and Moral Injury in Healthcare Workers during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022;19(3):1666.
- Juen B, Kreh A, Flad B, Trigler M, Kaiser A, Mathes G et al. Effekte der Covid-19-Pandemie auf das Gesundheitspersonal: organisationale Risiko- und Schutzfaktoren. *Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen* 2021;19(3):46–56.
- [10] Riedel P-L, Kulcar V, Kreh A, Reiter M, Juen B. Führen in der Krise – organisationales Krisenmanagement während der COVID-19-Pandemie („coronavirus disease 2019“) am Beispiel der Lebenshilfe Tirol. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2021:1–9.

Studien Moralische Verletzung

- Kreh, A. & Juen, B. Human factors. Gaps identified. NO-FEAR Workshop: COVID-19 –What Have We Learned? Lessons Observed in NO-FEAR Project and Foresight Exercise. Madrid, Spain; 2022.
- Juen, B. & Kreh, A. Psychosocial Impact of Communication on First Responders and the Public: Communication in Crisis. NO-FEAR webinar; 2021.
- Kreh A, Brancaloni R, Magalini SC, Chieffo DPR, Flad B, Ellebrecht N et al. Ethical and psychosocial considerations for hospital personnel in the Covid-19 crisis: Moral injury and resilience. *PloS one* 2021;16(4):e0249609.