

Gesundheitspersonal in der Covid-19-Pandemie: Wer hilft den HelferInnen?

Was lässt uns Überleben? ProMente Psychiatrietag 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)

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 Kolleg*innen, 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*}, Rachele Brancatone², Sabina Chiara Magalini³, Daniela Pia Rosaria Chieffo², Barbara Flad⁴, Nils Ellebrecht⁵, Barbara Juen¹

1 University of Innsbruck, Innsbruck, Austria, 2 Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Rome, Italy, 3 Catholic University of the Sacred Heart, Rome, Italy, 4 A.ö. Krankenhaus St. Vinzenz, Zams, Austria, 5 Albert-Ludwigs-University, Freiburg, Germany

* These authors contributed equally to this work.
* alexander.kreh@uibk.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

Erste Phase

- Angst vor Ansteckung anderer (nahe Angehörige, Patient*innen, Kolleg*Innen)
- Neue Aufgaben und Rollen
- Zu wenig PPE und keine Testmöglichkeiten, keine Impfung
- Verlust von sozialer Nähe im Team
- Grösseres Infektions und Übertragungsrisiko
- Vermittler zwischen Patient*innen und Angehörigen
- Umgang mit Patienten und Angehörigen
- Reduzierte professionelle Distanz

- Kreh A, Brancaleoni 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.

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 (Herumgeschobenwerden wie Möbelstücke)
- Nicht Ernstgenommen werden von der Bevölkerung und Politik
- Zunehmendes Ausgesetzt sein (Aggression und Gewalt, Impfdebatte, Polarisierung)

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				t1																												
t2									t2																							
t3													t3																			
t4																						t4										
t5																															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 \emptyset 39,14 (SD=14,55)

T2 Nov/Dec 2020:

N: 766

m=58%, w=42%, d=0%

63% AUT, 30% GER

Age \emptyset 42,15 (SD=14,51)

T3 April/May 2021:

N: 879

m=59,3%, w=40,7%, d=0%

80% AUT, 15% GER

Age \emptyset 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 \emptyset 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 \emptyset 38,27 (SD=14,43)

Einsatzorganisationen:

Krankenhäuser:

Sozialbereich:

Langzeitpflege:

87% - 92% (mainly EMS)

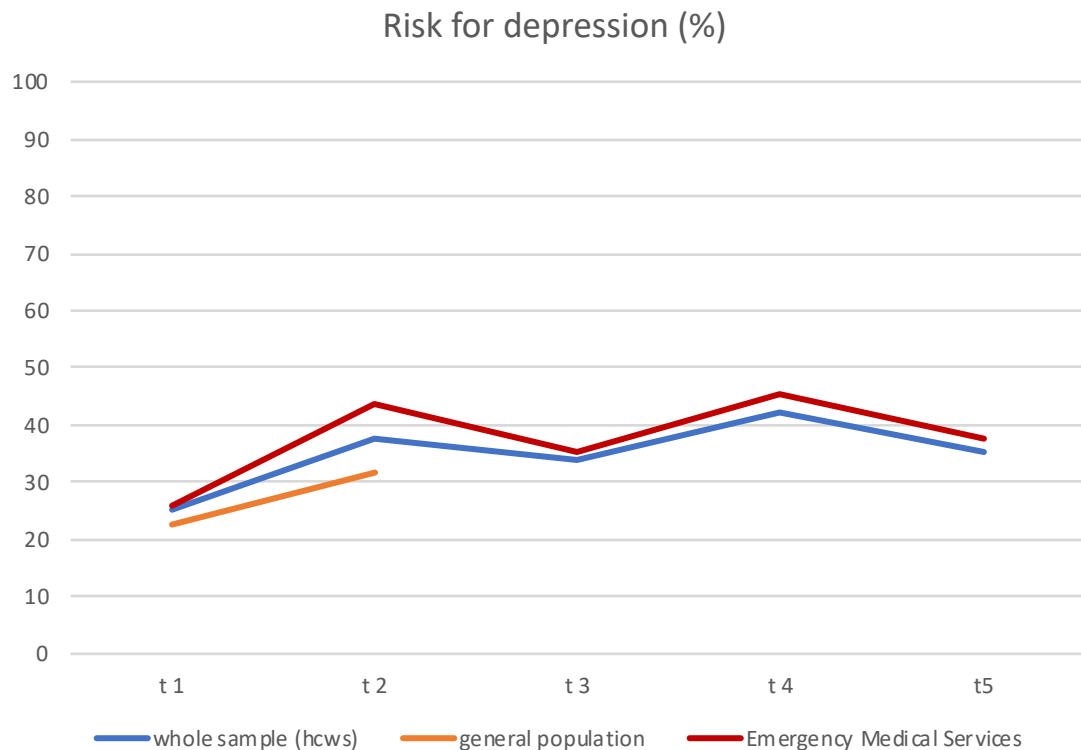
9% - 13%

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)

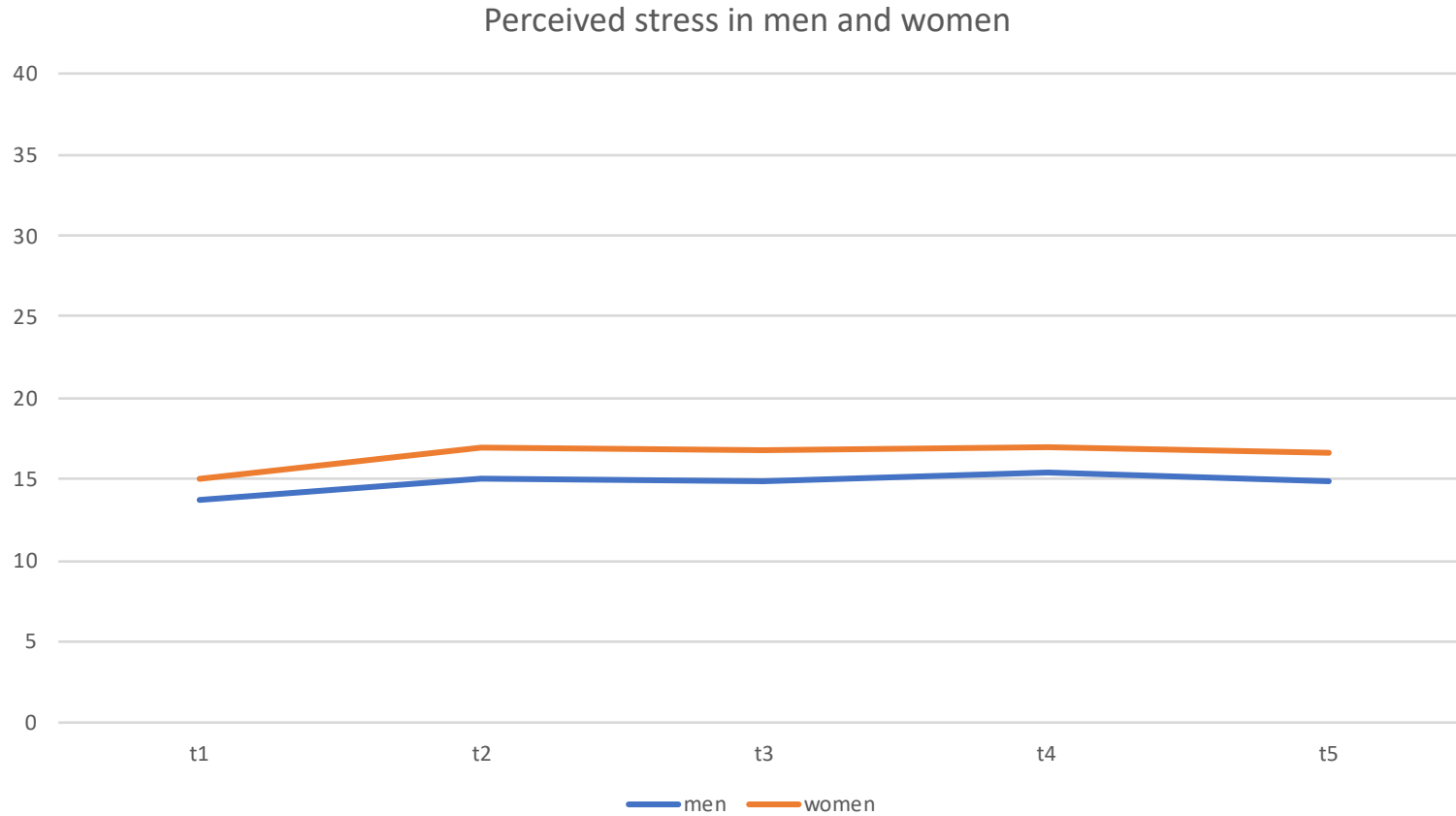
Referenzstichprobe Allg.

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, $d=0,19$

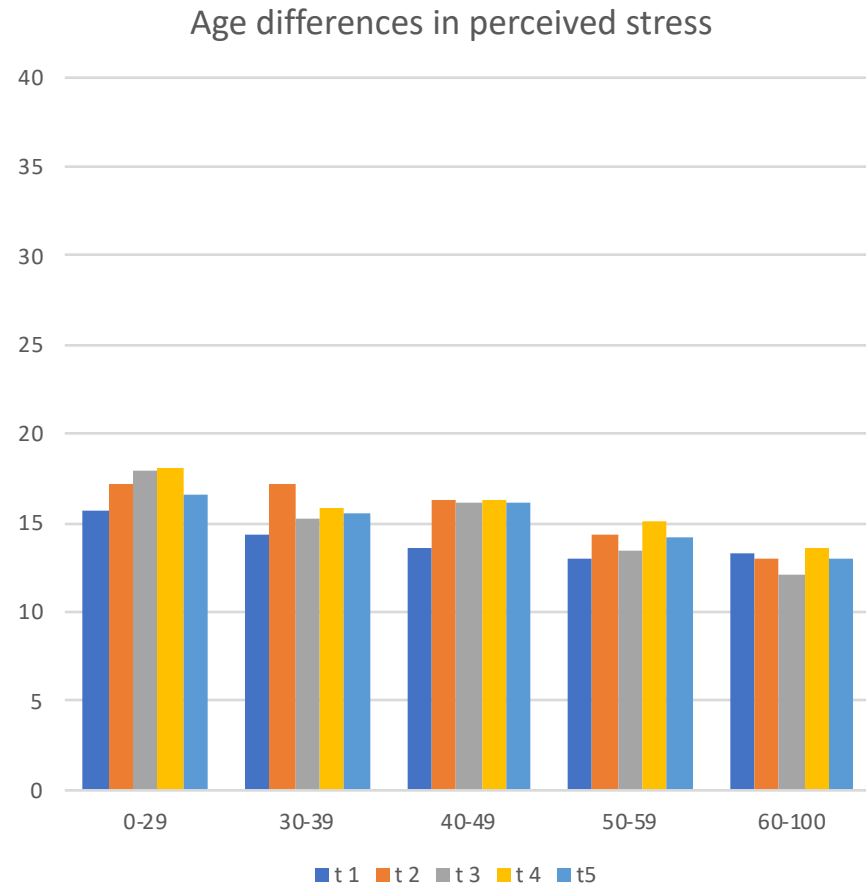
t2: $t(664)=-3,729$, $p<0.001$, small effectsize, $d=0,29$

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

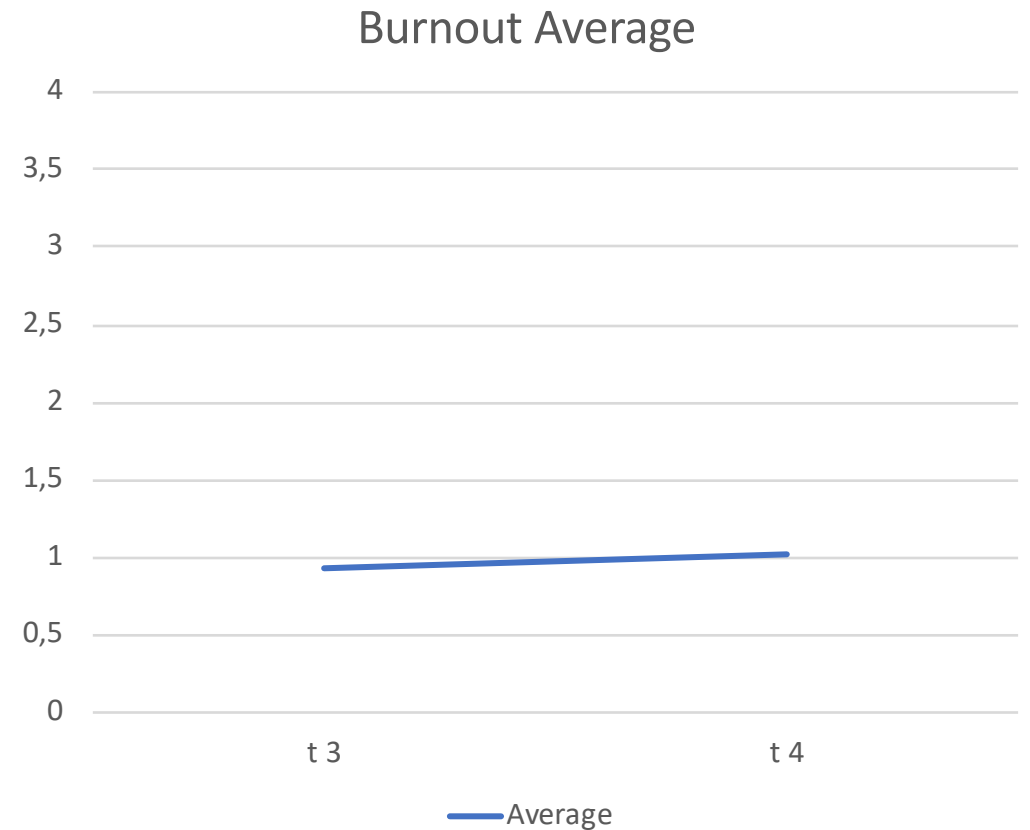
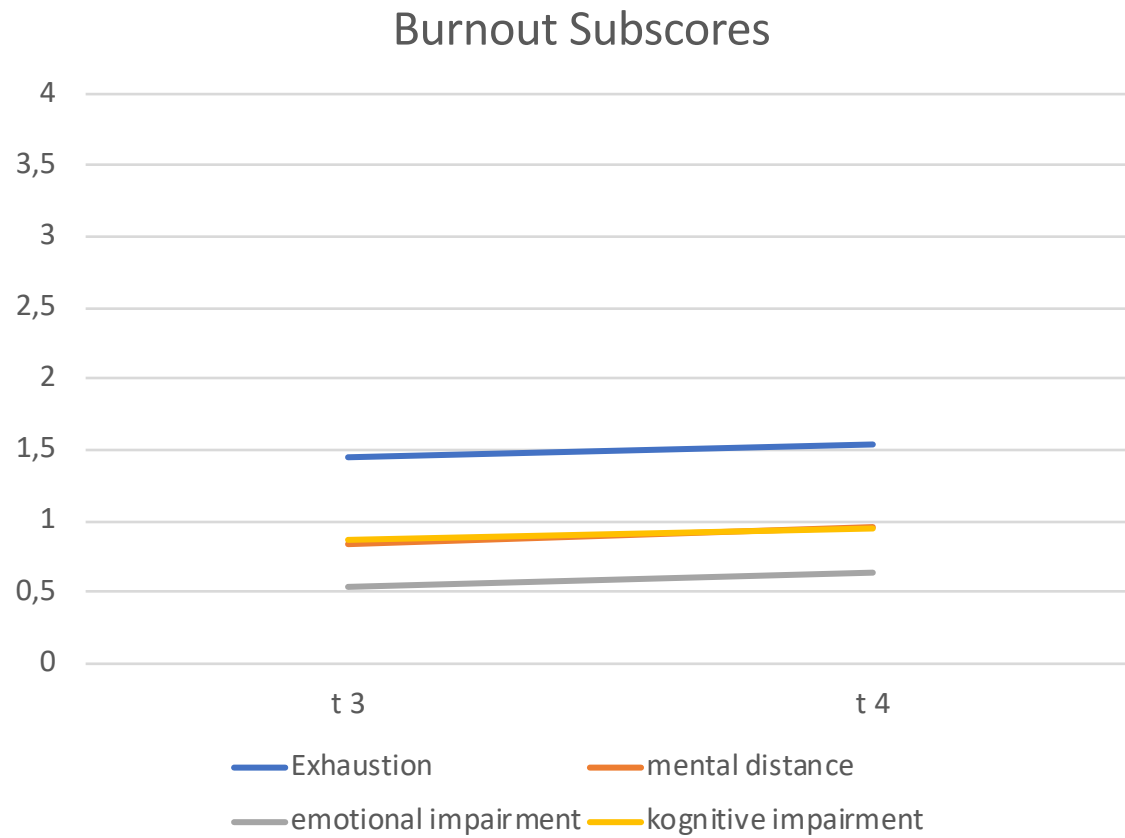
t3: $F(4,814) = 20.348, p < .001$

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

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

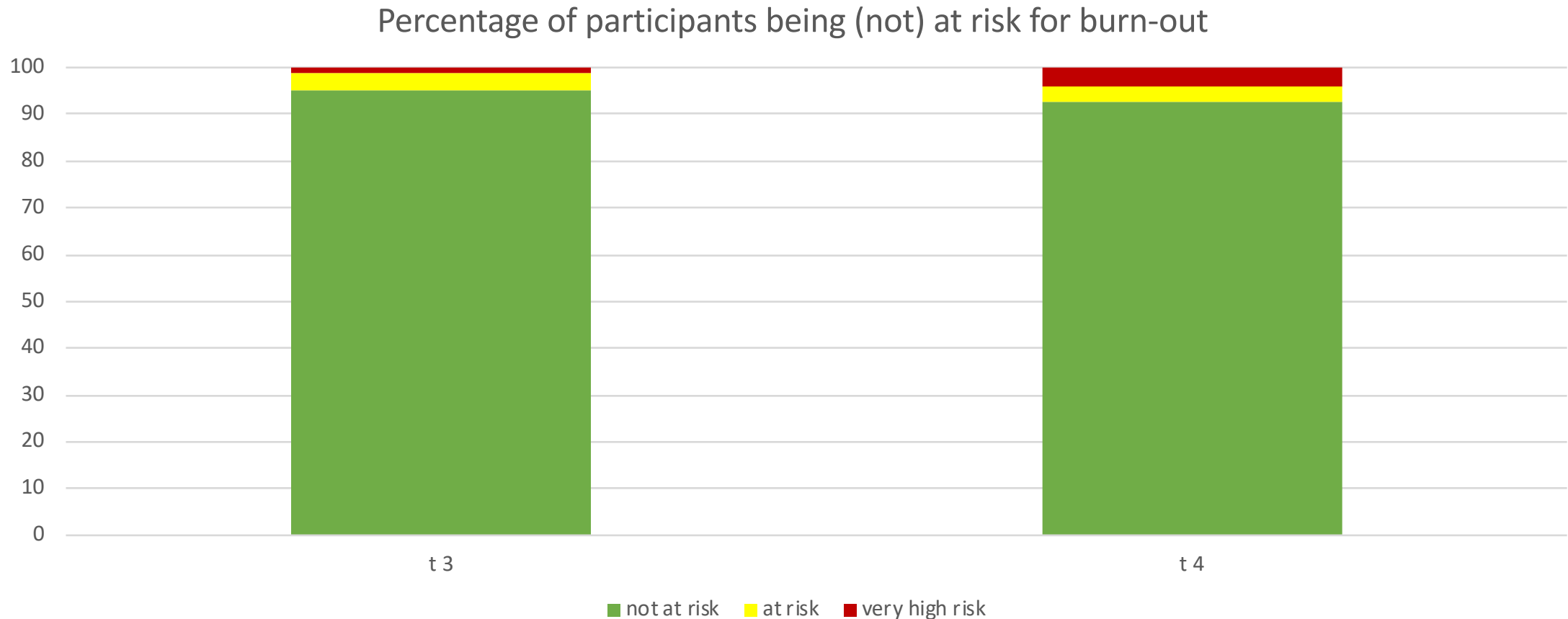
Burnout

Quantitative measures with the BAT do not indicate high risks for burn-out.



Burnout cut-off values (flemish norm sample)

Number of participants with very high risks for Burn-out slightly increased, however the number of those showing no risks is still above 90%.



Negative Emotions during the COVID-19 Pandemic



Resilienzbildende Elemente

Informationell

- Gute Krisenkommunikation im Dialog (Paton, 2008)
- 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)

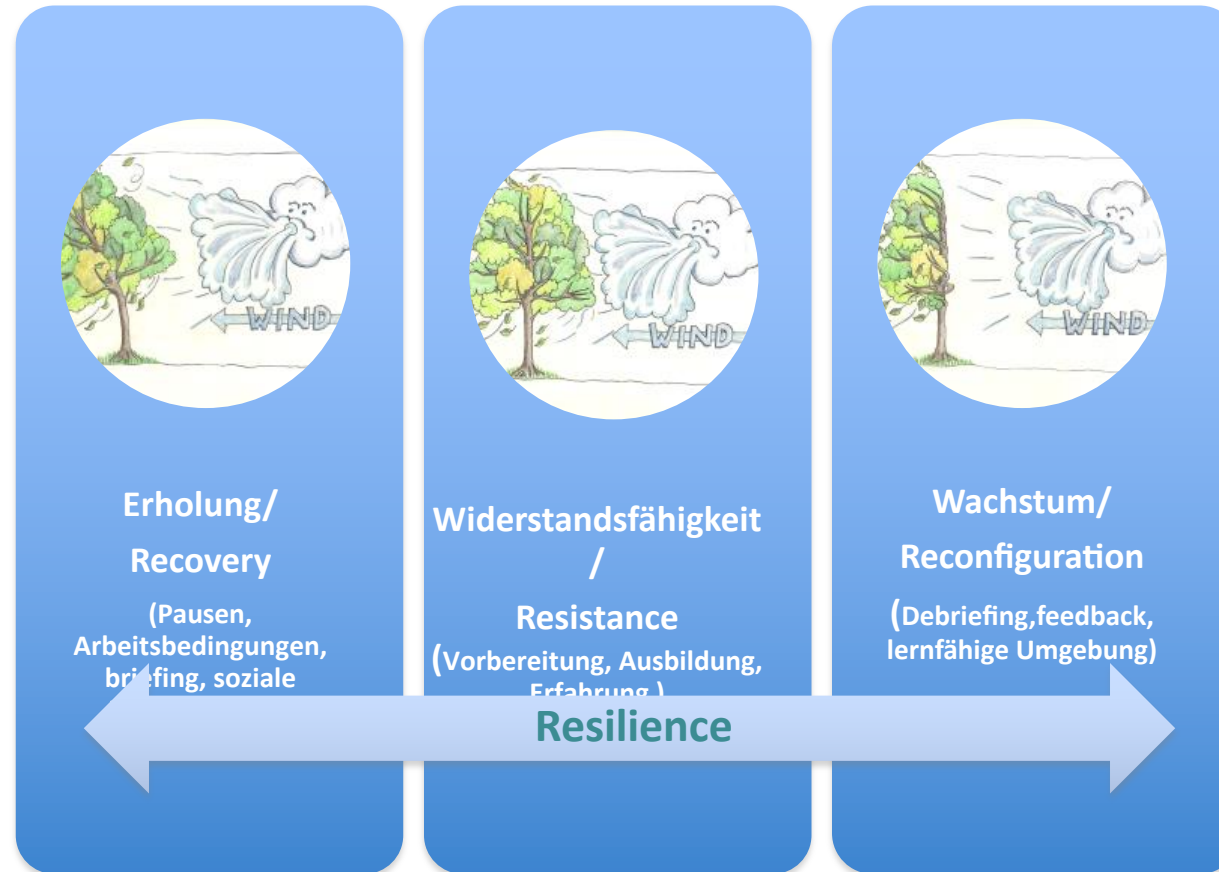
Organisational

- z.B. dezentralisierte Entscheidungsfindung, Flexible Diensterteilung, Investition in Fortbildung
- Beziehungs 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

Resilienzdefinitionen



Lepore & Revenson (2006), in Calhoun & Tedeschi, Handbook of Posttraumatic Growth

Individuelle Resilienzförderung

- **Erholungsfähigkeit** stärken (z.B. Stressmanagementtraining, Entspannungstechniken, Ressourcen nutzen können etc.)
- **Widerstandsfähigkeit** stärken (z.B. Ausbildung, Fortbildung, Arbeiten unter Hochstress, Ressourcen haben)
- **Wachstumsfähigkeit** stärken (z.B. crisis resource management, lernendes System, Reflexion, Debriefing, Posttraumatisches Wachstum, Positives sehen können)

Resilienzförderung auf Teamebene

- **Widerstandsfähigkeit:** Teambildung, Vertrauensaufbau, Erfolgreiches gemeinsames Meistern herausfordernder Situationen, Teilen negativer Emotionen, gute Teamkoordination
- **Erholungsfähigkeit:** Teilen positiver Emotionen, Anpassungsfähigkeit an neue Situationen, Übung
- **Wachstumsfähigkeit:** lernendes System, Nachbereitung und Reflexion, Supervision

Resilienzförderung auf Organisationsebene

- **Widerstandsfähigkeit** (Vorbereitung, Information im Dialog, Mitentscheidungsmöglichkeiten, Unterstützungssysteme und deren Akzeptanz und Bekanntheit, Ressourcenaufbau)
- **Erholungsfähigkeit** (Ressourcenutzung und -verteilung, Pausen, organisationale Gerechtigkeit, Niederschwelligkeit der Unterstützungsangebote)
- **Wachstumsfähigkeit** (Nachbereitung, Accountability, Gelerntes sichtbar machen und anwenden, Anpassen des eigenen Selbstverständnisses und der eigenen Rolle und Ziele berufsgruppenübergreifend)

Wer hilft den Helfer*innen? Management

- **Organisations-, Systemebene**
 - Ausreichende Personalressourcen
 - Sicherheit (Ressourcen, Ausbildung, Fortbildung, Unterstützung)
 - Dezentrale Entscheidungsstrukturen
- **Führungskräfteunterstützung (Kommunikation, Gemeinschaft, Gerechtigkeit, Selbstfürsorge)**
 - Organisationale Gerechtigkeit
 - Gute Kommunikation am besten im Dialog mit den Mitarbeiter*innen
 - Zielgruppenorientierte Information z.B. zu Impfungen
 - Beziehungsgerechtigkeit und Entscheidungsgerechtigkeit: Empathische Führung mit Interesse am Einzelnen
- **Psychosoziales Unterstützungssystem**
 - Kollegenhilfesysteme/Peer Support
 - Direkte vor Ort Unterstützung durch Kollegenhelfer*innen oder psychosoziale Fachkräfte und Klinikseelsorge im Umgang mit Patient*innen und Angehörigen, aber auch im direkten Kontakt mit dem Personal-Ausbau der entsprechenden Strukturen

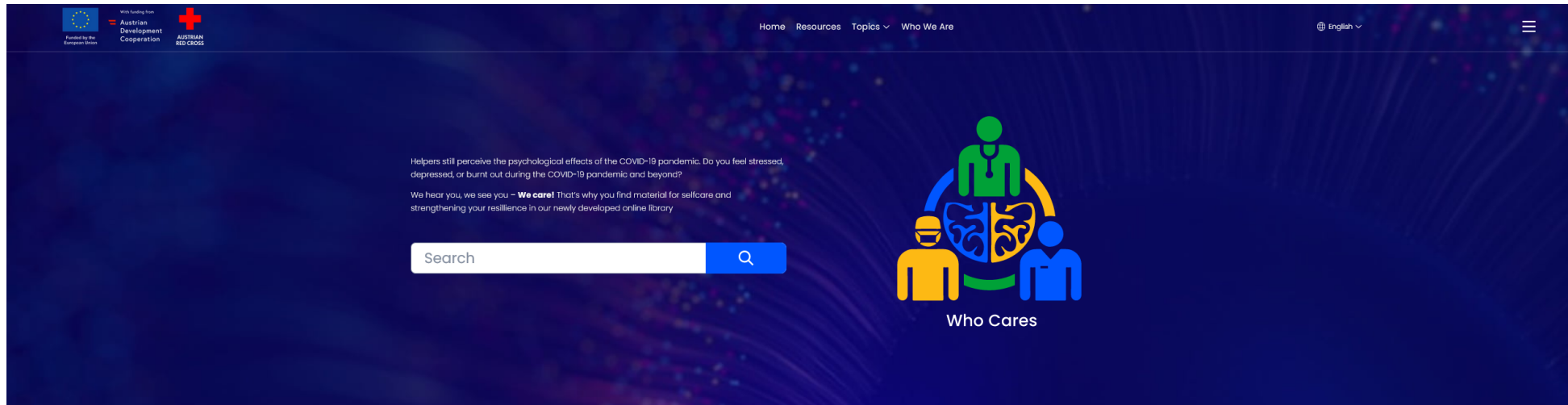
Wer hilft den Helfer*innen? Politik

- **Ausreichend Personalressourcen**/langfristige Verbesserungen in Ausbildung und Arbeitssituation inkl bessere Entlohnung im Pflegebereich
- **Gerechte Verteilung** von Ressourcen und Anerkennung (nicht nur auf die Covid Stationen, nicht nur bestimmte Personengruppen)
- **Einbindung von Pflegepersonen** als Expert*innen (Chief Nursing Officer) auf der Ebene der Gesundheitsministerien (siehe dazu auch: <https://www.ingo-news.at/pflege/johannstrobilmair-interview.html>)
- **Sichtbarmachen der Belastungen und der Leistungen** des Personals
- Praktische Unterstützung: z.B. Sonderbetreuungszeiten für Eltern

Resilienzbildende Organisation

- Um Resilienz zu bilden ist es wichtig Mitarbeitende auf ihre Stärken aufmerksam zu machen. Und diese zu fördern
- Die Sinnhaftigkeit und Effektivität der Arbeit muss dabei immer wieder ins Zentrum rücken.
- Auf der Gruppenebene sollte die Organisation/die Führung den Mitgliedern die Chance bieten, ihre Arbeit als sinnvoll und effektiv zu erleben und dafür auch regelmässig positives Feedback und Unterstützung zu bekommen. Klarheit über die eigene Rolle und die Grenzen gehört dazu
- Führungskräfte und Peers müssen fähig sein zur Selbstfürsorge, nur so können sie ein gutes Vorbild sein
- **Hauptbotschaft:** Unser Job ist sinnvoll und effektiv und bietet uns viele Chancen zum Wachstum und Lernen (Shakespeare-Finch, 2006)

Beispiel: Projekt IPP und WhoCares-Plattform



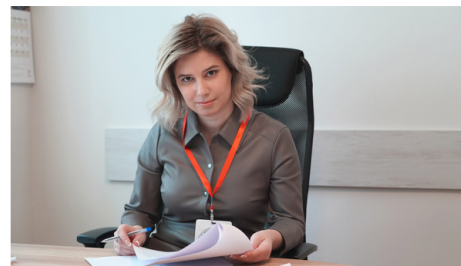
Voices from the field

[View all >](#)



Pandemic in conditions of war and personal loss

18. July, 2022



Dealing with a new type of infection

16. July, 2022

<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, Brancaleoni 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.