

Prävention psychischer Folgeschäden nach belastenden Ereignissen im Gesundheitswesen

Dirk Richter

Was erwartet Sie in den nächsten Minuten?

- Häufigkeit und Verlauf von Psychotraumata im Gesundheitswesen
- Nachsorge, Debriefing und soziale Unterstützung
- Grundsätze und Richtlinien der Nachsorge nach belastenden Ereignissen
- Resilienzförderung als ergänzende Massnahme*

* Schweizer Tastaturen kennen kein sz

Potenziell traumatisierende Ereignisse für Mitarbeitende im Gesundheitswesen

- Grossschadenslagen (terroristische Akte, Schulmassaker, Naturkatastrophen etc.)
- Ereignisse und Krankheitsentwicklungen, welche zur Hilflosigkeit bei Mitarbeitenden führen (Rettungskräfte, Notfall- und Intensivpflegende etc.)
- Patientensuizide (v.a. in der Psychiatrie)
- sekundäre Traumatisierungen durch Pflege und Behandlung traumatisierter PatientInnen
- Patientenübergriffe (von verbalen Drohungen bis Geiselnahmen)

Häufigkeit der Psychotraumata im Gesundheitswesen

- nach potenziell traumatisierenden Ereignissen erleben zwischen 10 und 20 Prozent der betroffenen Mitarbeitenden ein Psychotrauma
- die PTBS-Prävalenz unterscheidet sich nicht wesentlich zwischen Rettungskräften und Mitarbeitenden von Kliniken und Spitälern

Stimmung nach dem Vorfall

Freitext-Antworten

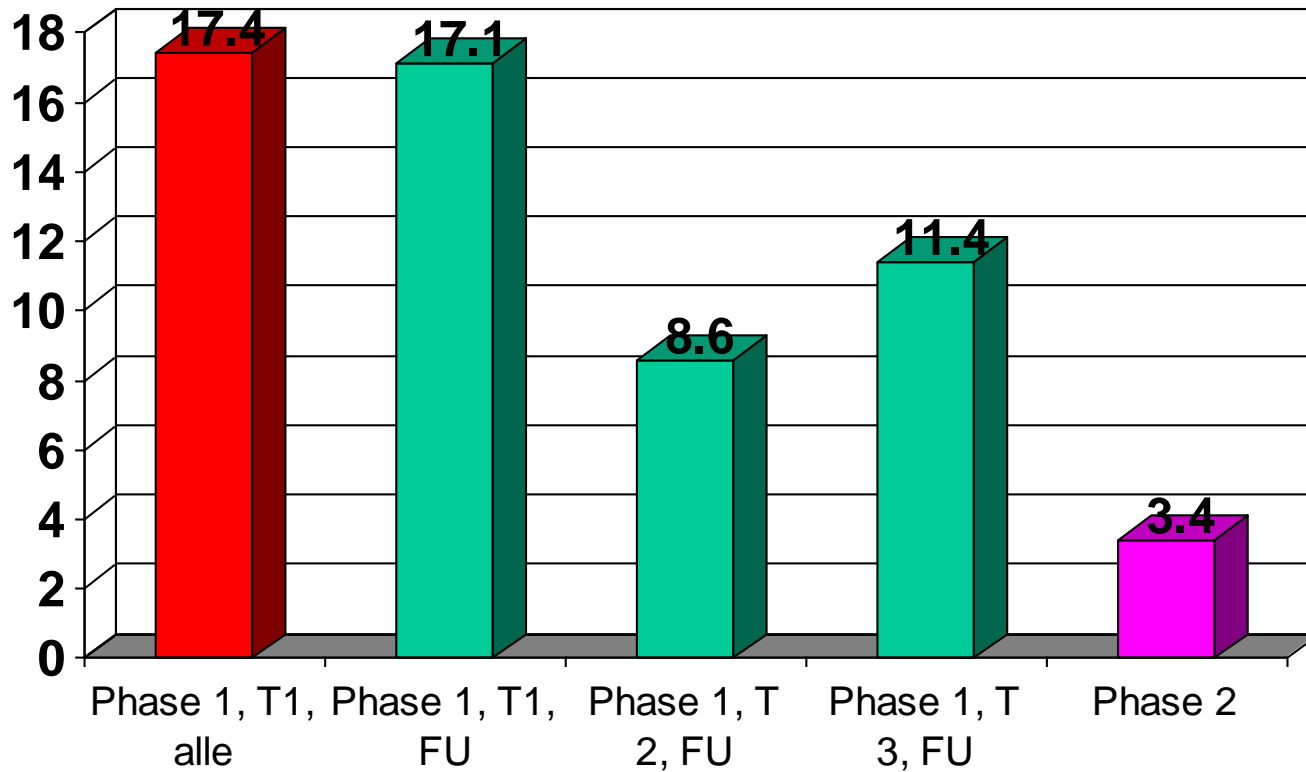
- Ein komisches Gefühl in der Magengegend hielt noch Tage an
- Nervös, unruhig, zittrig
- Die Gefühle kamen erst später zuhause
- Ich weinte und zitterte
- Habe mich vor meinen eigenen Gefühlen erschrocken
- Fühlte mich wie betäubt: die Gefühle kamen erst später
- Erst nach ca. 24 Std. wurde mir klar, was passiert war
- Die ersten Tage habe ich nur geweint, wenn ich daran dachte

Stimmung nach dem Vorfall

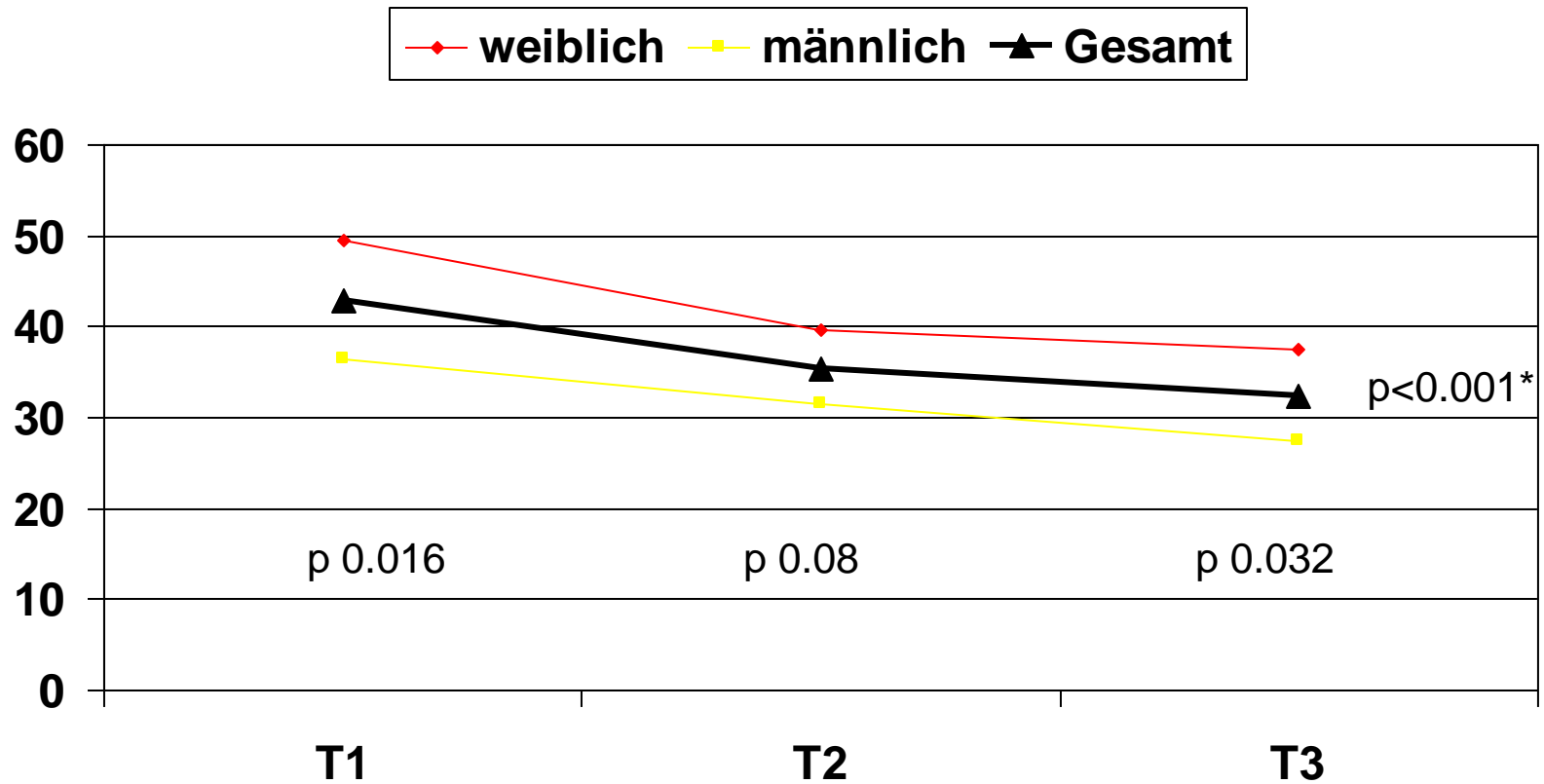
Freitext-Antworten

- Habe wie im Film weiter gearbeitet
- Hatte v.a. große Angst
- War entsetzt, alles geschah so plötzlich
- Die Symptome kamen erst nach zwei Tagen
- Wut und Hilflosigkeit kamen erst nach der OP auf
- v.a. Angst weil ich einen Fehler gemacht habe, Angst um meinen Arbeitsplatz!
- Schlimme Angstattacken nach Dienstschluss
- Menstruation kam 2 Wochen früher, Wut
- Wut auf die Klinikleitung und Ärzte (mangelndes Verständnis)

PTBS-Diagnose zu verschiedenen Messzeitpunkten (PCL-C; DSM-IV; %)



PTBS-Verlauf über mehrere Monate (IES-R-Gesamtscore)



*paarweiser T-Test T1 – T3

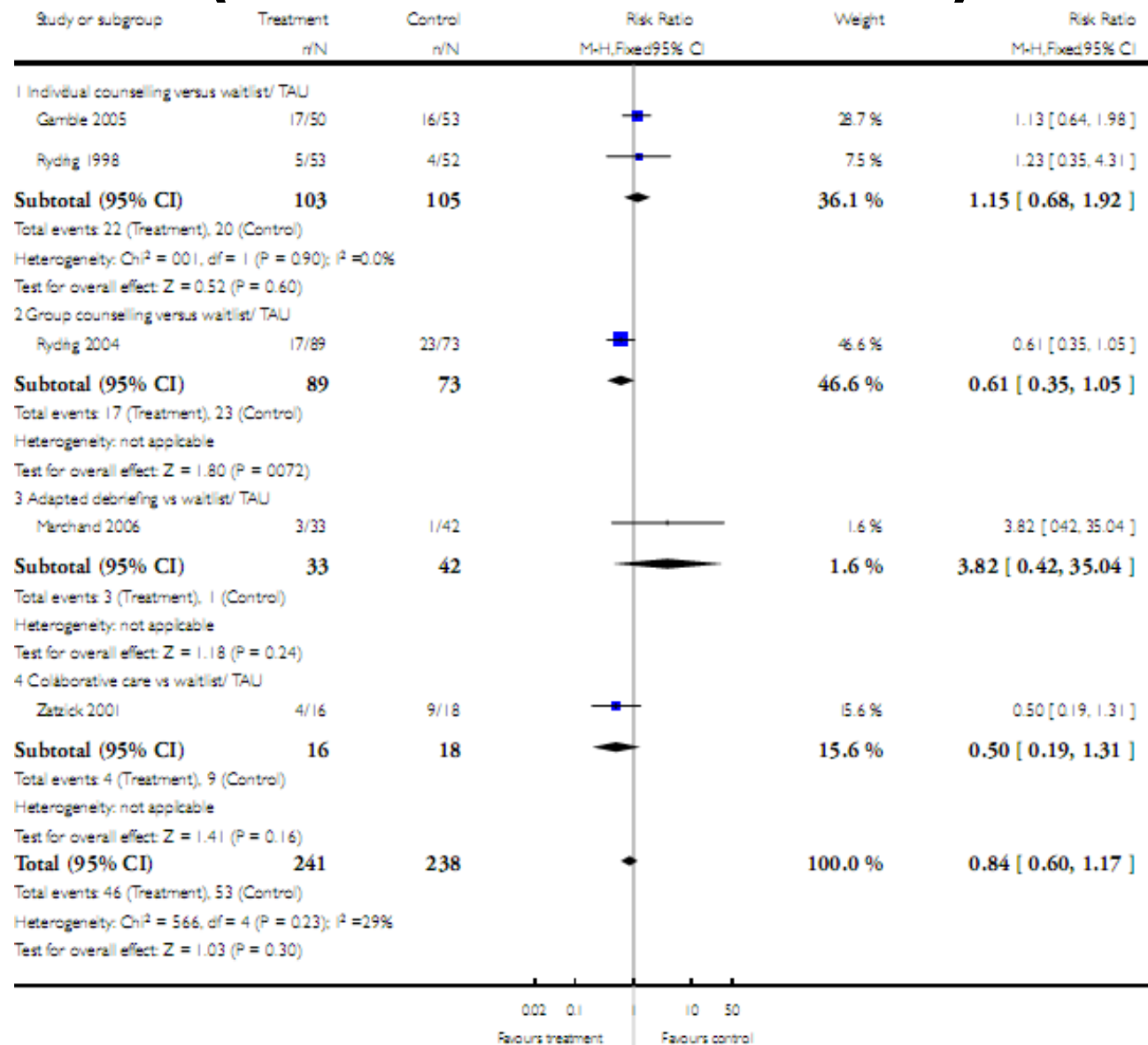
Präventionsstrategien

- Primärprävention
 - Vermeidung bzw. Verminderung traumatisierender Ereignisse (z.B. gut eingeführtes Aggressionsmanagement mit Deeskalation und Körpertechniken)
 - Resilienzförderung (Vorbereitung von Mitarbeitenden auf potenziell belastende Ereignisse)
- Sekundärprävention:
 - Nachsorge nach belastenden Ereignissen

Was wurde bisher versucht: Multi-Session-Debriefing

- Debriefing ist zentraler Bestandteil strukturierter Kriseninterventionsmodelle wie CISM (Critical Incident Stress Management; dt. SbE, Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen; Mitchell/Everly)
- solche Programme sind verbreitet bei Rettungs- und Katastrophen Helfern im Einsatz
- CISM und ähnliche Modelle sehen eine umfassende Begleitung/Betreuung von Traumaopfern vor, inklusive einer systematischen Debriefing-Session
- Hauptkomponente des Debriefing ist das systematische Durchleben des Traumas (emotional/kognitiv); 7-Schritte-Modell nach Mitchell

Klassisches Debriefing wirkt nicht! (Cochrane Review 2008)



Präventionsziele in der Nachsorge

- Sicherstellung sozialer Unterstützung
 - ‚gefühlte‘ Unterstützung in der Einrichtung
 - Anbindung an vorhandene soziale Netzwerke (Familie, Freunde etc.)
- wenn nötig: Überleitung und Begleitung zu fachärztlicher bzw. psychotherapeutischer Behandlung

Warum ist soziale Unterstützung so wichtig?

- nicht vorhandene oder gar negativ wirkende soziale Einbindung wirkt sich negativ auf den Verlauf der Belastungsreaktion aus (z.B. Vorwürfe, Unsensibilitäten)
- fehlende soziale Unterstützung zeigt mittlere Effektstärken auf das PTBS-Risiko (ca. 0.3)
- positive soziale Unterstützung zeigt mittlere Effektstärken auf die Verminderung des PTBS-Risikos (ca. 0.3)

Soziale Unterstützung muss positiv erlebt werden

- Meta-Analyse mit 37 Studien bei Rettungskräften, Feuerwehrleuten und PolizistInnen nach traumatisierenden Ereignissen
 - Einflussparameter: soziale Unterstützung;
Ergebnisparameter: psychische Gesundheit
 - erhaltene soziale Unterstützung → Effektstärke 0.22
 - erlebte soziale Unterstützung → Effektstärke 0.31
- die Betroffenen benötigen das Gefühl der Sorge, nicht nur die ‚nackte‘ Unterstützung!

Anforderungen an eine Präventionsstrategie gegen PTBS

- unmittelbare Reaktion auf die Folgen des Übergriffs im Arbeitsbereich (z.B. Station/Wohngruppe)
 - Unterstützung durch direkte Kolleginnen und Kollegen
- organisatorische Reaktion durch die Einrichtung auf mittlere Sicht
 - Unterstützung durch Nachsorgeteam

Nachsorge nach traumatisierenden Ereignissen

- Nachsorgeteams sind aus verschiedenen Arbeitsbereichen als Standardintervention bekannt, v.a. aus dem Gesundheitswesen und aus militärischen Einheiten
- Nachsorgeteams stellen die soziale Unterstützung für die Betroffenen sicher
- bewährt haben sich Teams aus gleichgestellten Kolleginnen und Kollegen (Peer Support)

Nachsorge vs. Debriefing

- Nachsorge ist von Debriefing zu unterscheiden
- Nachsorge kümmert sich um soziale und organisatorische Unterstützung
- das emotionale Erleben der Betroffenen während des Ereignisses wird nur am Rande angesprochen (evtl. im Rahmen eines Erstinterviews)
- eine zu starke Fokussierung auf das Erleben während des Ereignisses führt zu einer schlechteren Verlaufsprognose bei einzelnen Betroffenen

Elemente der Psychologischen Ersten Hilfe

- Kontakt- und Beziehungsaufnahme
- Sicherheit
- Stabilisierung
- Informationen sammeln
 - welche Probleme bedürfen einer unmittelbaren Reaktion?
 - gibt es bekannte Risiken (Vorerkrankungen oder –traumatisierungen)?
- praktische Unterstützung
- Anbindung an soziale Netzwerke
- Informationsvermittlung
- unter Umständen Überleitung an therapeutische Hilfe

Grundsätze der Erstintervention

- nur eine Minorität von Übergriffen führt zu einem Psychotrauma
- die Betroffenen haben unterschiedliche Bedürfnisse, denen abgestuft entsprochen werden sollte
- als Methode geht es um die Vermittlung 'psychologischer Erster Hilfe', nicht um Therapie
- Intervention von psychiatrischen/ psychologischen Professionellen ist vorteilhaft

Grundsätze der Erstintervention

- vermittelt werden sollen
 - Sicherheit (" es ist vorbei, Du bist jetzt in Sicherheit")
 - Informationen über den Ablauf des Geschehens (Betroffene haben ggf. ein idiosynkratisches Erlebnis gehabt, das sich nicht mit dem Erleben anderer deckt)
 - Informationen über Traumata und den zu erwartenden Verlauf ("was Du erlebst, ist eine normale Reaktion"),
 - 'korrekte' Attributionen (Betroffene erleben sich ggf. als Ursache bzw. als absolut hilflos und verloren)

BE Bledsoe: Critical Incident Stress Management (CISM): Benefit or risk for emergency services?
Prehospital Emergency Care 7 (2003), 272-279

JE Osterman, CM Chemtob: Emergency intervention for acute traumatic stress. Psychiatric Services 50
(1999), 739-740

Grundsätze der Erstintervention

- umfassende soziale Unterstützung und Ressourcen (z.B. Begleitung und Information von Freunden/Familie, damit ein 'einheitliches' Bild vom Geschehen vermittelt wird)
- nicht direktiv arbeiten (z.B. nicht gegen den Willen des Betroffenen nach Haus schicken, nicht zum Wiedererzählen der Situation oder damit verbundene Gefühle überreden)
- die Betroffenen über die weiteren Schritte entscheiden lassen
- Ersthelfer müssen die Grenzen ihrer Möglichkeiten kennen

Richtlinien für die Durchführung Psychologischer Erster Hilfe

- Drängen Sie sich nicht auf, erfragen Sie respektvoll, wie Sie am Besten helfen können
- Sprechen Sie ruhig und langsam, seien Sie aufmerksam und einfühlsam
- Bereiten Sie sich darauf vor, dass die Betroffenen eine Hilfe ablehnen
- Wenn die Betroffenen über das Geschehen reden wollen, hören sie aufmerksam zu
- Verstärken Sie die positiven Verhaltensweisen zur Bewältigung des Geschehenen

Richtlinien für die Durchführung Psychologischer Erster Hilfe

- Gehen Sie nicht mit Vorerwartungen über das Erleben der Betroffenen in das Gespräch
- Erwarten Sie nicht, dass jeder Betroffene auch traumatisiert ist
- Vermeiden sie „Pathologisierungen“; sprechen Sie nicht von Symptomen, Diagnosen, Störungen oder Krankheiten
- Vermeiden Sie eine Paternalisierung der Betroffenen
- Vermeiden Sie ein Debriefing durch Erfragen zu detaillierter emotionaler und kognitiver Erlebnisse

Was kann die Einrichtung tun?

- Gefährdungsanalyse (kritische Bereiche identifizieren)
- Fokus auf Folgen von sämtlicher potenziell traumatisierender Ereignisse (nicht nur Übergriffe!)
- Kriseninterventionsmaßnahmen systematisch organisieren
 - Vorteil: Betroffene fühlen sich nicht stigmatisiert
- evtl. Anleitung durch Notfallpsychologen
- Nachsorgeteam zusammenstellen

Was kann die Einrichtung tun?

- Schulung in Maßnahmen zur Krisenintervention
- Schulung von Mitarbeitern in potenziellen Gefahrenbereichen über mögliche psychische Folgen
- Schulung von Mitarbeitern über soziale Unterstützung und Erarbeitung eines kollegialen Unterstützungsmodus
- Erarbeitung eines Interventionsstandards: Nachfrage nach jedem Patientenübergriff, Arbeitsplatz verlassen (Angebot), frei nehmen, aktive Unterstützung durch Leitung
- systematische Nachbesprechung des traumatisierenden Ereignisses und seiner organisatorischen Bewältigung

Was kann die Einrichtung tun?

- Liste erreichbarer und qualifizierter Psychotherapeuten erstellen
- Kostenerstattung für eine evtl. notwendige Psychotherapie regeln (Kontakt zur Berufsgenossenschaft)
- gemeinsam mit Betroffenen über eine (zeitweise) Versetzung nachdenken
- sicherstellen, dass der/die Pat. bei der Rückkehr des/der MA zur Station dort nicht mehr behandelt wird
- u.U. Gespräch zwischen Pat. und MA initiieren (wenn von beiden gewünscht und medizinisch möglich)

Aufgaben der Leitungsebene

- Allgemeine Unterstützung zusichern und auch sicherstellen
- Betroffene aufsuchen, Kontakt zu Ansprechpartnern herstellen
- Ort und Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Arbeit klären
 - evtl. freistellen
 - evtl. andere Arbeitsumgebung
- Schulung und Sensibilisierung von MitarbeiterInnen

Aufgaben der Nachsorgeteams

- Kontakt zu Betroffenen aktiv suchen und halten
- Entwicklung beobachten
 - evtl. Zeitpunkt für therapeutische Hilfe besprechen, Suchtmittelkonsum beobachten
- als Gesprächspartner zur Verfügung stehen
 - Vorteile: kennen derartige Situationen, kennen posttraumatische Symptome, können zuhören
- Vermittlung von Normalität: Symptome, Verlauf etc.
- Tipps zur Selbsthilfe geben

Kernkompetenzen des Nachsorgeteams

- aktiv zuhören können
- menschliche Bedürfnisse erkennen und priorisieren
- auf unterschiedlich ausgeprägte psychische Reaktionen adäquat reagieren
- Stress-Management- und andere Selbsthilfe-Techniken vermitteln
- Risikofaktoren erkennen und ggf. adäquat reagieren
- erkennen, wann weiterführende formale Hilfen angezeigt sind

Welche Mitarbeiter sind gefährdet hinsichtlich einer PTBS?

- Gefühl von Kontrollverlust während des Vorfalls
- Gefühl lebensbedrohlicher Angst
- eigene Schuldzuschreibung
- Vorfall mit Toten bzw. Schwerverletzten
- akuter Stress nach dem Vorfall (z.B. Dissoziation)
- bekannte psychische Probleme
- frühere Traumatisierungen
- geringe soziale Unterstützung (Familie, Kollegen)
- erheblicher Alkohol- oder Medikamentenkonsum nach Vorfall

Konkrete Interventionsmaßnahmen

- Psychoedukation des/der Betroffenen, des sozialen Umfelds (insb. der Familie) und der KollegInnen
 - was kann mit mir passieren?
 - welche Möglichkeiten der Unterstützung gibt es?
 - was sollte ich selbst tun bzw. lassen (z.B. Isolation)?
 - wann muss ich professionelle Hilfe in Anspruch nehmen?

Don'ts für Helfer

- bagatellisieren ("es war eigentlich nicht schlimm")
- den/die Betroffene verurteilen ("warum hast Du nicht...")
- das Gespräch auf sich selbst bringen ("ich habe so was auch mal erlebt")
- dem/der Betroffenen vermitteln, er/sie habe eigentlich Glück gehabt ("es hätte Dich schlimmer treffen können")
- sagen, dass das zum Beruf gehört
- auffordern, nicht weiter darüber zu reden ("es ist nun einmal passiert, Du musst wieder nach vorn schauen")

Do's and Don'ts für Betroffene

Don'ts

- übermäßiger Konsum von Alkohol und anderen Drogen
- Gefühle und Bedürfnisse unterdrücken
- Rückzug von Familie, Freunden und Kollegen
- leichte Erklärungen für das Ereignis und die Folgen
- Glauben, dass Du verrückt bist
- unrealistische Erwartungen an die Regeneration

Do's

- erwarte, dass das Ereignis nicht spurlos sein wird
- versuche, Dich körperlich fit zu halten (Ernährung, Sport, Schlaf)
- nimm Dir Zeit für Freizeitaktivitäten
- erinnere Dich, dass viele Zeichen normal sind
- versuche, in den gewohnten Alltag zurückzufinden
- verbringe Zeit mit der Familie und Kollegen

Mögliche Probleme bei der Erstintervention

- Kooperationsbereitschaft des/der Betroffenen ist eingeschränkt
- Aufmerksamkeit ist eingeschränkt
- Betroffene erleben Abstumpfung und Erstarrung (dissoziative Symptome)

- 'ungesunde' Verhaltensweisen (z.B. massiver sozialer Rückzug oder hoher Alkoholkonsum)
- Verhalten ist ein subjektives Bewältigungsmuster

Tipps zur Selbsthilfe nach einem Psychotrauma

- machen Sie sich kundig über Psychotraumata, PTBS und zusammenhängende Phänomene
- suchen Sie sich eine oder mehrere Personen, mit den Sie über ihre Erlebnisse sprechen können
- suchen Sie sich Personen und Orte, bei denen Sie sich sicher und unverletzbar fühlen
- beziehen Sie vorhandene Lebenspartner/-innen mit in ihre Bewältigungsansätze ein
- versuchen Sie aktiv, mit Ihren Erinnerungen umzugehen (z.B. aufschreiben, zeichnen)

Tipps zur Selbsthilfe nach einem Psychotrauma

- nicht "den Boden unter den Füßen verlieren"
- versuchen Sie, Ihren Körper bewusst zu spüren
- machen Sie für sich einen Plan für den Tag und besprechen ihn mit anderen Personen
- schauen Sie Fernsehen und besprechen Sie mit anderen Personen, was Sie gesehen haben
- kehren Sie möglichst schnell zur Routine zurück
- bitten Sie andere Personen, aktiv im Kontakt mit Ihnen zu bleiben

Tipps zur Selbsthilfe nach einem Psychotrauma

- Knüpfen Sie an gute alte Gewohnheiten an:
 - versuchen Sie, die Alltagsroutine abzuarbeiten
 - treiben Sie ihren Lieblingssport
 - lesen Sie eines ihrer Lieblingsbücher erneut
 - schauen Sie bekannte und gern gesehene Filme auf Video/DVD an
 - vermeiden Sie neue Stressoren auf der Arbeit, im Privatleben und in der Freizeit

Tipps zur Selbsthilfe nach einem Psychotrauma

- nutzen Sie aktiv Entspannungstechniken
 - suchen Sie Ihren 'sicheren Ort' auf
 - nutzen Sie Atemtechniken
 - nutzen Sie Muskel-Relaxations-Techniken
 - wenn Sie Erfahrung haben, nutzen Sie Meditationstechniken

Tipps zur Selbsthilfe nach einem Psychotrauma

- bei (nicht seltenen) Schlafstörungen entwickeln Sie eine Schlafhygiene:
 - abends nur leichte Mahlzeiten und wenig Flüssigkeit
 - Stimulantien wie Kaffee oder Tee abends meiden
 - Alkohol meiden (Alk. fördert Durchschlafstörungen)
 - Schlafzeit knapp bemessen, kein Mittagsschlaf
 - lieber aufstehen und lesen als herumwälzen
 - nicht essen, lesen oder fernsehen im Bett

Wann sollte therapeutische Hilfe in Anspruch genommen werden?

- wenn die belastende Symptomatik (z.B. Panikattacken, chronische Schlafstörungen, niedergeschlagene Stimmung) länger als vier Wochen anhält, ist therapeutische Hilfe angezeigt
- wenn die Betroffenen das Gefühl haben, die Situation nicht mehr allein ertragen/bewältigen zu können → erhöhtes Suizidrisiko
- wenn die Betroffenen selbst einen erhöhten Suchtmittelkonsum feststellen oder von anderen Personen darauf aufmerksam gemacht werden

Könnte Resilienzförderung eine Ergänzung sein?

- in verschiedenen professionellen Bereichen wird versucht, Mitarbeitende auf die drohenden gesundheitlichen Gefahren (körperlich und psychisch) vorzubereiten
 - Militär
 - Einsatzkräfte bei der Polizei
 - Gesundheitswesen

Was heisst Resilienz?

- die Eigenschaft der Widerständigkeit gegen drohende Gesundheitsgefahren ist als Thema in den 1970er Jahren in der Entwicklungspsychologie aufgetaucht
- Resilienz bezieht sich auf zwei Bereiche
 - Erhaltung der Gesundheit trotz erheblicher Risiken
 - Wiedererlangung der Gesundheit

Beispielinterventionen zur Resilienzförderung

- Vorbereitung auf drohende Gefahren
 - was mache ich, wenn ich bedroht werde?
 - wo suche ich mir Hilfe, wenn Patienten mich ‚fertig‘ machen wollen?
- Identifikation von eigenen Ressourcen
 - was hat mir bei früheren Krisen geholfen?
 - kann ich im Vorhinein mir ein soziales Netz aufbauen, das mich unterstützen kann?
- Stressmanagement und Entspannungstechniken

Hätten Sie Lust, an einer Studie teilzunehmen?

- Unfallkasse NRW und Berner Fachhochschule führen ein Forschungsprojekt durch, das zwei Ziele verfolgt:
 - Analyse des Resilienzpotenzials der Mitarbeitenden
 - Entwicklung und Durchführung eines Trainingsprogramms zur Resilienzförderung
- dazu suchen wir noch teilnehmende Kliniken

... sprechen oder mailen Sie mich gerne an

Kontakt

Prof. Dr. Dirk Richter
Berner Fachhochschule
Fachbereich Gesundheit

E-Mail: dirk.richter@bfh.ch