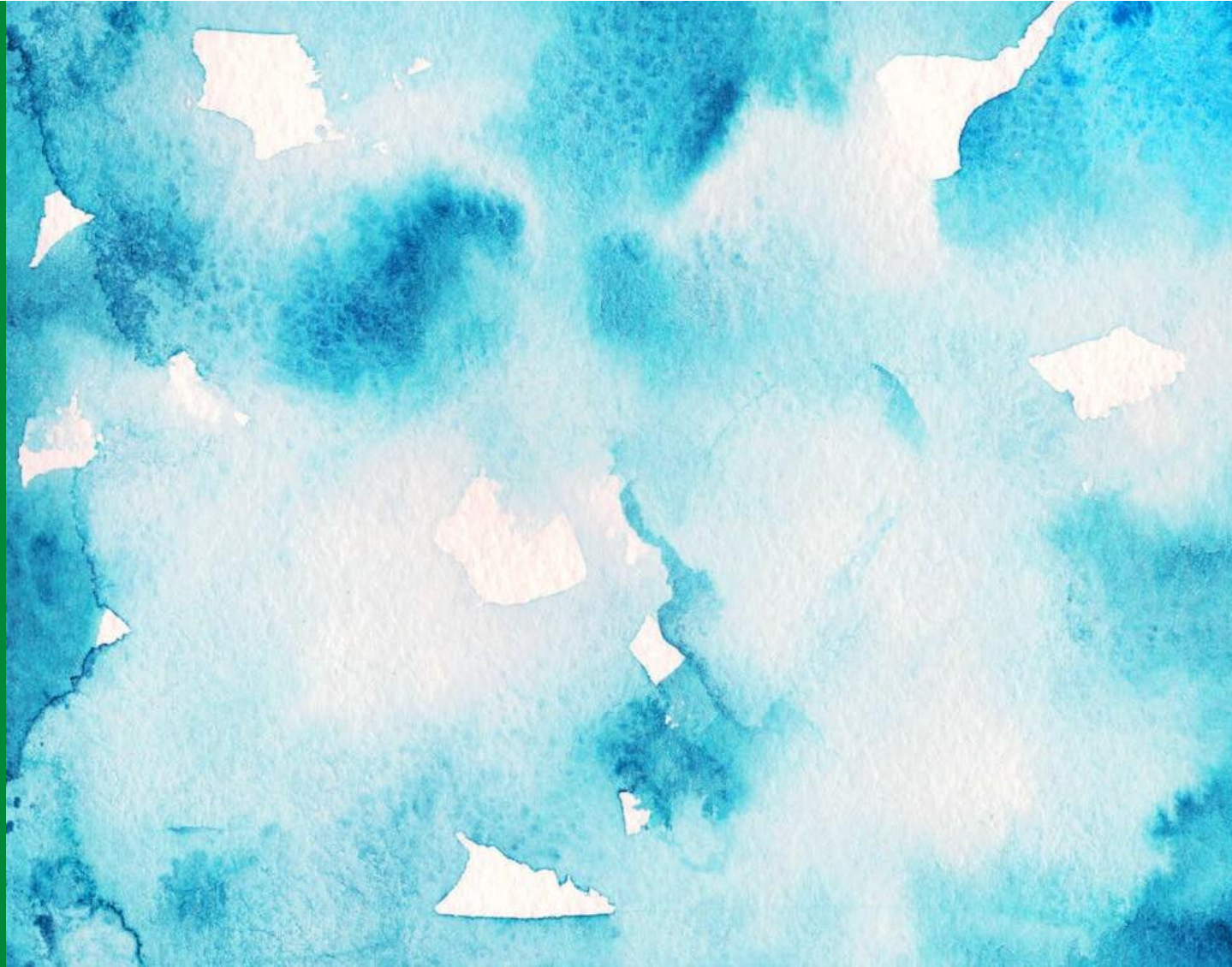


Moralischer Stress auf pädiatrischen Intensivstationen: *Die Auslöser verstehen und den gemeinsamen Umgang verbessern*

Dr. Katja Kühlmeyer, Anna Fackler und
Madeleine Strachwitz





Projektteam MoSPI-Studie

Promovierende

Anna Fackler

Madeleine Strachwitz

Betreuende

Prof. Dr. Georg Marckmann (Ethik)

Prof. Dr. Karl Reiter (Pädiatrische Intensivmedizin)

Prof. Dr. Heidi Stöckl (Public Health/Versorgungsforschung)

Kooperationspartnerinnen

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Prof. Dr. Christine Kugler (Pflegewissenschaft)

Larissa Forster

Agenda



Hintergrund



Forschungsfrage



Methoden



Ergebnisse



Diskussion

Agenda



Hintergrund



Forschungsfrage



Methoden



Ergebnisse



Diskussion

Hintergrund: Definition

Enge Definition

→ **Fokus auf Handlungsbarrieren**

“Moralischer Stress entsteht, wenn man weiß, was richtig ist, es aufgrund institutioneller Rahmenbedingungen aber fast unmöglich ist, das Richtige zu tun.“

(Jameton 1984, p.6, eigene Übersetzung)

Weite Definition

→ **Fokus auf moralisch bedingte psychische Belastung**

“Wir schlagen vor, dass die Kombination aus (1) der Erfahrung eines moralischen Ereignisses, (2) der Erfahrung von psychischer Belastung und (3) einem direkten Kausalzusammenhang zwischen (1) und (2) zusammen notwendige und hinreichende Bedingungen für Moralischen Stress sind.“ (Morley et al. 2019, p.646, eigene Übersetzung)

Hintergrund: Relevanz

Ursachen

- Mangel an Ressourcen
- Inadäquate Patientenversorgung
- Unzureichende Kommunikation

Konsequenzen

- Unangenehme Gefühle
- Rückzug
- Psychische Störungen
- Verlassen der Stelle oder des Berufs

Relevanz

- Gesundheit und Wohlbefinden
- Arbeitskraft/-kräfte
- Qualität der Gesundheitsversorgung

Hintergrund: Ethikunterstützung im Krankenhaus

- **Die Mehrheit der klinischen Ethikberater:innen in den USA ist der Ansicht, dass ihre Arbeit wirksam zur Reduktion von Moralischem Stress beiträgt.**

(Fox et al. 2022)

- **Spezifische Beratungsangebote können Moralischen Stress reduzieren.**

(Hamric & Epstein 2017, Epstein et al. 2023)

- **Klinisch-ethische Unterstützungsangebote können Moralischen Stress reduzieren, aber auch verstärken.**

(Tanner et al. 2014, Wocial 2017, Ashida et al. 2023, Jansen et al. 2018, Chiafery et al. 2018)

Agenda



Hintergrund



Forschungsfrage



Methoden



Ergebnisse



Diskussion

1. Inwiefern sind Pflegende und Ärzt*innen in der pädiatrischen Intensivversorgung von Moralischem Stress betroffen?
2. Was sind die relevantesten Auslöser für Moralischen Stress aus Sicht der Pflegenden und Ärzt*innen?
3. Wie können Ansätze zur Untersuchung von Moralischem Stress zur Ermittlung des Bedarfs für klinisch-ethischen Unterstützungsangeboten eingesetzt werden?

Agenda



Hintergrund



Forschungsfrage



Methoden



Ergebnisse



Diskussion



1. Fragebogen für Mitarbeitende (durchgeführt von Madeleine Strachwitz)



2. Qualitative Interviews mit Mitarbeitenden (durchgeführt von Anna Fackler)



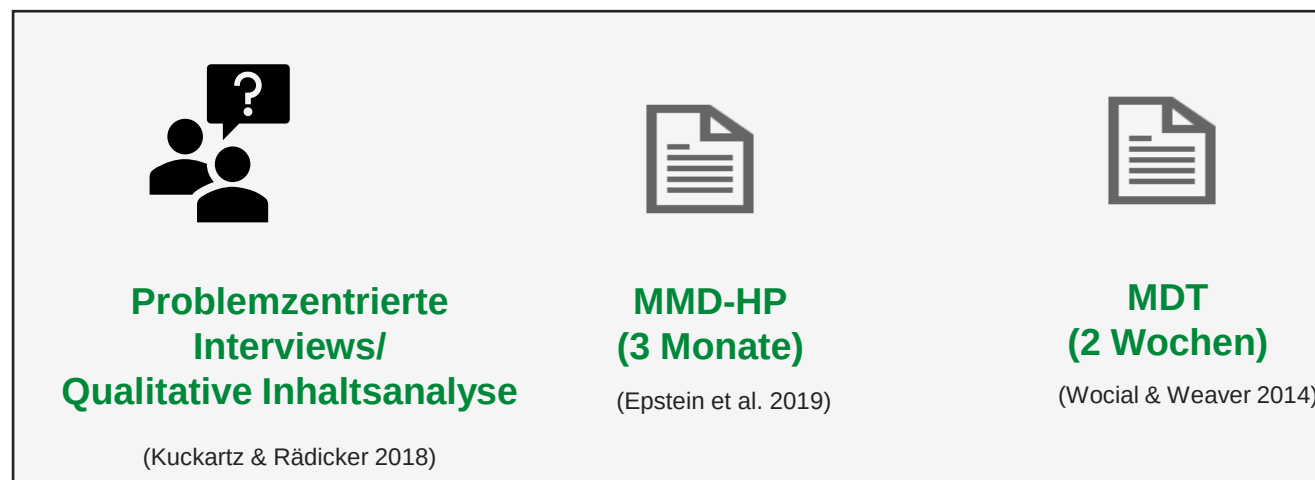
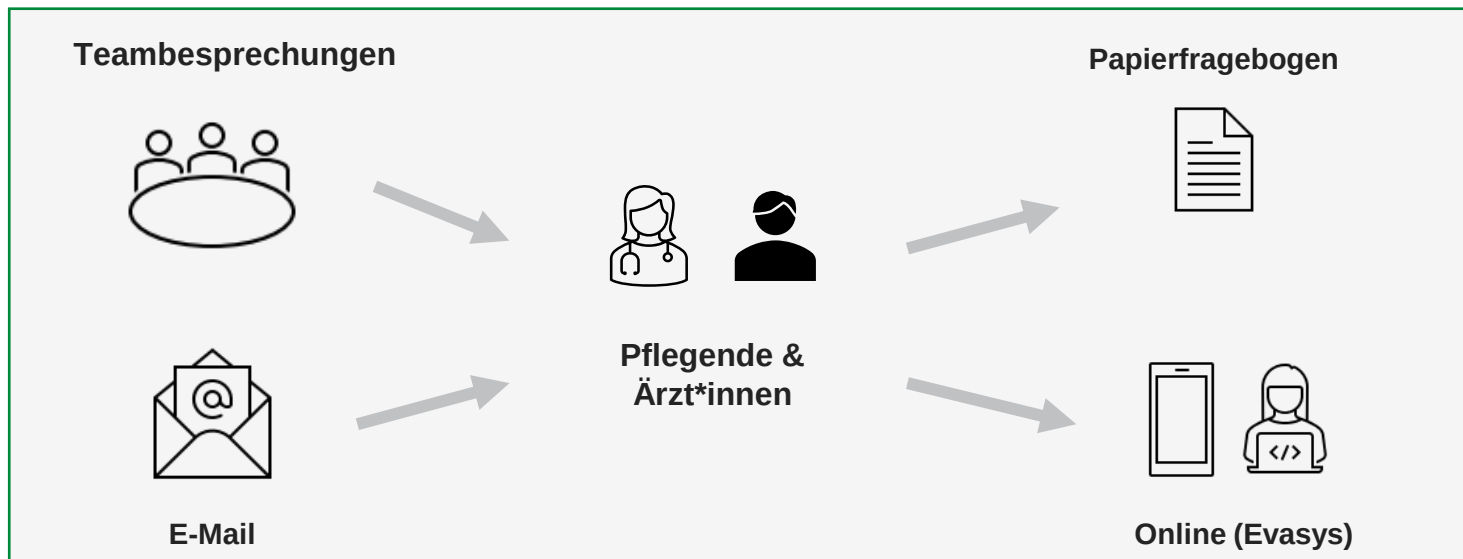
3. Qualitative Interviews mit klinischen Ethiker*innen (noch nicht realisiert)

Methode: Mixed-Methods Querschnittserhebung

LMU Klinikum

3 PICUs

3 NICUs



Agenda



Hintergrund



Forschungsfrage



Methoden

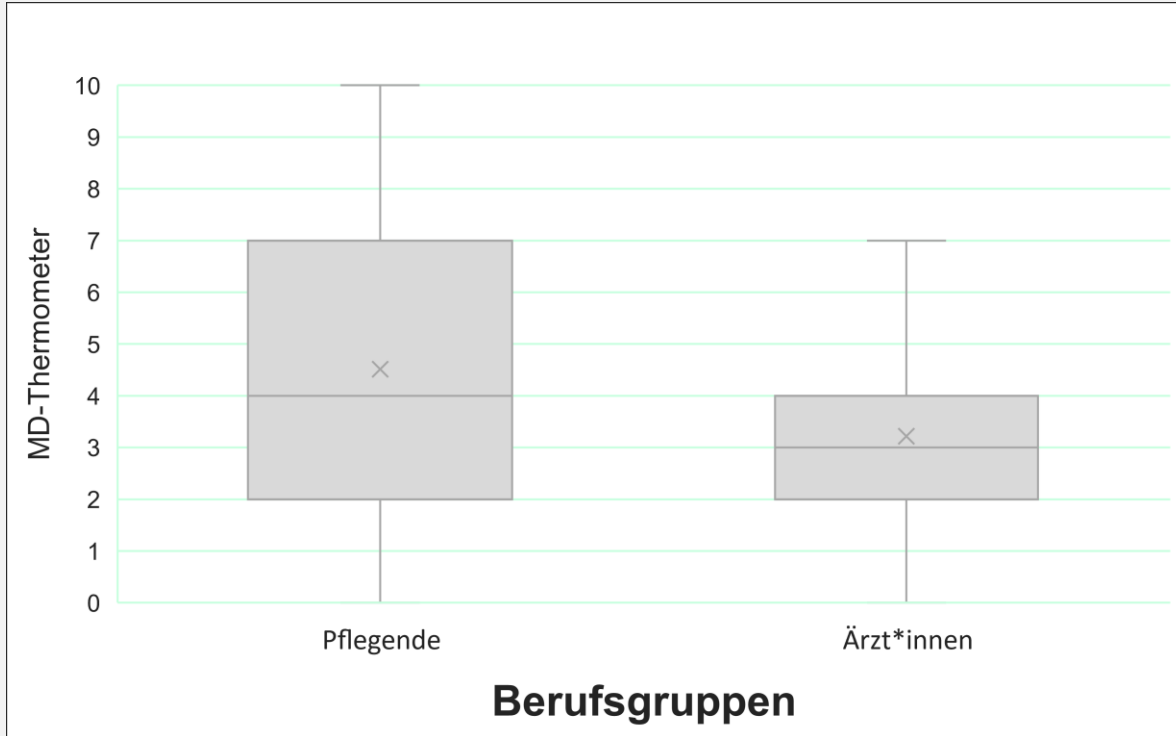


Ergebnisse



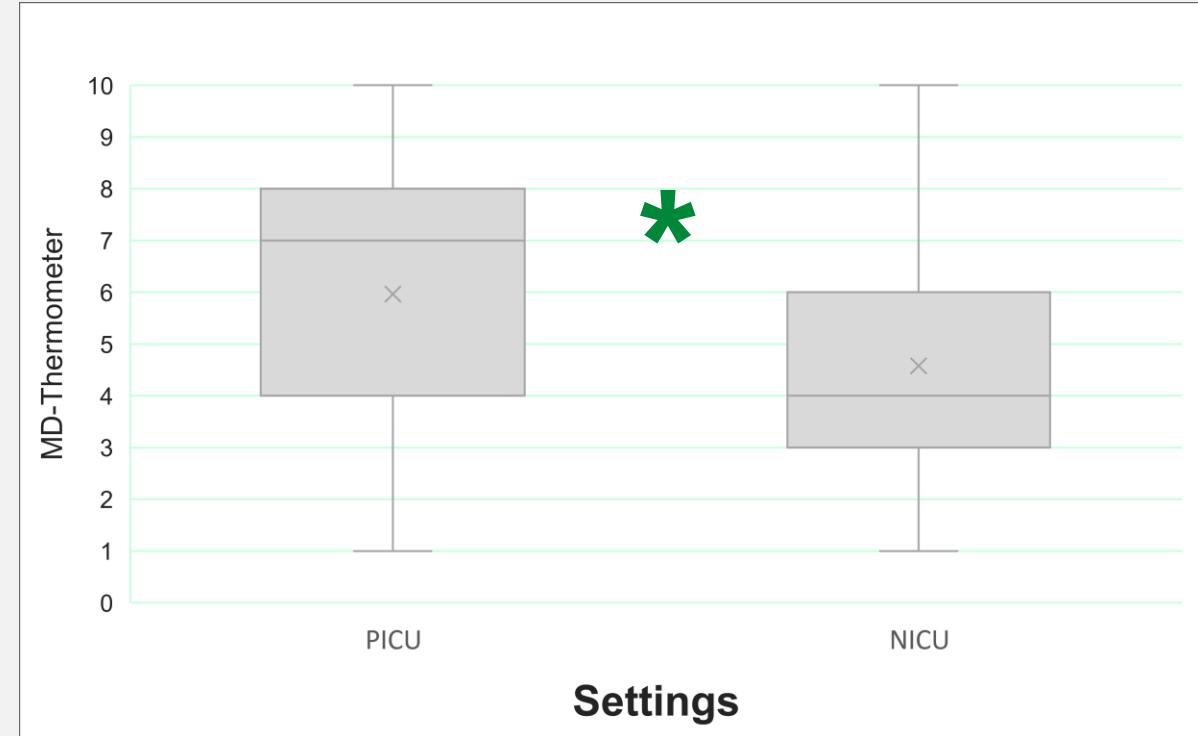
Diskussion

Ergebnisse: MDT



Pflegende (n=99, 69%)

Ärzt*innen (n=44, 31%)

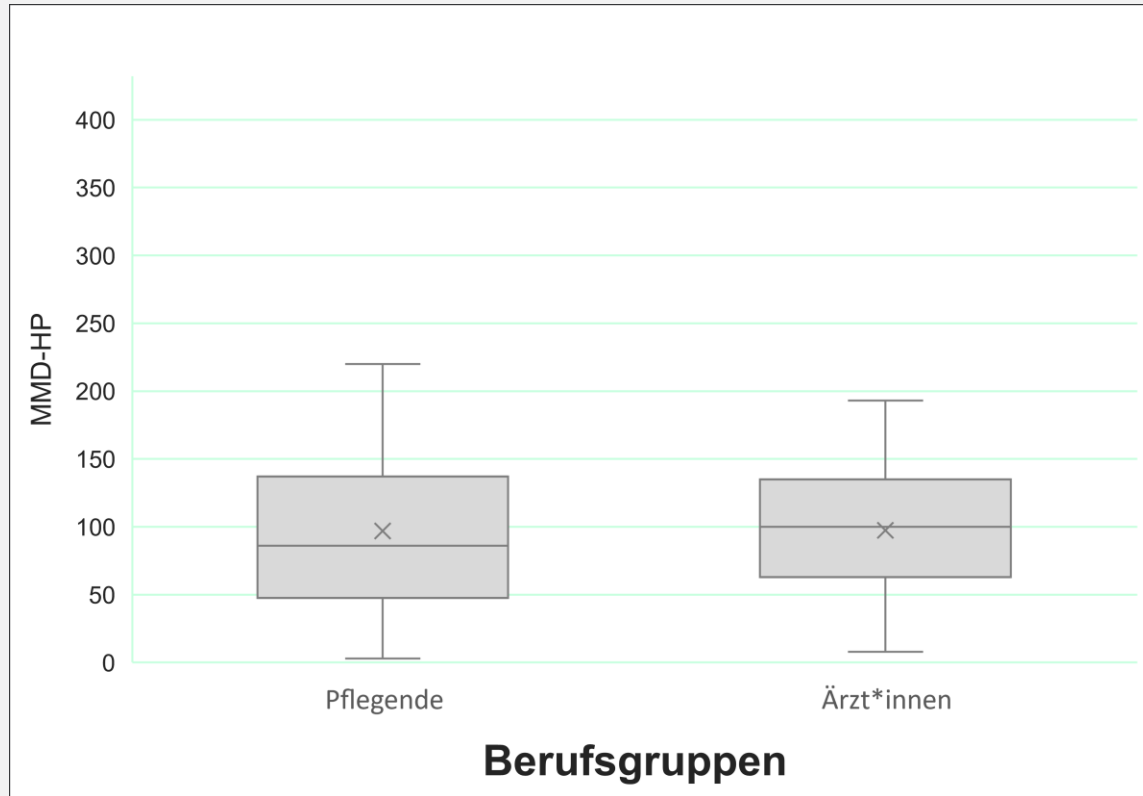


PICU (n=58, 41%)

NICU (n=85, 59%)

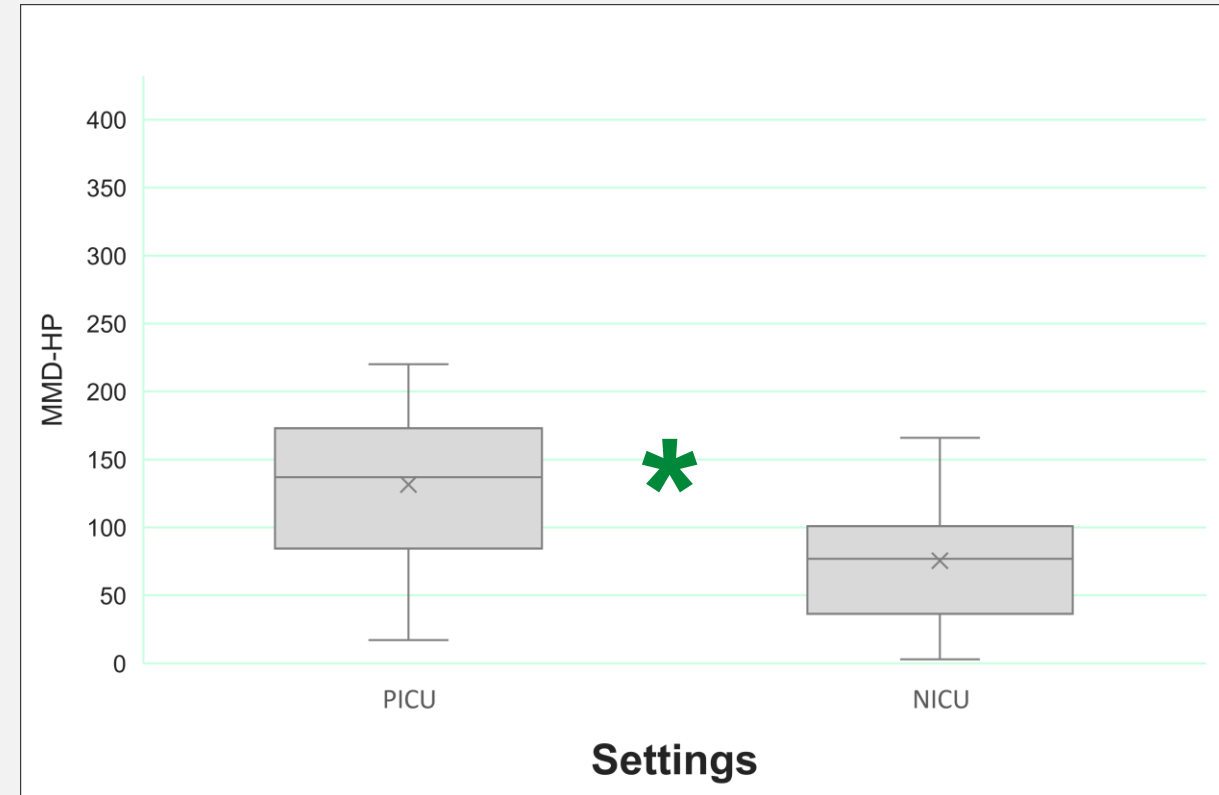
Ergebnisse: MMD-HP

Stichprobe: n=139 (49% der Arbeitskräfte nahmen an der Studie teil)



Pflegende (n=99, 69%)

Ärzt*innen (n=44, 31%)



PICU (n=58, 41%)

NICU (n=85, 59%)

* Signifikanter Gruppenunterschied (Mann-Whitney-U-Test)

Ergebnisse: MMD-HP/Vergleich zwischen Berufsgruppen

Pflegepersonal

M (SD)

1

9.2 (5.8)

Ich erlebte eine beeinträchtigte Patientenversorgung aufgrund mangelnder Ressourcen/Ausrüstung/Bettenkapazität.

2

7.2 (4.7)

Ich erlebte, dass mangelnde Kommunikation im Team zu schlechter Versorgungsqualität führen konnte.

3

6.7 (5.3)

Ich fühlte mich verpflichtet, für mehr Patienten zu sorgen, als ich leisten kann.

4

6.6 (4.8)

Ich erlebte, dass die Patientenversorgung aufgrund fehlender Versorgungskontinuität gelitten hat.

5

6.2 (5.1)

Ich musste mit Teammitgliedern arbeiten, die für die Anforderungen der Patientenversorgung nicht ausreichend ausgebildet waren.

10

4.1 (5.1)

Ich erlebte, dass eine zu umfangreiche Dokumentation zu einer eingeschränkten Patientenversorgung geführt hat.

M (SD)

Ärztliches Personal

10.1 (5.8)

1

7.4 (4.4)

2

6.9 (4.9)

3

6.9 (4.6)

4

6.0 (4.6)

6

6.6 (5.3)

5

Ergebnis: Qualitative Exploration

Pflegepersonal

M (SD)

**Ärztliches
Personal**

M (SD)

1

9.2 (5.8) Ich erlebte eine beeinträchtigte Patientenversorgung aufgrund mangelnder Ressourcen/Ausrüstung/Bettenkapazität.

10.1 (5.8)

1

Aufnahme

Stationsaufenthalt

Entlassung

Ergebnis: Qualitative Exploration

Pflegepersonal

Ärztliches
Personal

1

M (SD)

M (SD)

9.2 (5.8) Ich erlebte eine beeinträchtigte Patientenversorgung aufgrund mangelnder Ressourcen/Ausrüstung/Bettenkapazität.

1

Aufnahme

Stationsaufenthalt

Entlassung

- Ressourcenverteilung (Priorisierung und Rationierung)
- Ablehnung von Patient:innen/Familien in Not
 - Nicht-Erfüllen der eigenen Fürsorgeverantwortung
- Schwierigkeiten bei der Bedarfsermittlung und Bereitstellung zusätzlicher Kapazitäten
 - Konflikte im Team

Ergebnis: Qualitative Exploration

Pflegepersonal

Ärztliches
Personal

1

M (SD)

M (SD)

9.2 (5.8) [Ich erlebte eine beeinträchtigte Patientenversorgung aufgrund mangelnder Ressourcen/Ausrüstung/Bettenkapazität. 10.1 (5.8)

1

Aufnahme

Stationsaufenthalt

Entlassung

- Frühzeitige oder verspätete Verlegung/Entlassung

Fachpflegeperson 2: "[...] „Es ist halt so, wir haben super oft zu wenig Betten und schauen dann natürlich, wer kann schon auf die Normalstation verlegt werden, wer kann auf eine andere Station, wer kann in ein peripheres Krankenhaus und hat manchmal schon Bauchkrummen, weil man weiß, naja, eigentlich würden dem ein, zwei Tage Intensiv schon noch guttun. [...]"

Ergebnis: Qualitative Exploration

Pflegepersonal

Ärztliches
Personal

1

M (SD)

9.2 (5.8)

Ich erlebte eine beeinträchtigte Patientenversorgung aufgrund mangelnder Ressourcen/Ausrüstung/Bettenkapazität.

M (SD)

10.1 (5.8)

1

Aufnahme

Stationsaufenthalt

Entlassung

- Zu wenig Personal für zu viele Patient*innen
- Personalengpässe aufgrund von Krankheit/verbindlichen Aufgaben
→ Verschiebung von geplanten Behandlungen

Ärzt*in 1: „[...] es war ein Tumorkind, OP verschoben, weil wir keine Intensivkapazitäten hatten. Es kamen immer andere Notfälle dazwischen, die wirklich lebensbedrohlich waren aber der Tumor, der war nicht lebensbedrohlich. Und die Eltern waren natürlich am Limit, weil ihnen gesagt wurde, ja, den Tumor muss man schnell operieren, und die dachten halt, mein Kind hat Nachteile dadurch. Aber er war halt nicht lebensbedroht. Also es war natürlich für ihn mit schlechterem Outcome, mit jedem Tag, den man gewartet hat, aber er war nicht lebensbedroht.“

Agenda



Hintergrund



Forschungsfrage



Methoden



Ergebnisse



Diskussion

- **Priorisierung von klinisch-ethischen Unterstützungsangeboten:**
Fokus auf Auslöser/Teams/Berufsgruppen mit höherer Belastung
- **Evaluation von klinisch-ethischen Unterstützungsangeboten:**
Vorher-Nachher-Vergleich
- **Indirekte Bedarfsermittlung:**
Identifikation der Bedürfnisse/Belastungsprofile von Teams/Berufsgruppen
- **Interventionsentwicklung:**
Ausgangspunkt für die Entwicklung maßgeschneiderter Interventionen



Literatur

- Ashida, K., Kawashima, T., Molewijk, A. C., et al. (2023). Moral distress reduction using moral case deliberation in Japan: A mixed-methods study. *Japan Journal of Nursing Science*, 20(3), e12528.
- Chiafery, M. C., Hopkins, P., Norton, S. A., et al. (2018). Nursing ethics huddles to decrease moral distress among nurses in the intensive care unit. *The Journal of Clinical Ethics*, 29(3), 217–226.
- Deady, R., & McCarthy, J. (2010). A study of the situations, features, and coping mechanisms experienced by Irish psychiatric nurses experiencing moral distress. *Perspect Psychiatr Care*, 46(3), 209-220. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00260.x>
- Epstein, E. G., Shah, R., Marshall M. F. (2023). Effect of a moral distress consultation service on moral distress, empowerment, and a healthy work environment. *HEC Forum*, 35, 21–35.
- Epstein, E. G., Whitehead, P. B., Prompahakul, C., et al. (2019). Enhancing understanding of moral distress: the measure of moral distress for health care professionals. *AJOB Empirical Bioethics*, 10(2), 113–124.
- Fox, E., Tarzian, A. J., Danis, M., et al. (2022). Ethics Consultation in U.S. Hospitals: Opinions of Ethics Practitioners. *The American Journal of Bioethics*, 22(4), 19–30.
- Fumis, R. R. L., Junqueira Amarante, G. A., de Fátima Nascimento, A., & Vieira Junior, J. M. (2017). Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. *Ann Intensive Care*, 7(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s13613-017-0293-2>
- Hamric, A. & Epstein, E. (2017). A health system-wide moral distress consultation service: development and evaluation. *HEC Forum*, 29(2), 127–143.
- Hefferman, P., & Heilig, S. (1999). Giving "moral distress" a voice: ethical concerns among neonatal intensive care unit personnel. *Camb Q Healthc Ethics*, 8(2), 173-178. <https://doi.org/10.1017/s0963180199802060>
- Henrich, N. J., Dodek, P. M., Alden, L., Keenan, S. P., Reynolds, S., & Rodney, P. (2016). Causes of moral distress in the intensive care unit: A qualitative study. *J Crit Care*, 35, 57-62. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.04.033>
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Prentice-Hall series in the philosophy of medicine.
- Jansen, M. A., Schlapbach, L. J., Irving, H. (2018). Evaluation of a paediatric clinical ethics service. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 54(11), 1199–1205.
- Klotz, K., Haug, P., Riedel, A., Lehmeier, S., & Goldbach, M. (2022). Wenn Berufsethik zu moralischer Belastung führt. *Pflege Z*, 75(10), 54-57. <https://doi.org/10.1007/s41906-022-1936-y> (Wenn Berufsethik zu moralischer Belastung führt.)
- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Beltz Juventa.
- Morley, G., Bradbury-Jones, C., & Ives, J. (2022). The moral distress model: An empirically informed guide for moral distress interventions. *J Clin Nurs*, 31(9-10), 1309-1326. <https://doi.org/10.1111/jocn.15988>
- Petrișor, C., Breazu, C., Doroftei, M., Mărieș, I., & Popescu, C. (2021). Association of Moral Distress with Anxiety, Depression, and an Intention to Leave among Nurses Working in Intensive Care Units during the COVID-19 Pandemic. *Healthcare (Basel)*, 9(10). <https://doi.org/10.3390/healthcare9101377>
- Prentice, T., Janvier, A., Gillam, L., & Davis, P. G. (2016). Moral distress within neonatal and paediatric intensive care units: a systematic review. *Arch Dis Child*, 101(8), 701-708. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2015-309410>
- Riedel, A., Lehmeier, S., & Goldbach, M. (Eds.). (2023). *Moralische Belastung von Pflegefachpersonen: Hintergründe-Interventionen-Strategien*. Springer.
- Tanner, S., Albisser Schleger, H., Meyer-Zehnder, B. et al. (2014). Klinische Alltagsethik – Unterstützung im Umgang mit moralischem Disstress? *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 109, 354–363.
- Wiegand, D. L., & Funk, M. (2012). Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. *Nurs Ethics*, 19(4), 479-487. <https://doi.org/10.1177/0969733011429342>
- Wocial, L., Ackerman, V., Leland, B., Benneyworth, B., Patel, V., Tong, Y., & Nitu, M. (2017). Pediatric Ethics and Communication Excellence (PEACE) Rounds: Decreasing Moral Distress and Patient Length of Stay in the PICU. *HEC Forum*, 29(1), 75-91. <https://doi.org/10.1007/s10730-016-9313-0>



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

Danke für Ihre Aufmerksamkeit

Kontakt: katja.kuehlmeyer@med.lmu.de

