

Die Rolle der Pflegepersonen im Zusammenhang mit Dialyseabbruch

Mag.^a Sabine Ruppert, DGKS
Abteilung Nephrologie und Dialyse
Universitätsklinik Innere Medizin III
AKH Wien – Medizinischer Universitätscampus

Ärzte als Helfer beim Suizid?

Wie soll man sterben (dürfen)?

Die Experten der Bioethikkommission diskutierten öffentlich über das Lebensende. Eine Premiere.

Die Presse 06.10.2014

Was Menschen an ihrem Lebensende brauchen

Internationale Experten diskutierten im Rahmen der Bioethikkommission.

Kurier 06.10.2014

Würdevolles Sterben bedarf einer guten Begleitung.

Zur jüngsten Sitzung der Bioethikkommission im Bundeskanzleramt

Gastkommentar Matthias Beck

Die Presse 08.10.2014

Zustimmung zu aktiver Sterbehilfe nimmt in Österreich stark ab
Standard 6. Mai 2014

Suizidbeihilfe: Verein wartet auf Urteil

Die Presse 08.10.2014

Ärztliche Suizidbeihilfe für Extremfälle?

Die Furche 09.10.2014

Würdevolles Sterben – was heißt das eigentlich?

Replik. Verstörendes in den Ausführungen des Theologen Matthias Beck zur Sterbehilfe.

Gastkommentar Peter Kampits

Die Presse 10.10.2014

Inhalt des Vortrags

- Ausgangslage
- Ethische und rechtliche Aspekte
- Arten von End-of-Life-Decisions
- Entscheidungsfindungsmodelle
- Rolle der Pflege
- Organisationsethik und Kompetenzen

Ausgangslage

- Lebensende ist ein Prozess, der mit dem Tod endet
- Gratwanderung zwischen Lebensverlängerung und Sterbensverlängerung
- Medizinische Machbarkeit ↔ Nutzen für die Patientin bzw. den Patienten
- Angst zu versagen und Sorge um rechtliche Konsequenzen
- Sterben immer mehr medizinisch-technisch gestalteter Prozess und immer weniger natürliches Ereignis

Dialyse

- Dialysepatientinnen und –patienten werden immer älter und multimorbider.
- Das Thema Lebensende im Sinne von Advanced Care Planning kann in Ruhe vorab besprochen werden
- Ziel ist nicht spezifische Therapien sondern Lebensqualität
- Durch frühzeitige Palliative Care wird Lebenszeit und Lebensqualität gewonnen.
- Frage nach Futility, Indikation und Nutzen der Dialysetherapie

Ethische Prinzipien

Grundlegende Normen und Werte, die in Menschenwürde und Menschenrechten verankert sind:

- Schutz des Lebens – aber: keine sinnlose Sterbens- und Leidensverlängerung!
- Anspruch auf Selbstbestimmung: jede medizinische Handlung darf nur mit Zustimmung der Betroffenen bzw. des Betroffenen ausgeführt werden- aber: trifft nicht zu, wenn unwirksame oder unzweckmäßig und illegale Maßnahmen verlangt

Ethische Prinzipien

- Solidaritäts – und Fürsorgeprinzip:
 - Schutz von unheilbar erkrankten und sterbenden Menschen
 - Garantie ihrer Recht und Förderung ihrer Autonomie
 - Sterben in Würde
 - Auftrag zur Minderung von Leid

 - Verteilungsgerechtigkeit
 - Medizinische Indikation
 - Vetorecht der Patientin bzw. des Patienten
-

4 Medizinethischen Prinzipien

1. Respekt vor der Autonomie von Personen (respect for autonomy)
2. Prinzip der Wohltätigkeit (Fürsorge) (beneficence)
3. Prinzip des Nicht-Schadens (nonmaleficence)
4. Gerechtigkeit (justice)

Beauchamp/Childress

Pflegeethik

Nursing Ethics (Gastmans):

Vulnerabilität → Care → Würde

Ethik der Verantwortung (Tschudin/Arndt):

Prinzip vom Wert des Lebens

Prinzip vom Guten und Richtigen

Prinzip der Gerechtigkeit und Fairness

Prinzip der Wahrheit und Ehrlichkeit

Prinzip der individuellen Freiheit und Selbstbestimmung

Formen der EoLD's

- Passive Sterbehilfe / Sterben zulassen
- Indirekte Sterbehilfe
- terminale / palliative Sedierung
- Aktive, direkte Sterbehilfe / Euthanasie / Tötung auf Verlangen
(freiwillige, nicht-freiwillige, unfreiwillige)
- assistierter Suizid / Mitwirkung am Selbstmord / Beihilfe zur Selbsttötung

Passive Sterbehilfe

- Unterlassung
- Reduktion
- Abbruch

weiterer medizinischer Maßnahmen

ETHISCH BETRACHTET, BESTEHT KEIN UNTERSCHIED ZWISCHEN DEM UNTERLASSEN EINER BEHANDLUNG UND DER UNTERBRECHUNG EINER BEHANDLUNG

(World Medical Association Appleton Consensus 1987)

Warum braucht es ein Entscheidungsmodell?

- Herausforderung, um ethisch begründbare Entscheidungen zu treffen
- Nicht immer deutlich, was „gutes“ Handeln ist
- Schwierig, bei PatientInnen, die Willen nicht mehr äußern können – Angehörige!
- Emotionsgeladene Situation
- Machtargumente – wer hat Entscheidungsbefugnis?
(Vanlaere et al. 2008)

ethische Entscheidungsmodelle

- Entscheidungsmodell bietet Halt, ist konkretes Hilfsmittel, bietet mehr Garantie auf gutes Ergebnis
- Beratung / Diskussion, in der alle Betroffenen auf der Basis von Werten gemeinsam eine Wahl treffen, bietet beste Garantie für eine ethisch fundierte Entscheidung. (Vanlaere et al. 2008)
- verschiedene Modelle: z.B. Gastmans/Vanlaere, Arndt/Tschudin, Rabe, Nijmegener/Nimwegener, sokratisches Gespräch

Ziel eines Entscheidungsmodells

- Ablauf des ethischen Reflexionsprozesses zu überwachen
- Überlegungen, Abwägungen und Entscheidungen sichtbar zu machen
- Ordnung in den Komplex der Überlegungen zu bringen
- einen ethischen Raum für Patientinnen und Patienten zu schaffen, in dem sie auf die sie Betreuenden vertrauen können

Entscheidungsfindung und Pflege?

Ärztin/Arzt trifft letztendlich die Endentscheidung – aber:

- Gesichtspunkte der vers. Betroffenen müssen erörtert werden!
- es geht um ethische Fragen und nicht um Entscheidungsbefugtheiten
- die Autonomie, Werte/Normen und Wünsche des betroffenen Menschen stehen zentral und sind leitend in der Entscheidung
- End-of-Life-Decisions sollen/dürfen nicht von einer Einzelperson abhängen, die aufgrund ihrer persönlichen Werte und Normen entscheidet

Entscheidungsfindung und Pflege?

Pflegepersonen

- ... sind oft erste Ansprechpartner betreffend Therapierückzug
- ... entscheiden, ob und an wen dies weitergeleitet wird
- ...bringen sich in Entscheidungsprozesse aktiv ein
- ...liefern wertvolle Informationen im Entscheidungsprozess aufgrund der Pflegebeziehung
- ...führen die getroffenen Entscheidungen teilw. aus
- ...begleiten und betreuen Patientinnen / Patienten und Angehörige

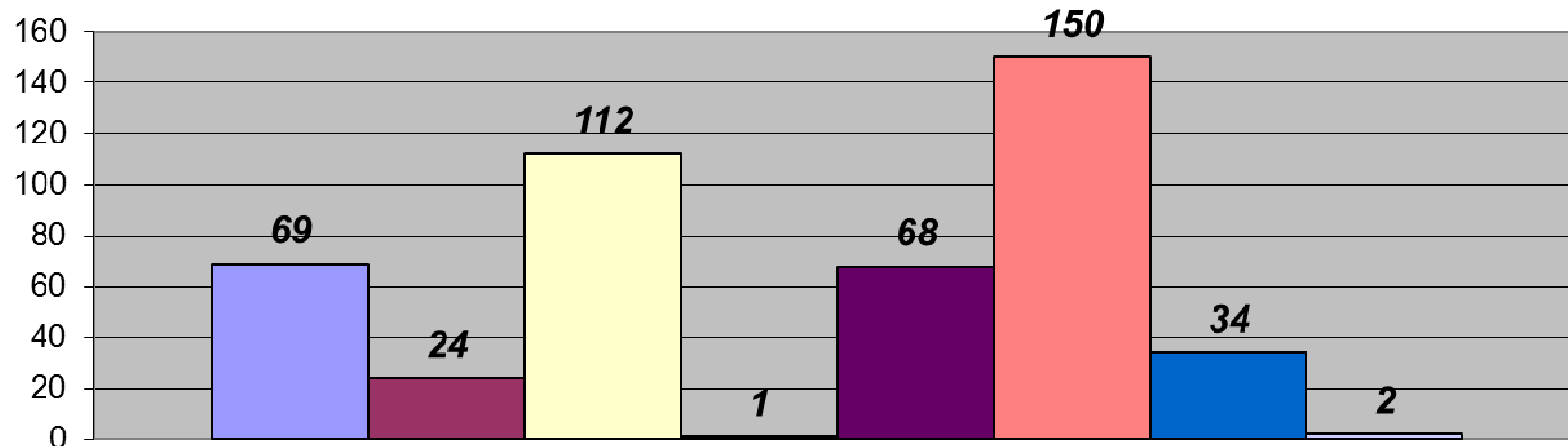
- **Pflegende treffen Entscheidungen bzw. sind an ihnen beteiligt!**
- **Ethische Entscheidungsfindung in Kompetenzprofilen der Pflege**

Rolle der Pflege

- ... verschiedene bzw. neue Perspektiven
- ... hilfreiche Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner
- ... Unterstützung in ethisch schwierigen Situationen
- ...sinnvoller Beitrag in Lösungsprozessen auf Basis der Pflegeethik
- ...kein notgedrungenes Mittragen von „ethisch falschen“ Entscheidungen (Fölsch)

Schmerztherapie bei sterbenden PatientInnen

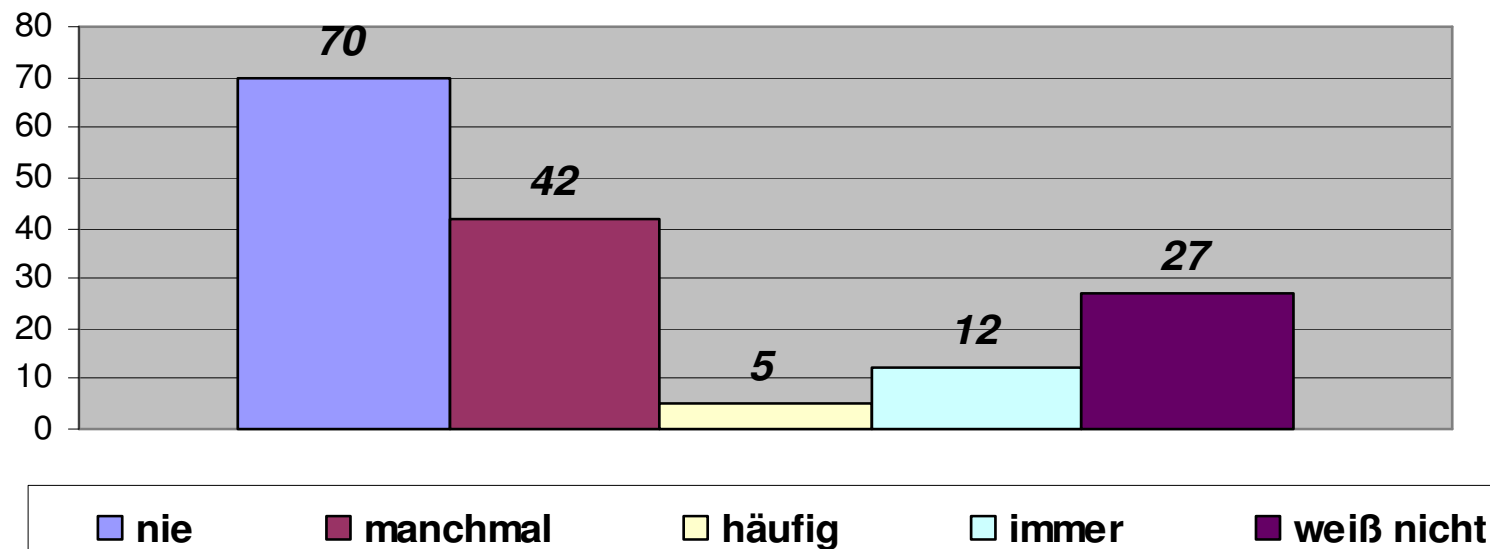
Wer überprüft die Wirkung der Analgetika ? (Mehrfachnennungen möglich)



- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Oberarzt/-ärztin | <input type="checkbox"/> Konsiliararzt/ -ärztin | <input type="checkbox"/> diensthabender Arzt/-ärztin |
| <input type="checkbox"/> weiß nicht | <input type="checkbox"/> PatientIn | <input type="checkbox"/> Pflegeperson |
| <input type="checkbox"/> Angehörige | <input type="checkbox"/> andere Personen | |

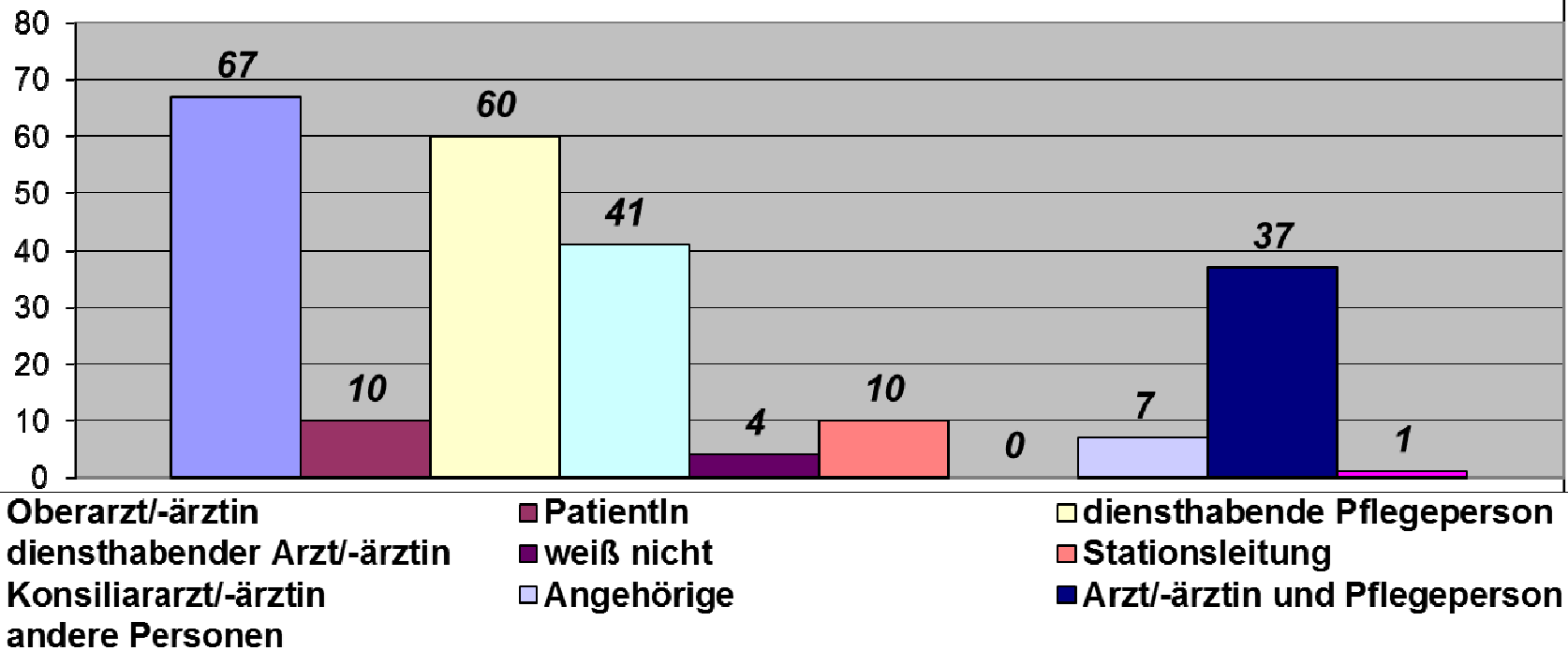
Patientenverfügung

**Wird standardmässig in den
Patientenunterlagen/-dokumenten und
Depositaten nach einer Patientenverfügung
gesucht?**

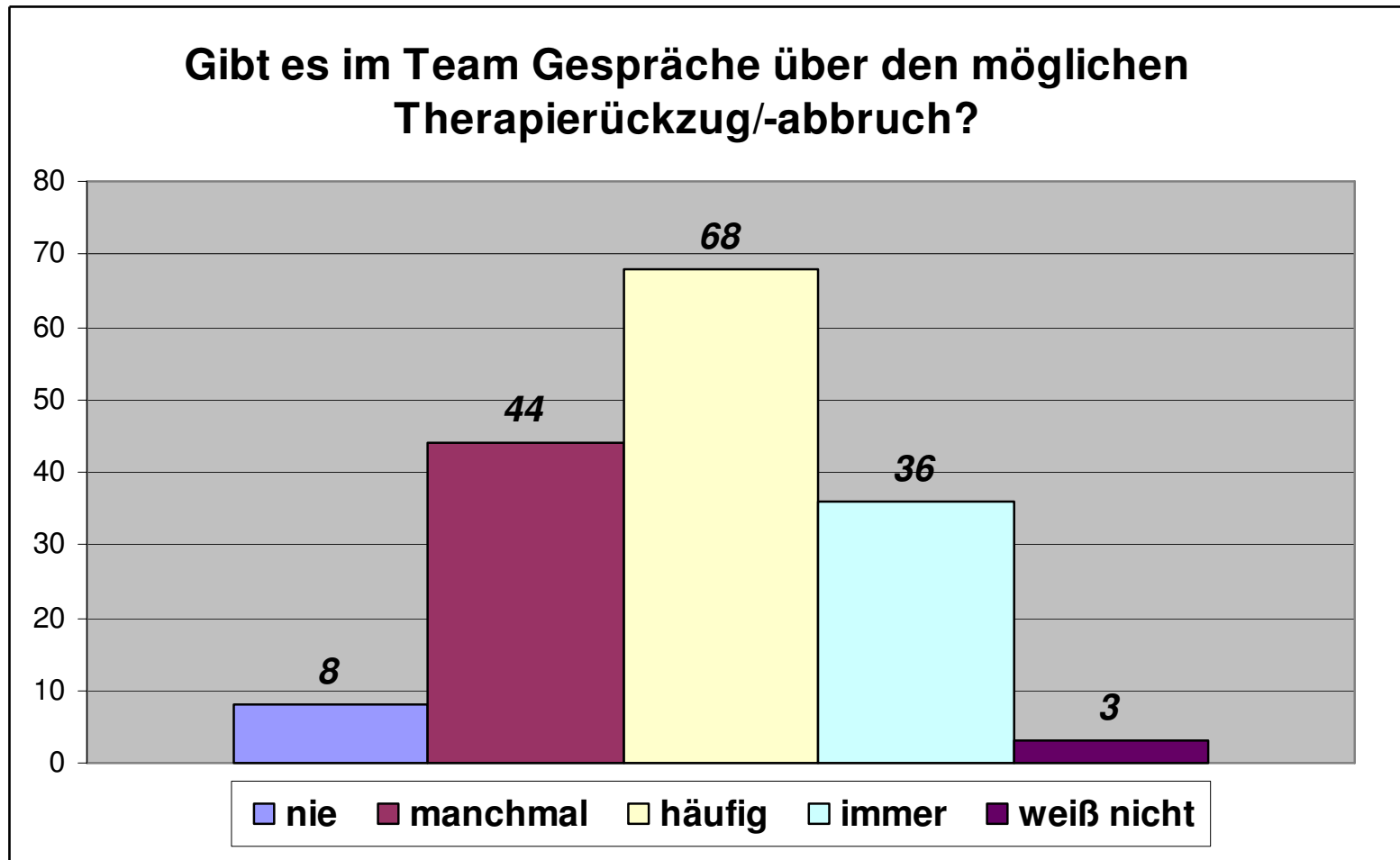


Entscheidungsprozess

Wer spricht einen möglichen Therapierückzug/-abbruch auf Ihrer Station als Erster an?

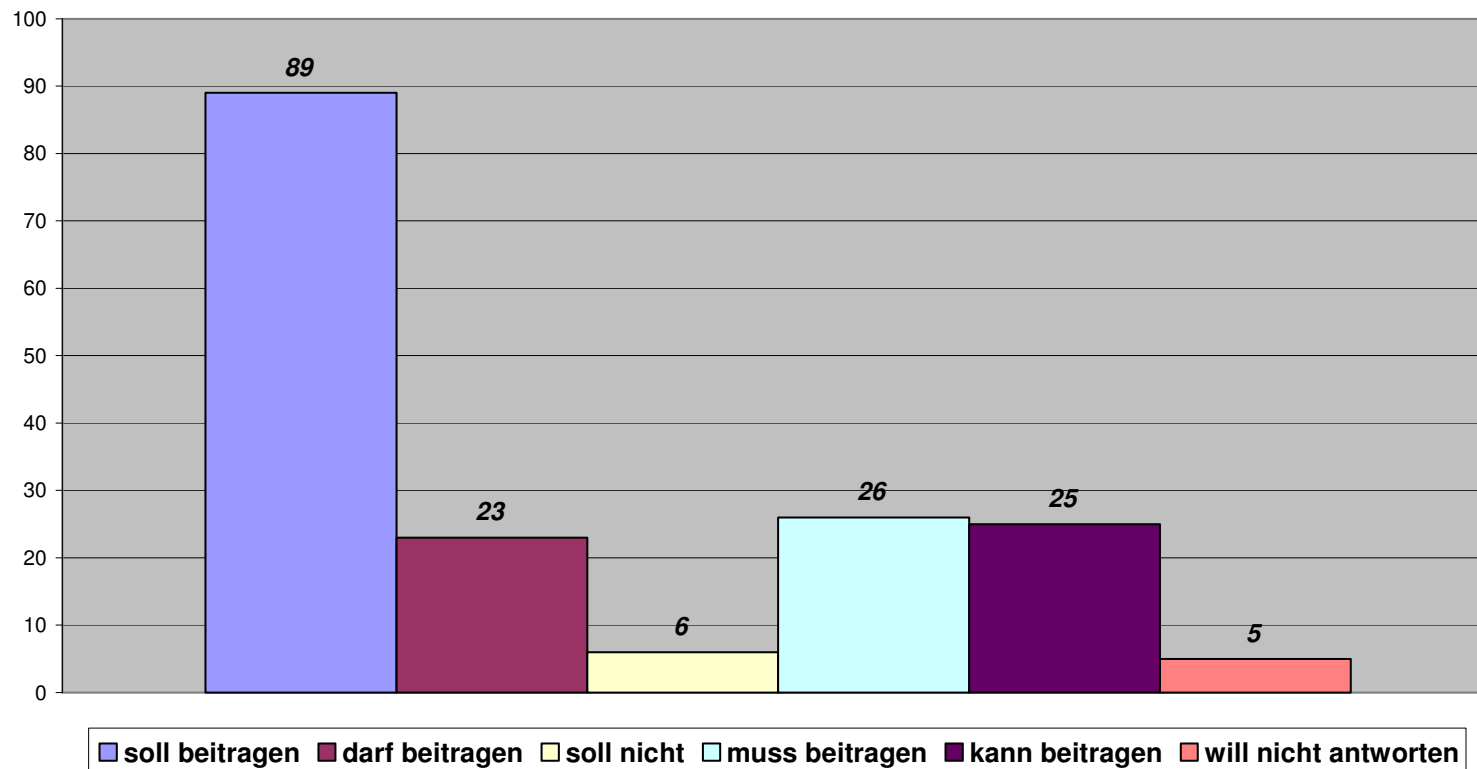


Entscheidungsprozess

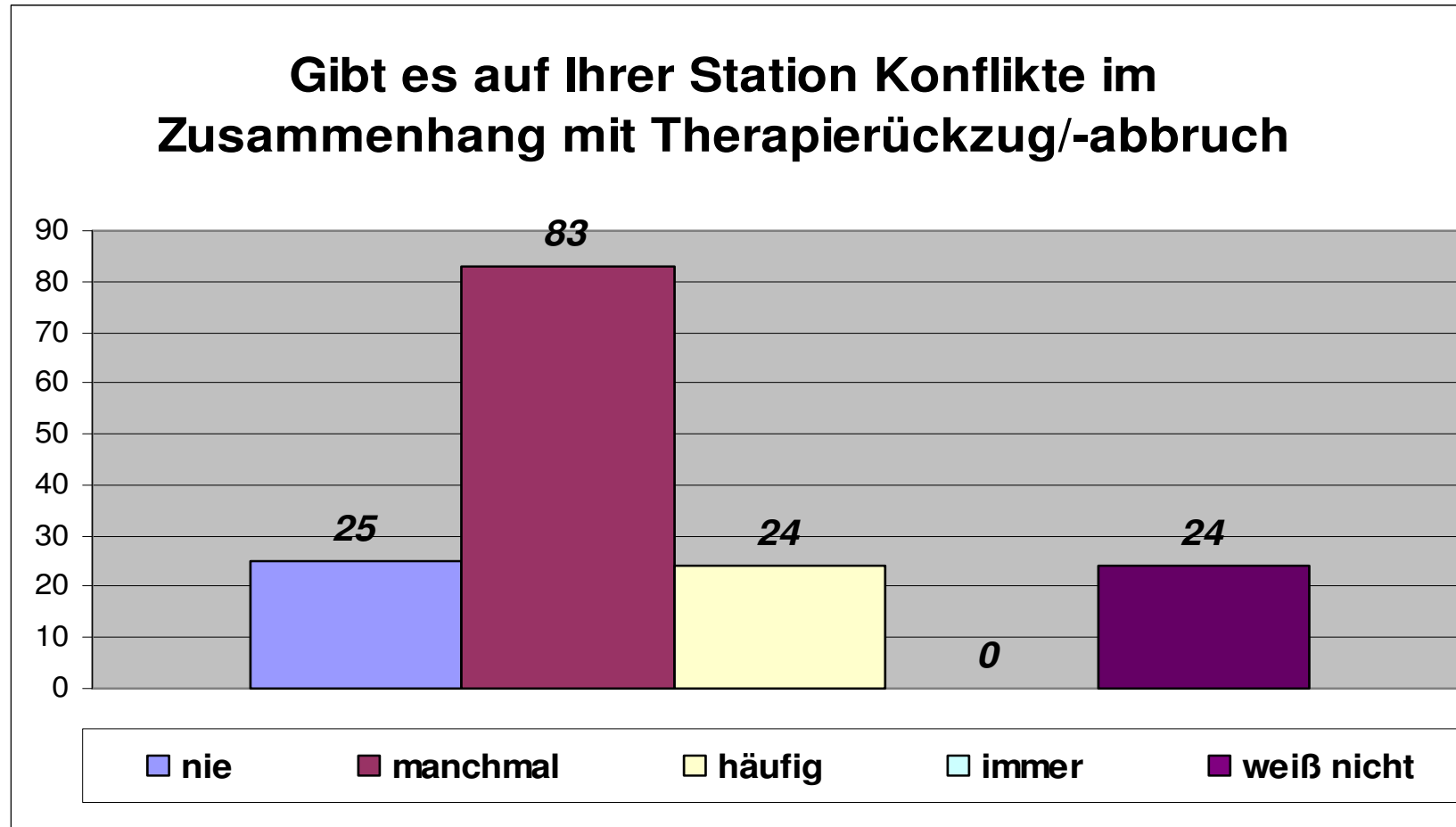


Entscheidungsprozess

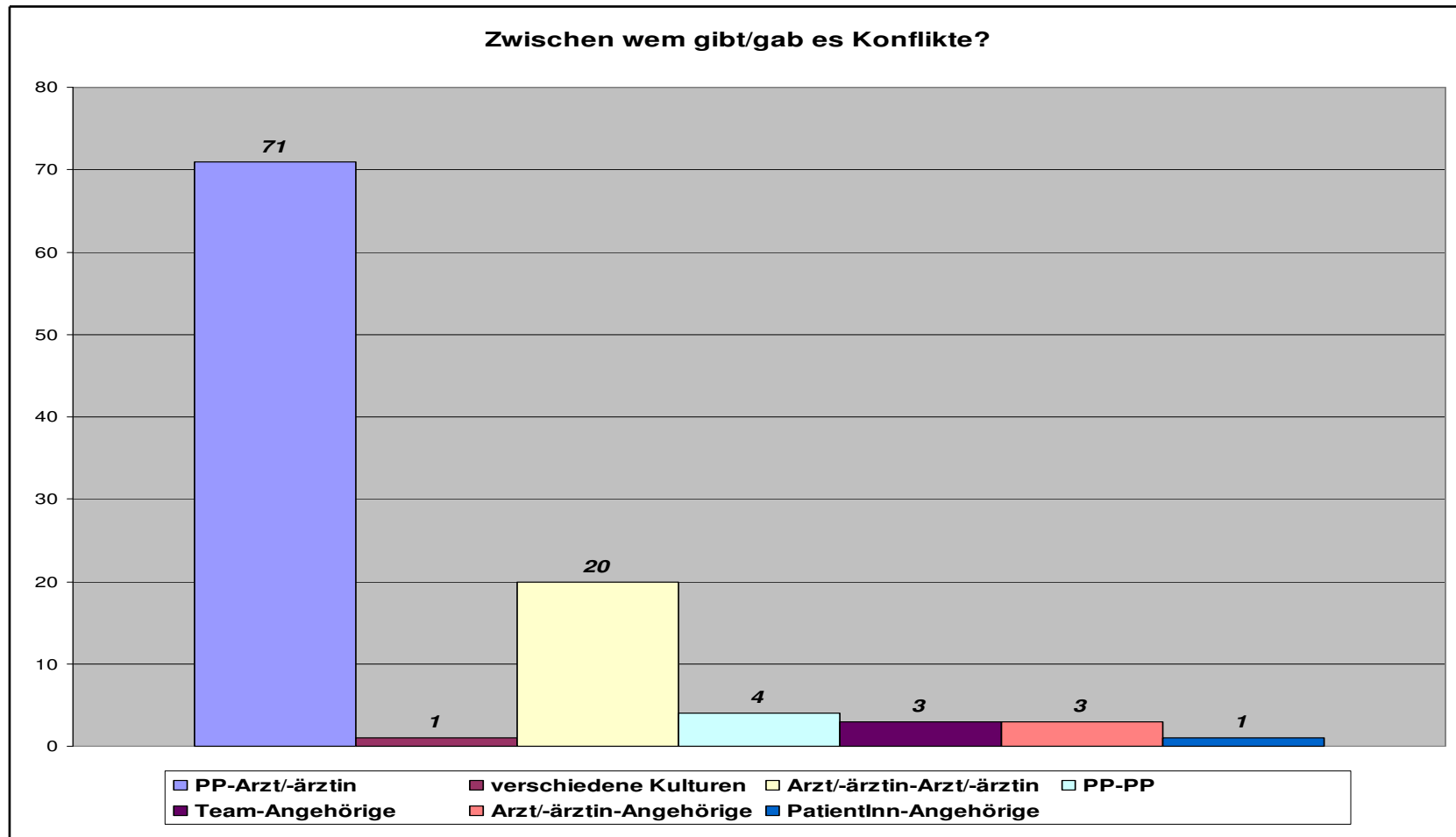
Wie ist ihre Meinung im Bezug auf den Beitrag der Pflege bei der Entscheidung für oder gegen einen Therapierückzug/Abbruch?



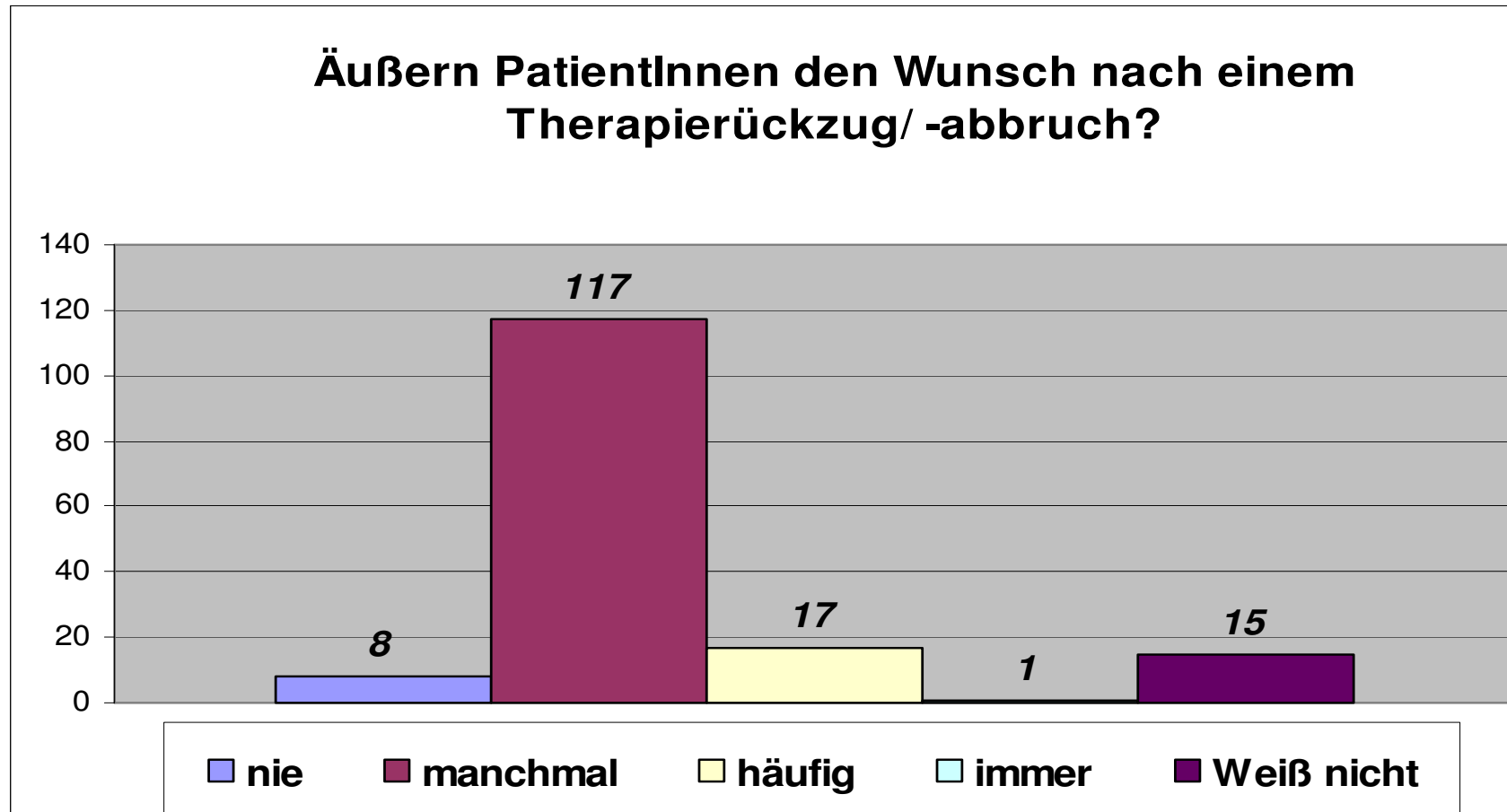
Konflikte



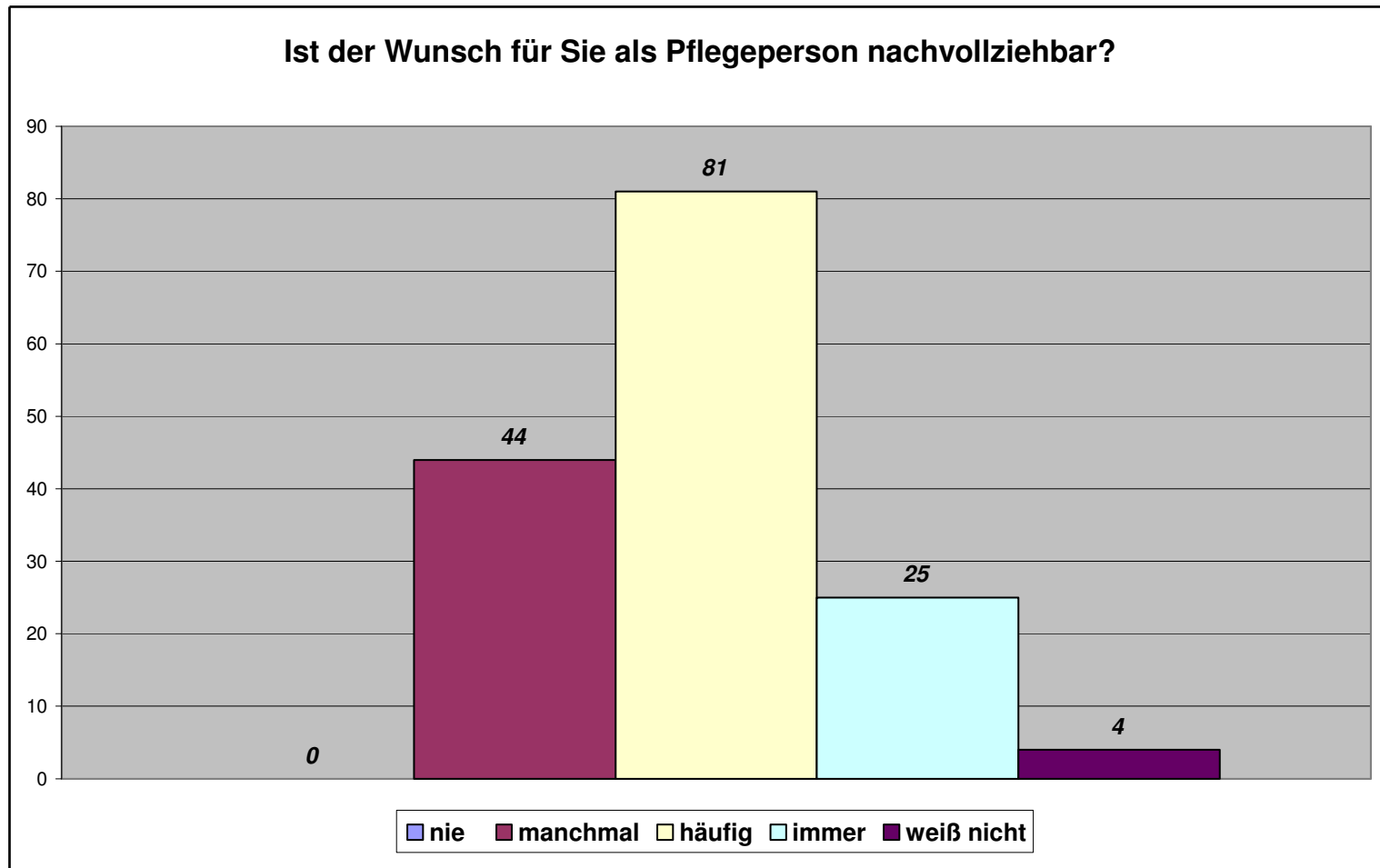
Konflikte



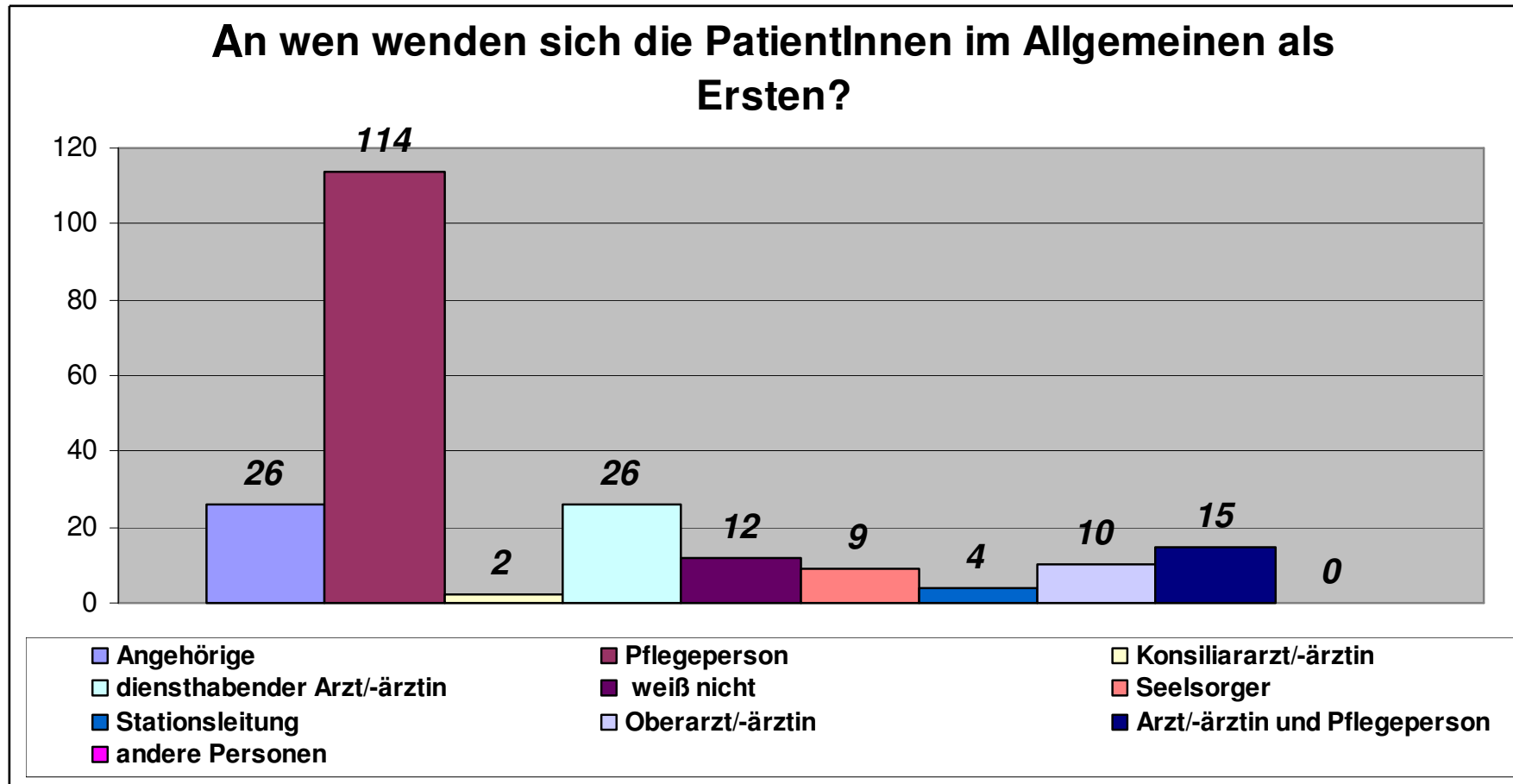
Rolle der PatientInnen im Entscheidungsprozess



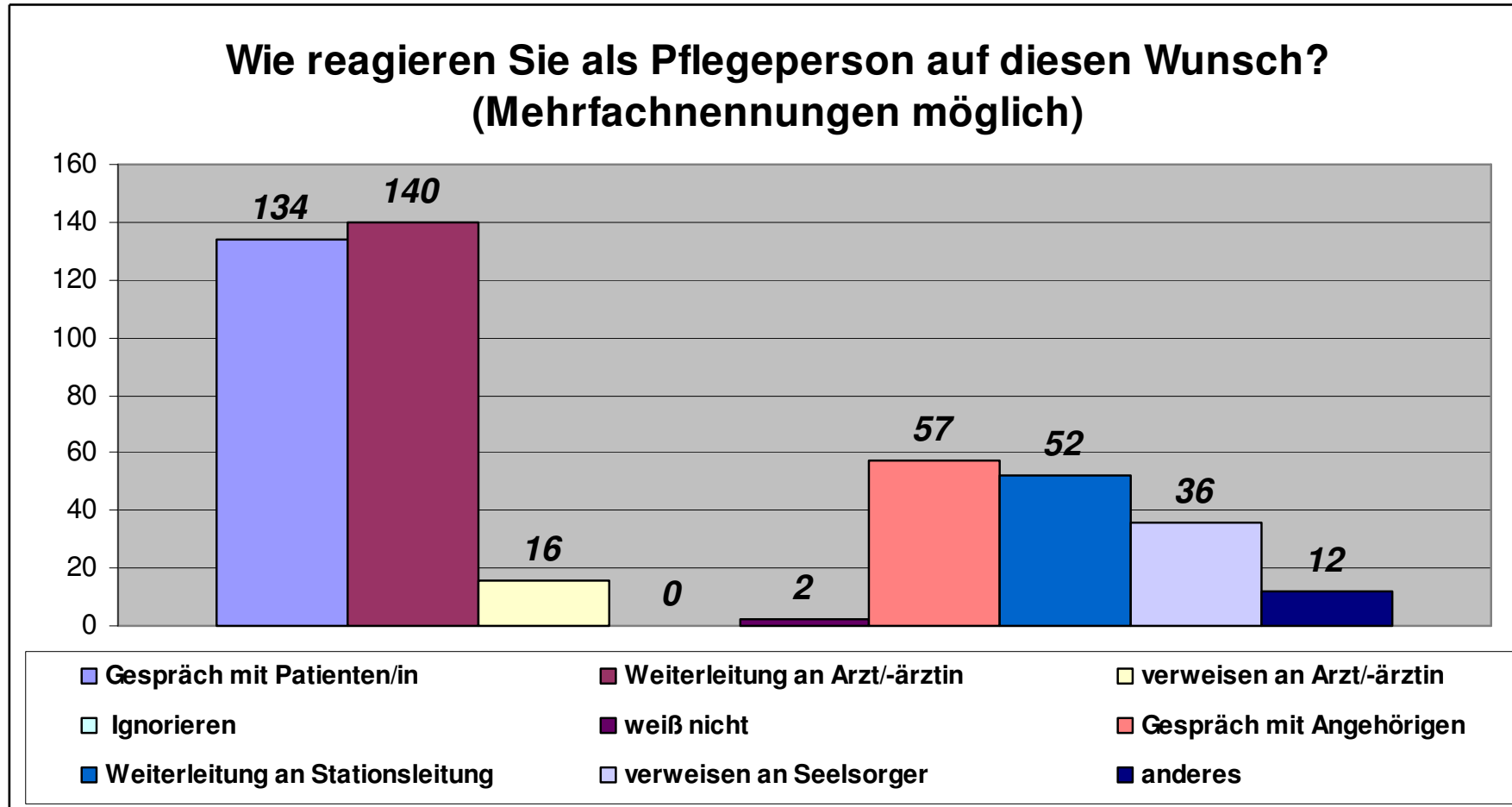
Rolle der PatientInnen im Entscheidungsprozess



Rolle der PatientInnen im Entscheidungsprozess

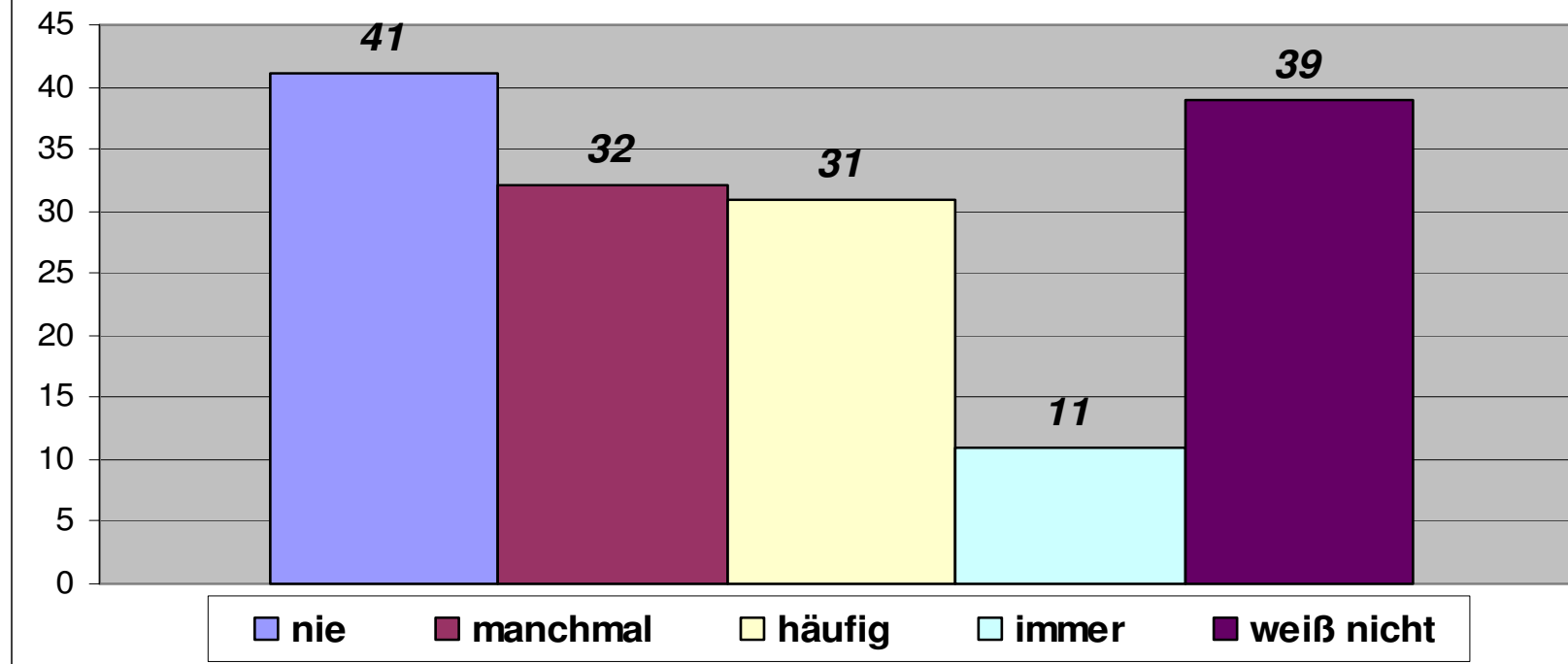


Rolle der PatientInnen im Entscheidungsprozess



Pflege bei Therapierückzug

Wird bei einem Therapierückzug/-abbruch das Konzept der Palliative Care angewendet?



Begrifflichkeiten

- Probleme der Differenzierung von indirekter, passiver und aktiver Sterbehilfe
- Sehr häufig Probleme bei Definition von Palliative Care
- Kaum Probleme bei Beschreibung von Patientenverfügung und Therapiereduktion/-abbruch

Organisationsethik

- Bekenntnis zur Ethik allein (Ethik-Kodex) reicht noch nicht aus!
- Organisatorische und strukturelle Elemente sind unverzichtbar zur Entwicklung und Förderung einer ethisch wachen internen Kultur. (Wehkamp, 2010)
- Ressourcen
- klinische Ethikberatung
- Advanced Care Planning, Liverpool Care Pathway, Patientenverfügung,...
- Implementierung von Palliative Care

klinische Ethikberatung

- Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Sensibilisierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für Fragen der Ethik
- Erarbeitung von Ethikleitlinien für die Institution
- individuelle ethische Fallbesprechungen

(Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, 2006)

Kompetenzen der Pflegepersonen

Ethische Kompetenzen:

- Reflexion
- moralische Sensibilität
- Verantwortung
- Aufmerksame Anteilnahme / Anwesenheit / Achtsamkeit
(Verkerk 2010)

Fachliche Kompetenzen:

- Palliative Care (Symptommanagement, psychosoziale und spirituelle Unterstützung, kulturelle Aspekte)

Auftrag der Pflege

„Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich des **Rechts auf Leben**, auf **Würde** und auf **respektvolle Behandlung**.“

(ICN-Ethikkodex 2006, Präambel)



sabine.ruppert@akhwien.at