



LAUT GEDACHT

wegweiser zur umsetzung der patientenrechte

“Nach dem Tod meiner Mutter frage ich mich, habe ich alles getan?”

Eine Reflexion zu ethischen Entscheidungen
aus pflegespezifischer Sicht

DGKS Karin Böck

Diese und ähnliche Fragen von Angehörigen kann ich gut verstehen und nachvollziehen. Trotz meiner Berufserfahrung habe ich ähnliche Fragen nach dem Tod von Patientinnen¹ gestellt: Haben wir alles getan? War die eine oder andere Entscheidung gut? Habe ich ausführlich genug beraten? Wäre nicht noch ein Krankenhausaufenthalt sinnvoll gewesen? Haben wir dem Wunsch der Patientin sterben zu wollen zu früh nachgegeben, vielleicht ist doch nur eine behandelbare Depression dahinter gestanden? Die Autonomie der Pflege ist in der Hauskrankenpflege hoch. Dies bedingt Verantwortung im Sinn von Antwort geben. Wenn ich zurückblicke, gibt es Patientengeschichten und in diesen Geschichten Entscheidungen, die ein „ungutes Gefühl“ hinterlassen haben, weil im Nachhinein die Vermutung aufgetaucht ist, dass diese Entscheidung oder ein Teil dieser Entscheidung falsch war, oder ein oder mehrere Personen nicht in diesen Entscheidungsprozess miteinbezogen wurden. Ich kann daher sehr gut verstehen, dass sich Patientinnen und vor allem auch Angehörige, in der Zeit danach, Fragen stellen und meinen nicht gut beraten gewesen zu sein, nicht alles gewusst zu haben und daher vielleicht doch die falsche Entscheidung getroffen zu haben.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit die weibliche Form verwendet. Wie in den Ausführungen deutlich wird, sind jedoch gleichermaßen Frauen und Männer gemeint. Eine geschlechtliche Diskriminierung ist durch die Wortwahl nicht beabsichtigt.

Impressum

Im Letter LAUT GEDACHT stellen namhafte und erfahrene Experten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenrechte an. Der Letter erscheint unregelmäßig, in der >NÖ Edition Patientenrechte<, seit Juli 2001 auf www.patientenanwalt.com zum Download.

Herausgeber: NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, A 3109 St. Pölten, Rennbahnstrasse 29

Tel: 02742/9005-15575, Fax: 02742/9005-15660, E-mail: post.ppa@noel.gv.at

Für den Inhalt verantwortlich: Der Letter dieser Reihe repräsentiert jeweils die persönliche Meinung des Autors. Daten und Fakten sind gewissenhaft recherchiert oder entstammen Quellen, die allgemein als zuverlässig gelten. Ein Obligo kann daraus nicht abgeleitet werden. Herausgeber und Autoren lehnen jede Haftung ab.

© Copyright: Dieser Letter und sein Inhalt sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder auch nur auszugsweise Weiterverwendungen nur mit Zustimmung des Herausgebers. Zitate mit voller Quellenangabe sind zulässig.

Ich begann diese Entscheidungen zu reflektieren und dieses „ungute Gefühl“ zu benennen und nicht als zu akzeptierende Tatsache hinzunehmen.

Rechtlich ist die Situation klar. Die Entscheidung, ob eine medizinisch/pflegerische Behandlung durchgeführt wird oder zu unterlassen ist, trifft die Patientin. Voraussetzung ist, dass dieser Mensch entscheidungsfähig ist. Ist die Patientin nicht entscheidungsfähig gilt als Richtschnur für Pflegende und Ärztinnen der mutmaßliche Patientinnenwille. Also wenn eine Patientin immer sehr großen Wert auf Körperpflege gelegt hat, darf ich annehmen, dass dies auch dann der Fall ist, wenn sie nicht entscheidungsfähig ist und ich reduziere die Pflegehandlungen nur, wenn mir ihre körperlichen Reaktionen zeigen, dass das Drehen sehr anstrengend oder schmerzhaft ist. Sollte die Patientin wenig Körperpflege gewöhnt sein, steht es mir daher nicht zu täglich eine Ganzkörperwäsche durchzuführen, außer ich muss annehmen, dass sie in dieser besonderen Situation einem Mehr an Körperpflege auch zugestimmt hätte.

Welche Faktoren bedingen das „ungute Gefühl“ bei Patientinnen und Angehörigen ?

Patientinnen dürfen (müssen?) die Verantwortung für ihre Entscheidungen selbst treffen Sie haben Angst, fühlen sich überfordert.....Angehörige, stark betroffen durch die schwere Erkrankung, möchten zur Seite stehen, erleben Hilflosigkeit, Wut, Trauer, Ohnmacht. Und diese starken Gefühle schränken ihre Entscheidungsfreiheit ein. Bei Patientinnen, die nicht entscheidungsfähig sind, tragen Angehörige die Last, den mutmaßlichen Willen zu erfassen und zu vermitteln. Oft genug bekommen sie das Gefühl nicht ausreichend gehört worden zu sein. Sie fühlen sich allein, missverstanden und machtlos gegenüber dem pflegerisch/ medizinischen Fachpersonal.

Zeit steht nicht beliebig zur Verfügung und es geht nicht um alltägliche Entscheidungen. Das macht Druck und es entsteht das Gefühl „Nicht genügend Zeit gehabt zu haben, um eine „gute“ Entscheidung zu treffen.

Patientinnen und Angehörige suchen nach Lösungen, fragen die Krankenschwester, die Hausärztin, die Fachärztin, medizinisch/pflegerische Laien.....bekommen unterschiedlichste Antworten, Tipps

„Nach dem Tod meiner Mutter frage ich mich, habe ich alles getan?“ Eine Reflexion zu ethischen Entscheidungen aus pflegespezifischer Sicht

Autor: DGKS Karin Böck

erschienen: Juni 2004

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

oder Ratschläge und versuchen sich ein Gesamtbild zu machen. Sie fühlen sich alleingelassen, trotz aller Menschen, die es gut meinen.

Zusammenfassung:

Entscheidungen am Ende des Lebens sind beeinflusst von vielen Gefühlen, sowie dem Druck nicht ausreichend Zeit zu haben und der Vermutung zu wenig Fachwissen zur Verfügung zu haben. Es verwundert nicht, wenn ein „ungutes Gefühl“ bleibt.

Welche Faktoren bedingen das „ungute Gefühl“ bei Pflegenden?

Pflegefachkräfte in der Hauskrankenpflege übernehmen gerade in der letzten Lebenszeit oft bewusst oder unbewusst eine Advokatenrolle, wenn es um schwierige Entscheidungen geht. Sie sind oft die „Drehscheibe“, wo viele Informationen zusammenfließen. Wahrnehmen und beobachten im extramuralen Bereich ist aber nicht wie im stationären Bereich 24 Stunden lang möglich. Entscheidungsfreudigkeit und -kompetenz wird berechtigt von Pflegefachkräften erwartet in einer vereinbarten Zeit, die sich, strukturell bedingt, nicht beliebig ausdehnen lässt.

Es ist große Bescheidenheit angebracht vor dem, was wir über Familiengeschichte, Lebensgeschichte alles nicht wissen - trotz Biographiearbeit, mit einem altertümlichen Begriff könnte diese Achtung vor dem „Nichterzählbaren“ auch Demut genannt werden. Oft können oder wollen Menschen nicht darüber reden. Sie sagen dann der Einfachheit halber ja zum Beispiel zu Pflegezielen, aber - werden wir den Patientinnen dann auch gerecht?

Beeinflusst werden Entscheidungen aber auch dadurch, dass Pflege oft Monate oder sogar Jahre in Familien stattfindet. Rollen sind trotz aller Bemühungen nicht immer so klar, wie es vordergründig den Anschein haben mag, weder für Patientinnen noch für Pflegepersonal. Erwartungen auf beiden Seiten führen immer wieder zu Übertragungen und Gegenübertragungen, die nicht immer erkannt werden können. Aussagen von Patientinnen zeigen uns das manchmal sehr deutlich z.B.: „Sie sind wie eine Tochter für mich! I hab ina a bisserl adoptiert“, aber es wird nicht immer so klar formuliert.

„Nach dem Tod meiner Mutter frage ich mich, habe ich alles getan?“ Eine Reflexion zu ethischen Entscheidungen aus pflegespezifischer Sicht

Autor: DGKS Karin Böck

erschienen: Juni 2004

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Pflegepersonal ist immer wieder nach dem Tod von Patientinnen mit der eigenen Trauer konfrontiert – Zeichen dafür, dass es mehr als nur eine sachliche/fachliche Arbeitsbeziehung war. Aber konnten wir dann noch objektiv genug sein bei Entscheidungen?

Zusammenfassung

Die Ver-antwort-lichkeit von Pflegenden, im Sinn von Antwort geben, die „Einsamkeit“ unserer Arbeit vor Ort bedingt durch den Arbeitsbereich, meine individuelle berufliche und lebensgeschichtliche Wirklichkeit, der Zeitfaktor und mein Eingebundensein in den Ort Familie, lässt dieses „ungute Gefühl“ nach schwierigen Entscheidungen zurück.

Wenn dies für Pflegefachkräfte gilt, umso mehr bedingt dies ein ungutes Gefühl bei zurückbleibenden Angehörigen.

Es gibt keine guten Entscheidungen

Entscheidung in der letzten Lebenszeit sind Dilemmaentscheidungen. Es können keine gute Entscheidungen mehr getroffen werden, sondern nur weniger schlechte von noch schlechteren Es gibt selten noch gute Lösungen für ein Problem, sondern nur schlechte, noch schlechtere und sehr schlechte (s.Loewy) Die Sehnsucht nach einer guten Entscheidung bleibt. Wird dies nicht erkannt, fördert dies das „Ungute Gefühl“ danach.

Ein Weg

Ich begann mich davon zu lösen ethische Dilemma als einen „Appell“ an mich zu verstehen und erkannte, dass es nicht Aufgabe der Bezugspflegefachkraft ist maternalistisch, aus einem „Care Denken“ (s. dazu auch Arndt 1996) heraus, alleine Verantwortung für das Dilemma zu übernehmen. Das heißt nicht, dass ich meine Verantwortung abgeben kann, denn um wirklich zu wissen, wo Veränderungsbedarf besteht, um herauszufinden, welche Werte miteinander im Konflikt zu stehen, muss dieser Prozess zunächst nur von einer Person initiiert werden, die imstande ist, sich reflektierend damit auseinander zusetzen. „Die Autonomiezumutung“ an Individuen ist also ein richtiges Ausgangsmoment..... (Heintel 1999b, 75-76). Sie wird allerdings zur Zumutung, wenn Menschen denken auch in Systemen

„Nach dem Tod meiner Mutter frage ich mich, habe ich alles getan?“ Eine Reflexion zu ethischen Entscheidungen aus pflegespezifischer Sicht

Autor: DGKS Karin Böck

erschienen: Juni 2004

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

alleine wirksam werden zu können. Pflegenden sind im System Familie Grenzen gesetzt und Patientinnen und Angehörigen im medizinisch/pflegerischen System. Es braucht daher Organisation auf zwei Ebenen. In den Systemen muss Raum und Zeit geschaffen werden damit ein Diskurs stattfinden kann und der Diskurs braucht Regeln, damit er stattfinden kann. Denn es ist eine „Autonomiezumutung“ (Peter Heintel 1999) wenn Menschen denken hier alleine Entscheidungen tragen zu können. Es ist auch unzulässig bei wichtigen Entscheidungen z.B.: nur die pflegende Tochter einzubinden, wenn für die Patientin alle Kinder wichtig sind. Dies ist für mich unabhängig davon, wer letztlich entscheidungsberechtigt ist.

Der Mediziner und Ethiker E. Loewy nennt **Vorbedingungen für annehmbare ethische Entscheidungen:**

- ❖ Genügendes Wissen
- ❖ Zeit zum Überlegen
- ❖ Kein Druck oder Zwang
- ❖ Authentizität
- ❖ PatientIn/Angehörige/r muss die Fakten verstehen und eine Erklärung im Einklang mit den eigenen Werten geben können
- ❖ PatientIn/Angehörige/r muss die ethischen Grundlagen einer Institution respektieren
- ❖ PatientIn/Angehörige/r und das interdisziplinäre Team sind gleichwertig und gleichberechtigt
- ❖ Aus der Sicht der Trauerbegleitung möchte ich einen wichtigen Punkt dazusetzen.
- ❖ Alle, für die Patientin relevanten Personen sind mit einzubinden.

**„Nach dem Tod meiner Mutter frage ich mich, habe ich alles getan?“
Eine Reflexion zu ethischen Entscheidungen aus pflegespezifischer Sicht**

Autor: DGKS Karin Böck
erschienen: Juni 2004

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Der Runde Tisch – Zeit und Raum für Gespräche

Meine Erfahrung zeigen, um diese Vorbedingungen zu ermöglichen, ist es sinnvoll alle zu einem Gespräch einzuladen, Patientin, alle Angehörigen, die der Patientin wichtig sind, die Hausärztin, ev. psychosoziale Fachkräfte, Seelsorgerinnen, Therapeutinnen und die Bezugspflegefachkraft.

Dies ist umso wichtiger, wenn Patientinnen nicht mehr aktiv in den Entscheidungsprozess miteingebunden werden können und es auch Ziel ist den mutmaßlichen Patientinnenwillen zu ergründen.

Ziel des Runden Tisches ist, alle hören zur selben Zeit das selbe und können unmittelbar dazu Stellung beziehen.

Gefühle und Hypothesen können ausgesprochen werden und dies dient nicht nur der Psychohygiene, sondern es besteht dadurch weniger die Gefahr, dass wir unsere eigenen Ängste oder die der Angehörigen „behandeln“. (Wer wird behandelt? – Loewy)

Ziel ist auch wegzukommen von der Frage Was sollen wir tun? (Loewy) Solange es kein Ziel gibt, ist diese Frage nicht sinnvoll. Es aber auch nicht vorrangig das Ziel gleich zu einer Entscheidung zu kommen. Entscheidungen entwickeln sich oft in den Tagen danach. Entscheidungen brauchen Zeit.

Für Loewy sind Entscheidungen ein Weg und es braucht eine Reisebegleiterin. Folgende Fragen stellen sich auf dieser Reise:

Methodik der Reiseplanung

Wo sind wir?

(Einschätzung der pflegerisch/medizinisch/sozialen Situation und der lebensanschaulichen Dimension)

Wo wollen wir hin?

(Ist die Frage nach dem Ziel, das sich oft durch die nächste Frage erst erschließt)

Wo wollen wir nicht hin?

„Nach dem Tod meiner Mutter frage ich mich, habe ich alles getan?“ Eine Reflexion zu ethischen Entscheidungen aus pflegespezifischer Sicht

Autor: DGKS Karin Böck

erschienen: Juni 2004

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

(Können wir meist rasch beantworten)

Wie kommen wir zum Ziel?

Was sind die Mittel zum Ziel?

Auf dem Weg zu Entscheidungen können Pflegende gerade in der Hauskrankenpflege oft eine Coachingfunktion wahrnehmen. Nach Loewy können sie Reisebegleiterin sein. Im angloamerikanischen Raum wird diesem Aufgabenbereich auch durch umfangreiche Ausbildungen zur Familienpflege Rechnung getragen. (Wright/Leahey, 2000) Palliativpflege bezieht sich aber auch immer auf das Familiensystem und nicht nur auf die einzelne Patientin. Ethische Dilemma sind daher ein Aufgabenbereich für Pflegefachkräfte aus dem palliativen Supportteam. Denn ethische Dilemma betreffen ein Familiensystem und nicht nur die pflegebedürftige Person.

„Ich habe keine Lehre, aber ich führe ein Gespräch“, sagt Martin Buber. Es braucht viele Gespräche in Familien und in Organisationen.

Arndt, M. (1996): Ethik denken – Maßstäbe zum Handeln in der Pflege. Georg Thieme Verlag Stuttgart: New York.

Heintel, P. (1999): Wissenschaftsethik als rationaler Prozess. In: Liessmann, K.P./ Weinberger, G. (Hg.) Perspektive Europa. Modelle für das 21. Jahrhundert. Sonderzahl Verlagsges.m.b.H.: Wien

Loewy, E./Springer-Loewy, R. (2000): The Ethics of Terminal Care. Orchestrating the End of Life. Kluwer Academic/Plenum Publishers: New York.

Loewy, E./Springer-Loewy, R. (2002): Ethische Fragen am Ende des Lebens. In: Pleschberger, S./ Heimerl, K./ Wild, M. (Hg): Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht. Facultas Universitätsverlag: Wien, 131-132.

Wright, M.L./Leahey, M. (2000): Nurses and Families. A Guide to family Assessment and Intervention. 3rd edition. F.A. Davis Company Philadelphia

Karin Böck, MAS (Palliative Care)

**„Nach dem Tod meiner Mutter frage ich mich, habe ich alles getan?“
Eine Reflexion zu ethischen Entscheidungen aus pflegespezifischer Sicht**

Autor: DGKS Karin Böck

erschienen: Juni 2004

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Über den Autor:

Frau Karin Böck, MAS (Palliative Care)

Diplom für Gesundheits- und Krankenpflege an der Allgemeinen Krankenpflegeschule des Rudolfinervereins am Rudolfinerhaus Diplom 1978

Seit 1981 mit Unterbrechungen durch Karenz und Kindererziehungszeiten im Bereich Hauskrankenpflege tätig, seit 1990 für das NÖ Hilfswerk

Dipl. Seminarleiterin, zahlreiche Seminare und Vorträge zum Thema Sterben, Tod und Trauer

Internationaler Universitätslehrgang Palliative Care, Master Thesis Ethische Entscheidungen in der Hauskrankenpflege Wie können sie gelingen?, Juni 2003

Mitarbeit im palliativen Supportteam des NÖ Hilfswerks (www.hilfswerk.at)

“Nach dem Tod meiner Mutter frage ich mich, habe ich alles getan?” Eine Reflexion zu ethischen Entscheidungen aus pflegespezifischer Sicht

Autor: DGKS Karin Böck

erschienen: Juni 2004

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.