



Workshop: Ethik in der klinischen Alltagsroutine - METAP

Conrad Wesch
Pflegefachverantwortlicher BNS
SBK-Kongress Montreux



Inhalt des Workshops

- **Hintergrund**
- **Methode Metap**
- **Fallbeispiel**

Grenzen der Intensivmedizin inkl. Intensivpflege:

«Nicht alles Machbare ist immer sinnvoll»



- Übertherapie – Futility
- Unterversorgung

- Expliziter Patientenwille
- Mutmasslicher Patientenwille
- ‘Best interest’

- ▶ Entscheidungen auf schwacher Basis
- ▶ »Ethischer Stress« für das Personal



Ethische Fragen im Alltag



Ethik ist methodisches Nachdenken über einen moralischen Sachverhalt (Albisser Schleger et al., 2014)

Prinzipien der biomed. Ethik (Beauchamp & Childress, 2009)

- Respekt vor der Autonomie / vor dem Patientenwillen
- Hilfeleistung/Nutzen
- Schaden und Nebenwirkungen vermeiden
- Gerechtigkeit/Gleichbehandlung



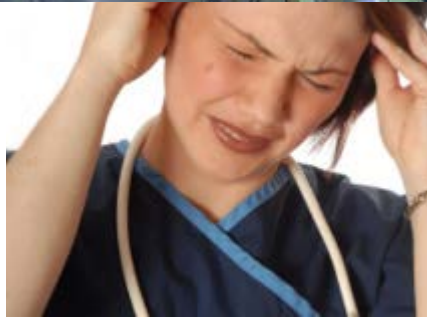
Prognose unklar bzgl.
Erholung
Symptome
Un-/Abhängigkeit
Weg

„Das Pflegeheim, das neue Totenreich“. Welt online, 23.11.1999

Personal und Angehörige
unterschätzen Lebensqualität

(Sprangers & Aaronson, 1999; Frick et al., 2003)





METAP

M für modular
E für Ethik
T für Therapieentscheide
A für Allokation
P für Prozess

Startseite Bestellungen Schulungen Download Team Publikationen FAQ Impressum

METAP Klinische Ethik

Willkommen auf der METAP-Webseite!

Medizinische, pflegerische, therapeutische Massnahmen bei Patientinnen und Patienten können in klinischen Teams ethische Fragen, Unsicherheiten oder Konflikte auslösen. Studien belegen, dass bestimmte Patientengruppen ein erhöhtes Risiko für Unter-, Über- und Ungleichbehandlung aufweisen; und zwar ganz besonders dann, wenn die Entscheidungsprozesse informell und situationsbezogen erfolgen. Dies belastet auch die in der Klinik tätigen Menschen.

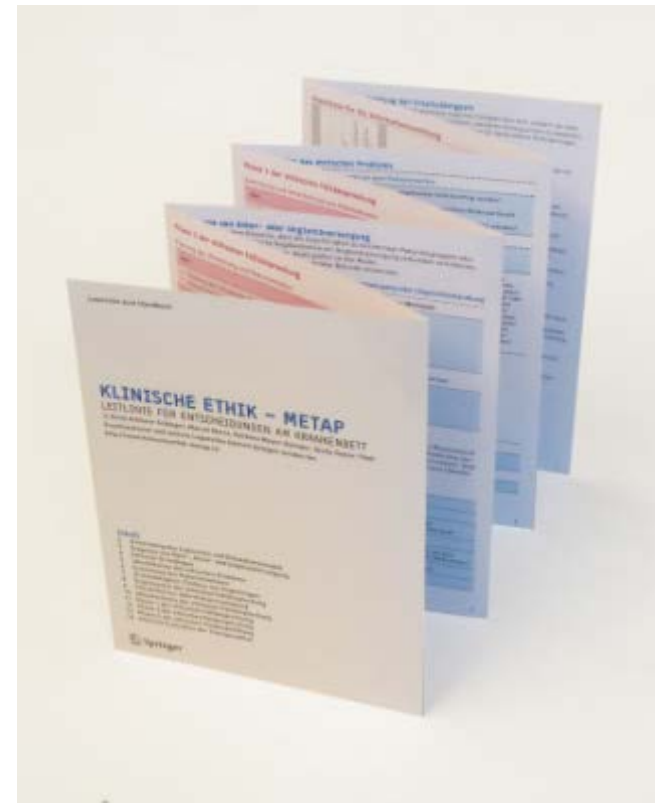
„Das letzte METAP-Gespräch, welches sehr hilfreich war, dauerte dreissig Minuten. Es war fokussiert, auf den Punkt, und am Schluss war die Entscheidung da.“
Ärztin, Geriatrie

METAP steht für **Module**, **Ethik**, **Therapieentscheide**, **Allokation** und **Prozess**. Es dient der Unterstützung ethisch angemessener Therapieentscheide, indem es Ihnen dafür spezifische Orientierungs- und Entscheidungshilfen liefert.

„Ich habe an Klarheit gewonnen. Für mich war Ethik trotz ethischer Vorbildung ein Buch mit sieben Siegeln. Die Medizinethik ist für mich praktischer geworden, wirklich auch in der Praxis lebbar.“
Pflegerin, IPS

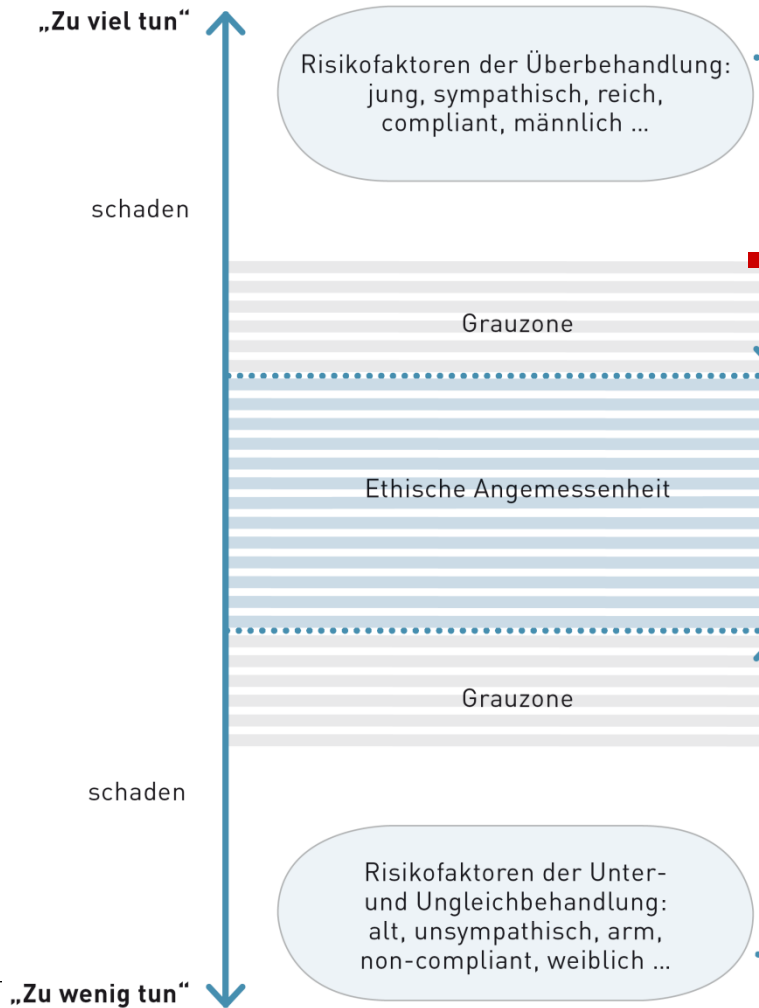
<http://www.klinischeethik-metap.ch>

METAP – ethisches Entscheidungsfindungsverfahren für den Alltag





Ziel von METAP*: «Ethische Angemessenheit» der Therapie : Vermeidung von Über-, Unter- /Ungleichversorgung



Wie wurde METAP entwickelt?

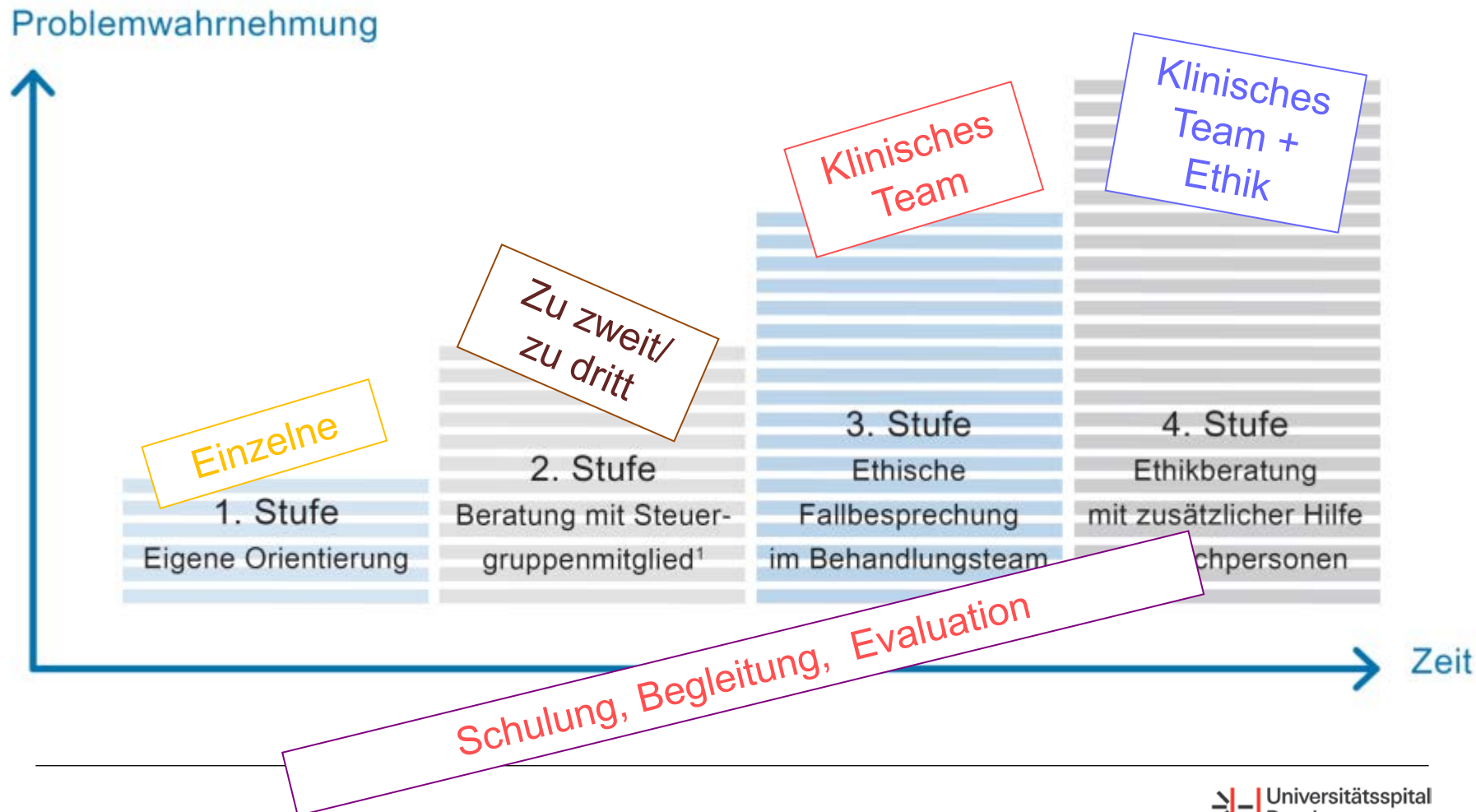
- **Analog Entwicklung Medizinischer Leitlinien**
 - Systematische Literatursuche, -auswahl und Bearbeitung
 - Theoretische Grundlagen, quantitative und qualitative Forschung
- **Kapitelentwurf** durch jeweils verantwortliche/-n Autor/-in
- **Prüfung** durch mehrere externe interdisziplinäre/-professionelle Gruppen
 - Experten/-innen: wissenschaftliche Methodik und Inhalt
 - Praktiker/-innen: Akzeptanz und Anwendbarkeit
- **Einarbeitung** der Ergebnisse in die Textentwürfe
- **Anwendung auf zwei Pilotstationen:**
 - Operative Intensivbehandlung (OIB), Universitätsspital Basel
 - Akutgeriatrie (AGUK), damals: Universitätsspital Basel, heute: Felix-Platter Spital
- **Weitere Anpassung** auf Grund der Erfahrung und (Zwischen-) Evaluation

Wo wird METAP angewendet?

- Universitätsspital Basel:
 - Operative Intensivbehandlung OIB
 - Medizinische Intensivpflegestation
 - Hämatologie
 - Viszeralchirurgie
- Felix-Platter-Spital, Basel:
 - Akutgeriatrie- und Rehabilitation
- Kantonsspital Bruderholz,
 - Interdisziplinäre Intensivstation
- Privatspital: St. Anna Luzern



«Eskalationsmodell» METAP

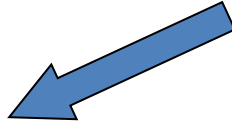




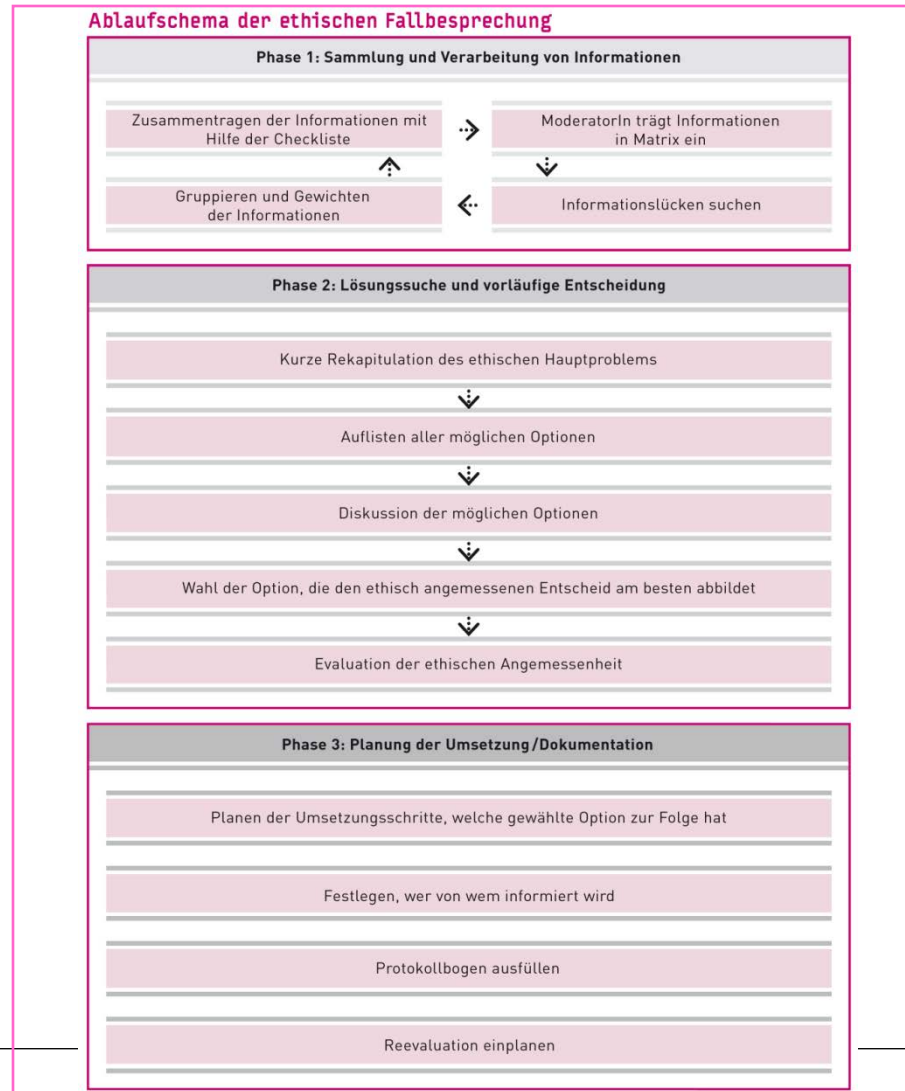


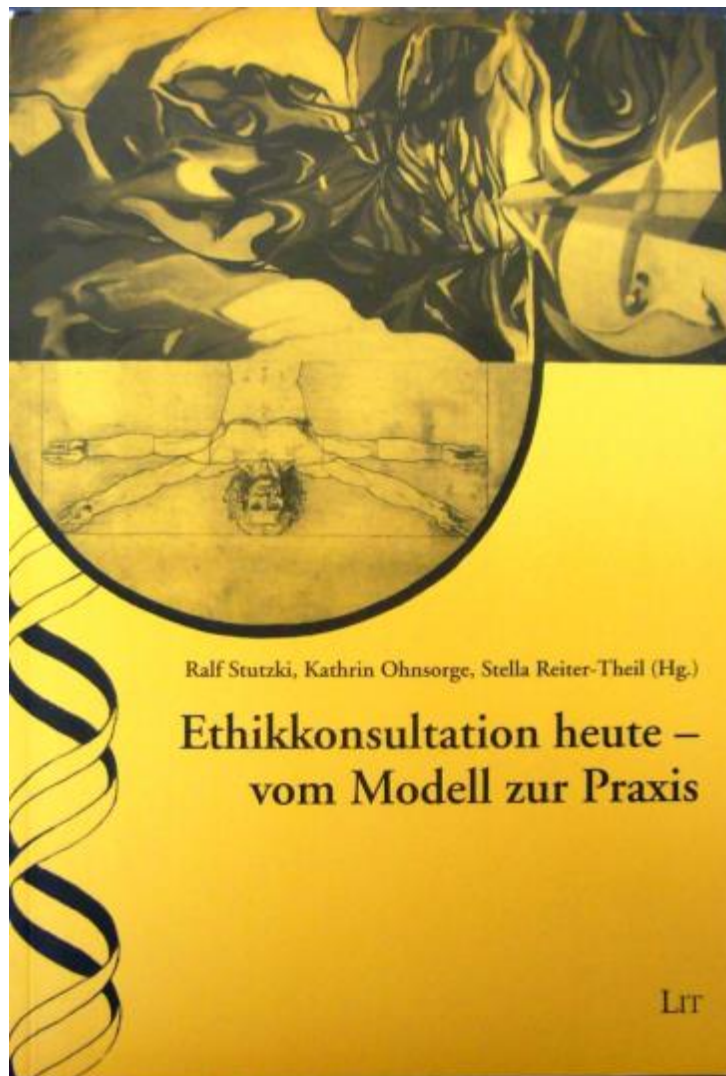


Stufe 3: Moderiertes interprofessionelles. Gruppengespräch Matrix für Informationssammlung und Diskussion

Medizinische Informationen	Pflegerische und therapeutische Informationen	Prognose 
Werte – bisheriger Lebensentwurf	Patientenwille	Risikokriterien für Über- und Unterversorgung
Soziales Umfeld	Strukturelles	Andere wichtige Informationen

Ablauf der ethischen Fallbesprechung





Beispiel (1)

<p>Medizinisches 3x AKB nach Infarkt, postoperativer Verlauf unauffällig (ausser Delir und Lasixperfusor) auf Abteilung, dort REA Alarm bei Bewusstlosigkeit, bei Eintreffen REA Team wieder GCS 14-15, Verlegung Intensivstation. Sternuminfekt, Sternuminstabilität: operativ behandelt Biventr. Herzinsuff (Dobutamin, NA) aktuell VHF, keine VA Acute on chronic renal failure: Dialyse Neuro: zwischenzeitl. verwirrt, dann wieder klar</p>	<p>Pflegerisches/Therapeutisches Heute relativ kooperativ Betreuung: Mobilisation mit mehreren Pers. Bei schlechtem Muskeltonus Schluckstörungen mit fragl. Aspiration Viel Sekret</p>	<p>Prognose Sternuminfekt am Ausheilen Niere: ungewiss, kann sich erholen, braucht noch einige Zeit Dialyse (6 Wochen warten) Herz stabil Lunge: braucht Atemtherapie, kann sich erholen In der Summe: über 50% Chancen, dass Pat. wieder nach Hause entlassen werden kann</p>
<p>Präferenzen/bisheriger Lebensentwurf Ehefrau und Kinder schildern ihn als eigenwillig, forsche Art Gemäss Ehefrau ist dem Pat. Selbständigkeit wichtig, will selber entscheiden Eigenes Geschäft Selbständig, konnte noch Auto fahren</p>	<p>Patientenwille Vorliegende Pat. Verfügung: keine REA, keine lebensverlängernden Massnahmen. Meinung ändert sich häufig, z.T. widersprüchliche Aussagen (Aussage: machen Sie mich gesund) Der Entscheid zur Operation ist Pat. nicht leicht gefallen (wegen Sy. zugesagt) Pat. spricht sich gegen eine langfristige Dialyse aus, kurzzeitig ist für ihn vertretbar Lehnt nach Aufklärung eine Atemtherapie ab.</p>	<p>Risikokonstellation Unterversorgung Fortgeschrittenes Alter Chronische Erkrankung Pflegeintensiv</p>
<p>soziales Umfeld (Angehörige etc) Ehefrau (zweite), 2 Kinder (Sohn meint, man soll alles machen, v.a. kurze Dialyse) Angehörige sind gut informiert</p>	<p>Strukturelles</p>	<p>anderes Psychiatrische Info: Leichte reaktive Depression, Urteilsfähigkeit aktuell gegeben (nicht in einem schweren Delir o.ä.) Ambivalente Einstellung gegenüber Therapie Fragliche Krankheitseinsicht</p>

Beispiel (2)

Mögliche Therapieoptionen:


- Aktuelle Therapie weiter, alle Komplikationen werden behandelt
- Aktuelle Therapie weiter, Re-Evaluation nach gewisser Zeit
- Aktuelle Therapie weiter, bei Komplikation Evaluation
- Aktuelle Therapie weiter, keine Reanimation
- Aktuelle Therapie weiter, Komplikationen werden nicht behandelt
- Umstellung auf «Komforttherapie»

Beispiel (3)

Name, Geburtsdatum:	Herr PATIENT geb. 1939
Datum, Dauer des Gespräches	
Teilnehmende Personen	Moderation: Stefanie Mogg Frank Derrer, Ursi Barandun, Fabian Fiechter, Merle Keck (Psychiatrie), Michael Wehrli, Gianmarco Balestra, Martin Siegemund, Barbara Meyer
Grund für das Gespräch:	Standortbestimmung
Informationsgrundlage	Siehe oben
Ergebnis und Begründung:	Kein Hinweis für Überversorgung Prinzipiell gute Prognose Keine zu grosse Belastung Strategie: Verhandlung so weit möglich, gelegentlich streng sein, allenfalls medikamentöse Unterstützung, Pat. braucht wahrscheinlich klare Anweisungen Logopädie beiziehen zur Schluckabklärung, Therapie REA Nein
Datum, Unterschriften:	

Wichtig bei der Einführung und Umsetzung

- Fixer Termin Donnerstag 14.00 – (max.) 15.00 Uhr
 - (zusätzliche Termine bei Bedarf möglich)
- Verantwortliche Person (im Voraus geplant für 6 Monate):
 - Am Vortag:
 - Auswahl Patient/-in
 - Einladung Teilnehmende (inkl. Zuweisende)
 - Vorbereitung Matrix (aus KG und Pflege-Dok.)
 - Moderation
 - Dokumentation (KG und Pflege-Dok.)
- Bei Bedarf: Ethikkonsil durch Ethikbeirat USB



(Zwischen-) Evaluation

- Sammlung und Auswertung aller Protokolle von ethischen Fallbesprechungen (eFB) zwischen Januar 2011 und Juni 2012
- Kurzer Fragebogen an alle Teilnehmenden dieser eFB
- Fragestellungen:
 - Ist der Ablauf praxistauglich?
 - Können relevante Fragen geklärt werden?
 - Rechtfertigt der Nutzen den Aufwand?
 - Nimmt die ethische Kompetenz zu?
 - Verbessert sich die Zusammenarbeit der Berufsgruppen?
 - Nimmt die persönliche Belastung ab?
 - Wie wird der Nutzen für den Patienten, die Patientin beurteilt?

Auswertung der eFB

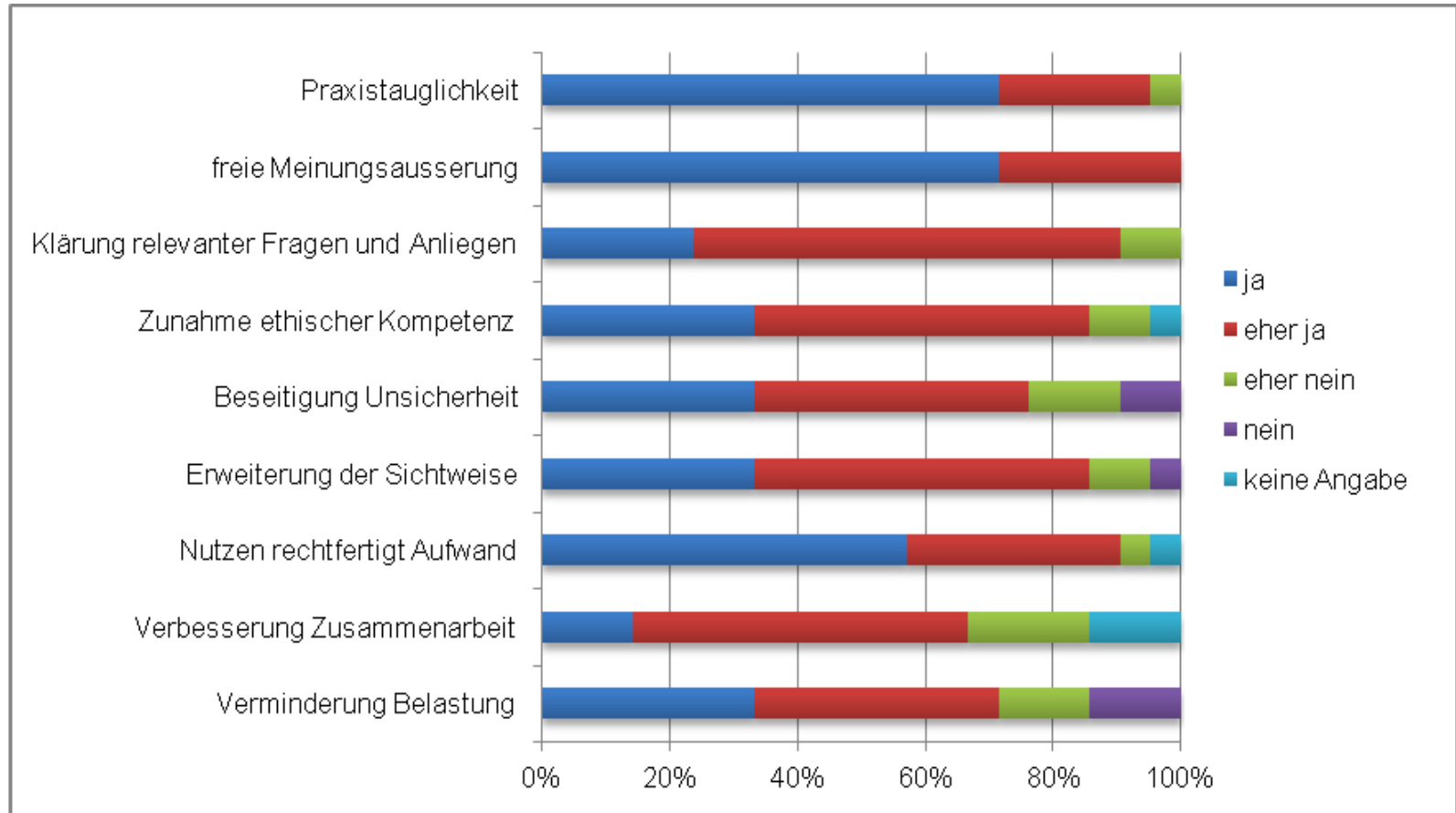
44 Gespräche bei 41 Patient/-innen (1/2011 bis 06/2012)

Anzahl Teilnehmende ¹	total:	6.2 (4/10)
	Pflegende:	2.7 (1/5)
	Ärztinnen/Ärzte:	3.2 (2/6)
Dauer	30 bis 60 Minuten	
Alter ^{1,2}	68 Jahre (45/89)	
Geschlecht ²	Männer:	25 (61%)
	Frauen:	16 (39%)
SAPS ^{1,2}	54.43 (21/83)	

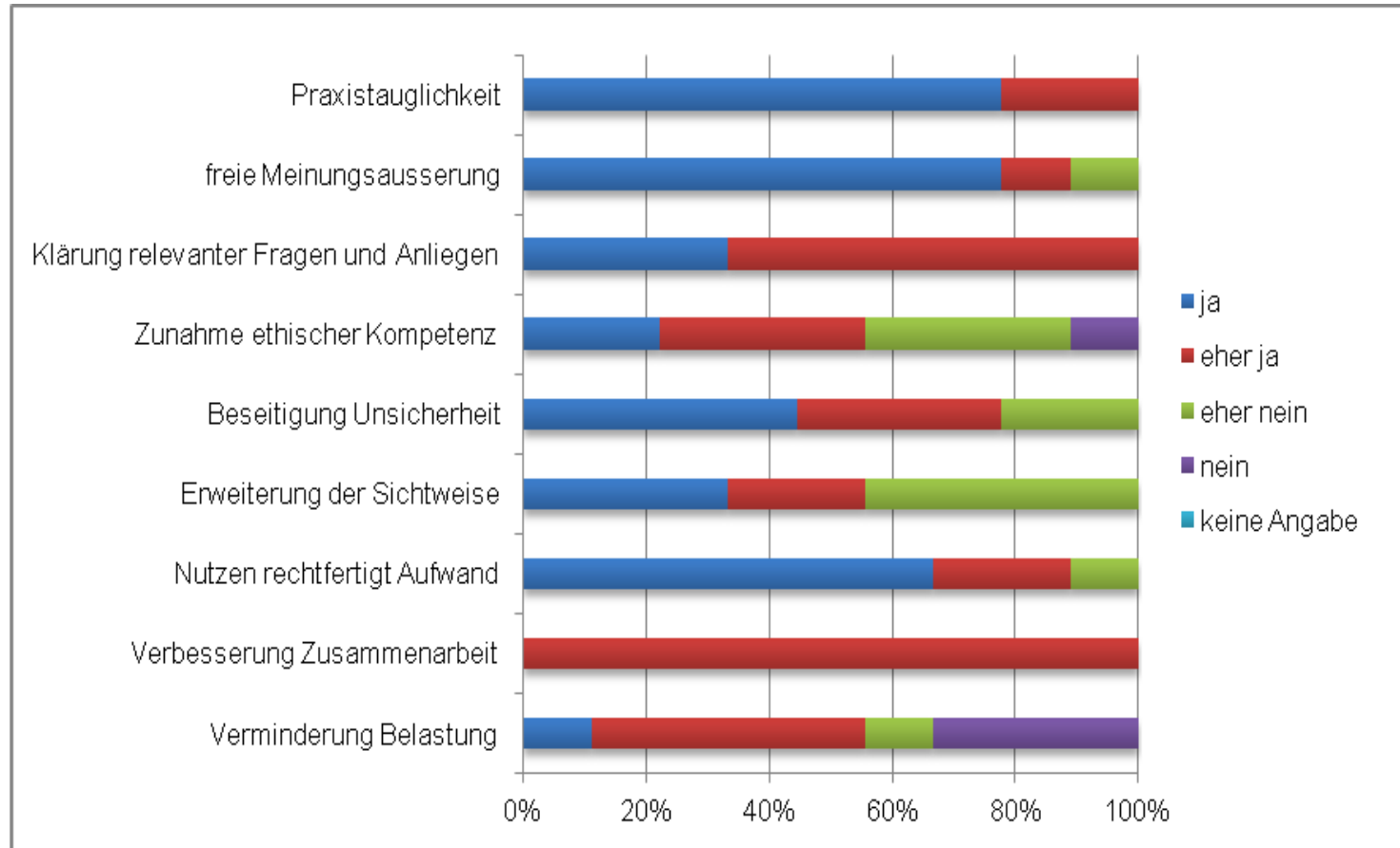
¹ Durchschnitt (Min/Max)

² Patientinnen und Patienten

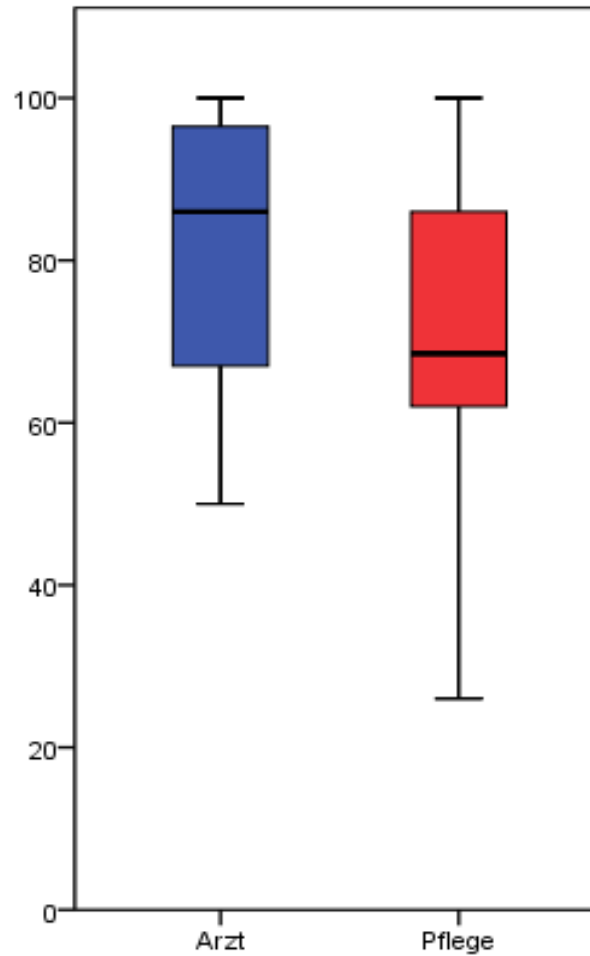
Antworten Pflegende



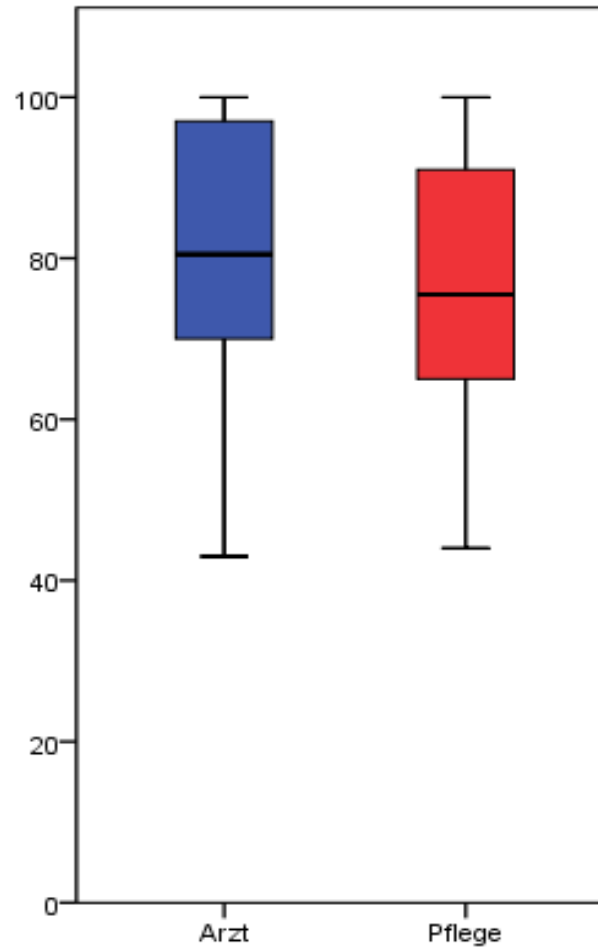
Antworten ÄrztInnen



Wie beurteilst Du den Nutzen für Patient/-in?



Wie beurteilst Du den Nutzen für das Team?





Fazit

- Probleme entstehen häufig durch Informationsdefizite, unterschiedlichen Wissensstand und unterschiedliche Wertevorstellungen.
- Dranbleiben lohnt sich!
 - Ethik ist heute schneller Thema
 - Entscheidungen nachvollziehbar ► besser akzeptiert
 - Mehr Verständnis für andere Berufsgruppe
- Comittment Management und begleitende Massnahmen
 - Ethik im Alltag thematisieren
 - Z.B. Verlauf in ärztlicher KG und Pflege-Dok.
 - Z.B. jährige Fortbildung für Pflegende und Ärzt/-innen
 - Organisation / Verantwortungen
- Künftig auch ethisch problematische Pflege thematisieren

Quellen

fett: direkter Bezug zur Methode METAP

- **Albisser-Schleger, H, Meyer-Zehnder, B, Tanner, S, Mertz, M, Schnurrer, V & Pargger, H, Reiter-Theil, S (2013). Massgeschneiderte klinische Alltagsethik. *Krankenpflege*, 5, 12-16.**
- **Albisser Schleger, H.; Meyer-Zehnder, B.; Tanner, S.; Mertz, M.; Schnurrer, V.; Pargger, H.; Reiter-Theil, S. (2014). Ethik in der klinischen Alltagsroutine – METAP, ein Modell zur ethischen Entscheidungsfindung in interprofessionellen Teams. *Bioethica Forum*, 7(1), 27-36.**
- **Albisser Schleger, H, Mertz, M, Meyer-Zehnder, B & Reiter-Theil, S (2012). *Klinische Ethik - METAP. Leitlinie für Entscheidungsfindungen am Krankenbett*. Berlin: Springer.**
- Albisser Schleger, H, Pargger, H & Reiter-Theil, S (2008). "Futility" – Übertherapie am Lebensende? Gründe für ausbleibende Therapiebegrenzung in Geriatrie und Intensivmedizin. *Z Palliativmed*, 9, 67-75.
- Frick, S, Uehlinger, DE & Zürcher Zenklusen, RM (2003). Medical futility: predicting outcome of intensive care unit patients by nurses and doctors - a prospective comparative study. *Crit Care Med*, 31(2), 456-61.
- Kesselring, A (2005). Interprofessionelle Zusammenarbeit zw. Medizin und Pflege. Editorial. *Pflege*, 18: 143-145.
- **Meyer-Zehnder, B, Barandun Schäfer, U, Albisser-Schleger, H, Reiter-Theil, S & Pargger, H (in Druck). Ethische Fallbesprechungen auf der Intensivstation – vom Versuch zur Routine. *Anaesthesist*.**
- **Reiter-Theil, S, Mertz, M, Meyer-Zehnder, B, Albisser Schleger, H, Kressig, RW & Pargger, H (2010). Klinische Ethik als Partnerschaft – oder wie eine ethische Leitlinie für den patientengerechten Einsatz von Ressourcen entwickelt und implementiert werden kann. *Ethik Med*, 23(2), 93-105.**
- Sprangers, MAG & Aaronson, NK (1992). The role of health care providers and significant others evaluating the quality of life of patients with chronic disease: a Review. *Journal of Clin Epidem*, 45, 43-760.
- Stutzki, R, Ohnsorg, K & Reiter-Theil, S (2011) (Hrsg.) *Ethikkonsultation heute – vom Modell zur Praxis*. Münster: Lit.

