

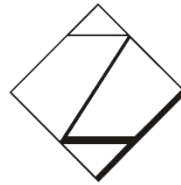
# Kann klinische Ethikberatung Moral Distress verhindern / begrenzen / vorbeugen?

Differenzen zwischen Pflegenden und Ärzten bei Anfragen  
an klinische Ethikberatung

Prof. Dr. Beate Mitzscherlich

Ethik-Weiterbildung am Universitätsspital Basel

6. Juli 2017



1. Moral Distress – ein Konzept für Pflegende?
2. Perspektivendifferenz – Unterschiedliche Wahrnehmung von ethischen Problemen bei Pflegenden und Ärzten?
3. Anfragen aus der Pflege in der klinischen Ethikberatung am USB / in den UPK
4. Exemplarische Fallbeispiele
5. Diskussion
6. Fazit: Ethikberatung

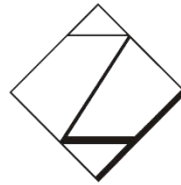


## 1. Moral Distress – ein Konzept für Pflegende?

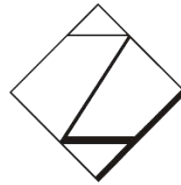
Jametown (1984) „negative feelings that arise when one knows the morally correct response to a situation but cannot act accordingly because of institutional or hierarchical constraints“

„eine psychologische Reaktion auf moralisch herausfordernde Situationen“ (Monteverde 2014)

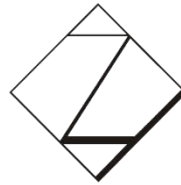
Inkohärenz zwischen Aktionen einer Person und ihren Überzeugungen (Oh & Gastmanns 2013, Houston, Casanova, Levielle Schmidt et al 2013)



- Empirisch: Besonders bei aggressiver Therapie am Lebensende mit hoher Belastung und fraglichem Nutzen für Patient (Redman&Fry 2000),
- Nicht tun können, was ethisch geboten wäre
- Handlungen ausführen müssen, deren Nutzen/ Sinn man nicht erkennen kann, die Leiden des Patienten oder dessen Wünsche nicht oder zu wenig berücksichtigen
- keinen Einfluss auf Entscheidungen



- Initialer und reaktiver Stress (Jametown 1993)
- Wechselwirkung von Moral Distress und Moral Residue (Corley 1995 Epstein& Delgado 2010, Hamric 2012)  
„Crescendo-Effekt“
- Relationaler Charakter von Moral Distress (Pavlish u.a. 2013, 2015); wenn moralische Konversion vermieden wird oder verspätet stattfindet, werden „moral disagreements“ zu „ethical conflicts“, Moral Distress zeigt das an

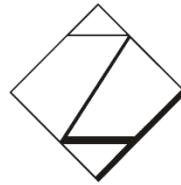


Carol Pavlish, Joan Henriksen Hellyer, Brown-Saltzman,  
Miers, Squire . AJCC, 2015

Screening Situations for Risk of Ethical Conflicts – A Pilot  
Study

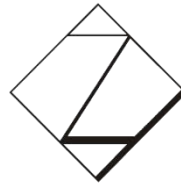
„The top 3 indicators for ethical conflicts are patients‘  
suffering, providers‘ distress, and families‘ unrealistic  
expectations.“

„triangle of suffering“



## Moral Distress – Auswirkungen

- Physisch: Schlafstörungen, Kopfschmerzen
- Psychisch: Beeinträchtigung von Selbstwert/  
Selbstwirksamkeit
- Patientenbezogen: Disengagement,  
„Mitgefühlerschöpfung“ (Doppelfeld 2013)
- Institutionell: Zusammenhang mit Burn-Out, Fluktuation,  
Ausstieg aus dem Beruf

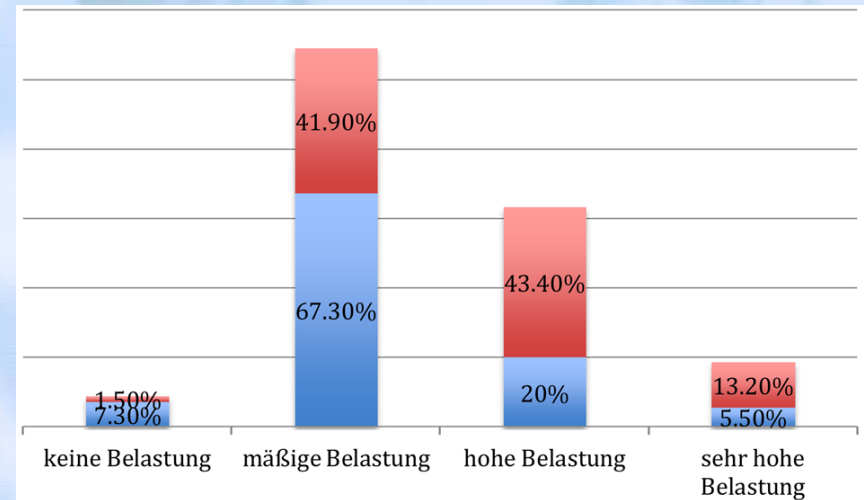
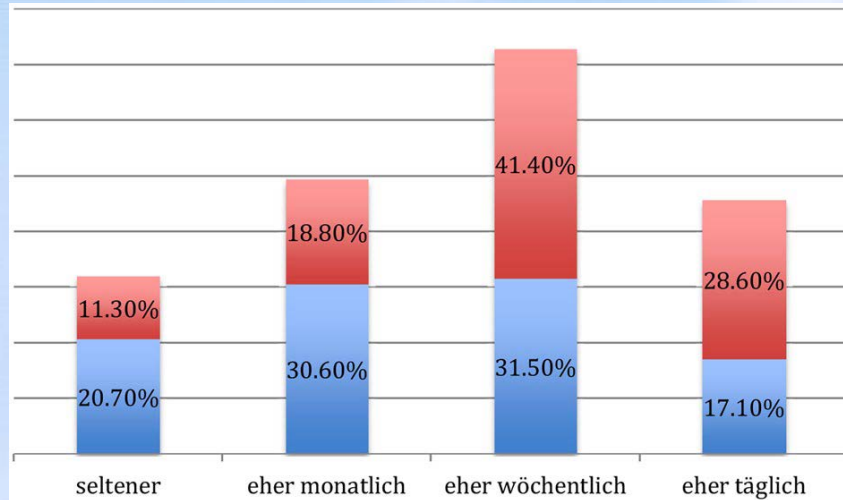


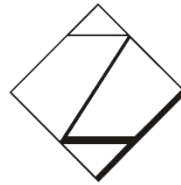
## **2. „Perspektivische Differenz“ (Sauer 2015) Wie unterscheidet sich die Wahrnehmung ethischer Probleme von Ärzten und Pflegenden**

Quantitative Erhebung (n=247; 111 Ärzte, 136 Pflegende ICU, Onkologie)

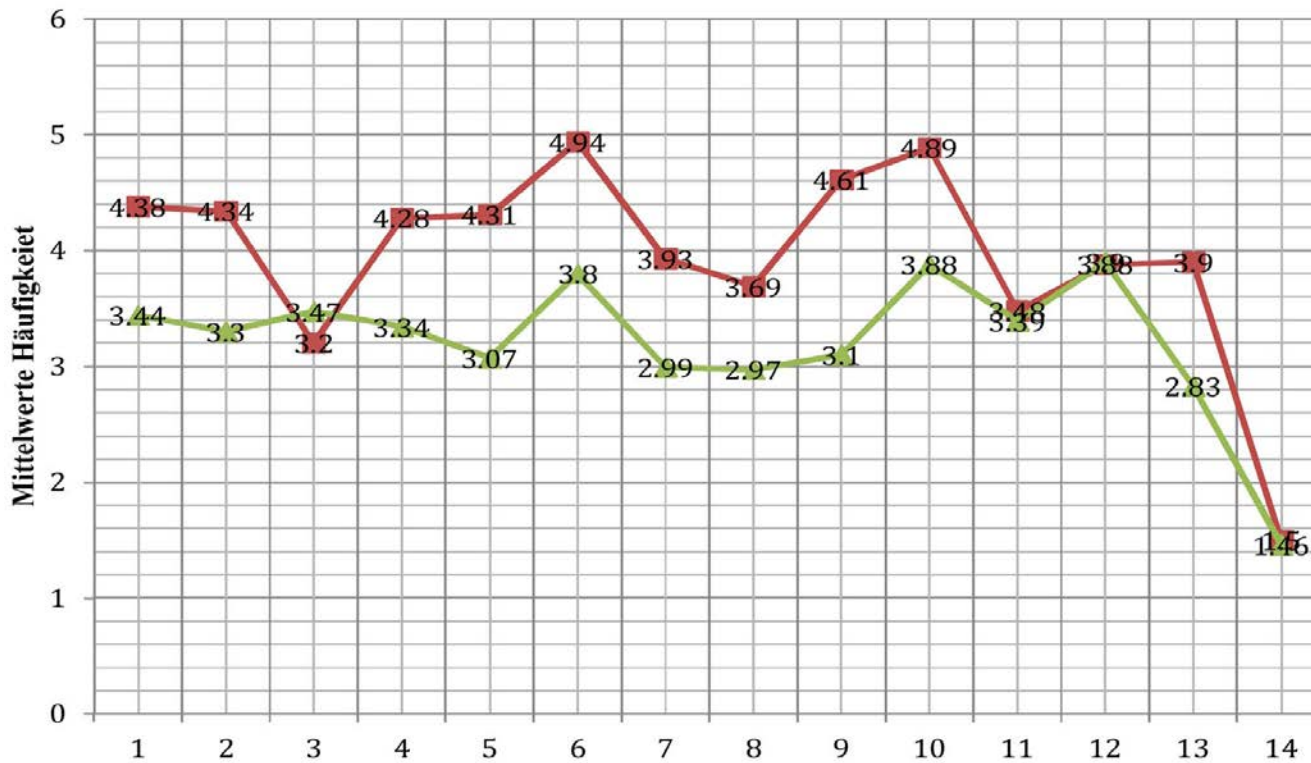


# Konflikthäufigkeit und Konfliktintensität (intrapersonell) bei Aerzten (blau) und Pflegenden (rot) n. T. Sauer 2015

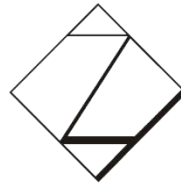




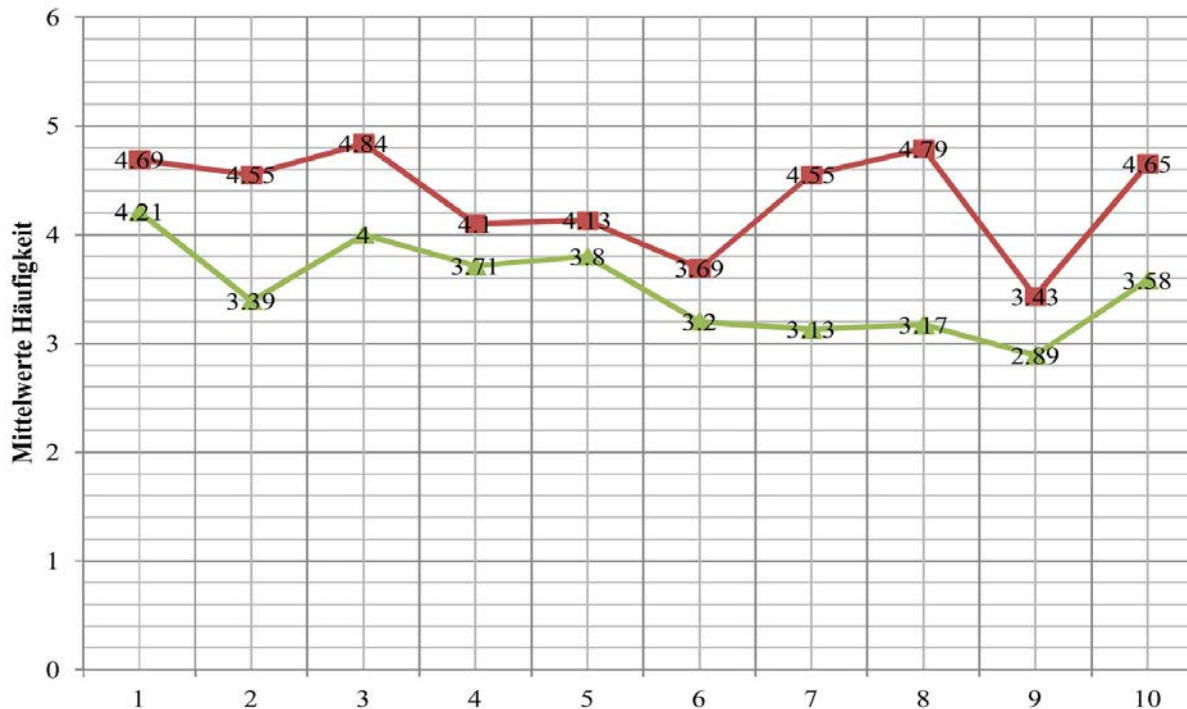
## 2. „Perspektivische Differenz“ Konfliktinhalte



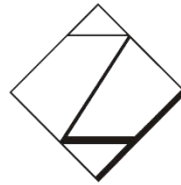
1. Unzureichende Patientenaufklärung
2. Wahrung der Menschenwürde
3. Verteilung knapper Mittel
4. Wahrung der Pat.-Selbstbestimmung
5. Unz. Aufklärung von Angehörigen, Betr.
6. «Sinnlose Lebensverlängerung
7. Akzeptanz und Auslegung von Patientenverfügungen
8. Selbstbestimmtes Sterben
9. «Sinnloses» Leiden
10. Inkonsequente Therapieentscheidung
11. Nicht helfen können
12. überzogene Ansprüche
13. Zwangsmassnahmen
14. Schwangerschaftsabbrüche



## 2. „Perspektivische Differenz“ Konflikursachen



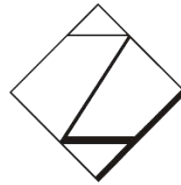
1. Zeit bzw. Personalmangel
2. Mangelnde Sensibilität ggü. Patienten
3. Unklare Verfahren der Entscheidungsfindung
4. Kommunikationsprobleme mit Patienten
5. Kommunikationsprobleme mit Angehörigen, Betreuern,
6. ...mit Pflegenden
7. ...mit Ärzten
8. Mangelnde ethische Kompetenz der Ärzte
9. ...der Pflegenden
10. Hierarchische Strukturen



## Erklärungen: „Habitus“ (Sauer 2013)

- Praxisgenese: größere Nähe zum Patienten,
- Subjektivität/Empathie vs. Objektivität
- Verantwortungs-Asymmetrie
- Diesbezügliche berufliche Sozialisation

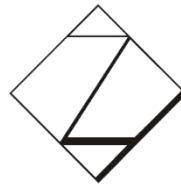
Daraus resultieren vermutlich auch unterschiedliche Erwartungen an Ethikberatung.



### **3. Anfragen von Pflegenden an Klinische Ethikberatung**

Barandun Schäfer, Ulrich, Meyer-Zehnder, Frei Ethische Reflexion von Pflegenden im Akutbereich- eine thematische Analyse (2015)

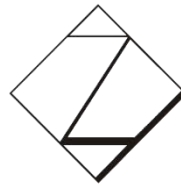
„Im Pflegealltag werden ethische Herausforderungen immer deutlicher artikuliert. Pflegende bringen Fragen zum pflegerischen Verantwortungsbereich jedoch selten zur systematischen Bearbeitung vor.“ (321)



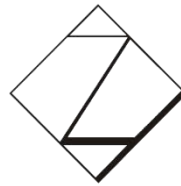
## Reiter-Theil, Schürmann (2016) The „Big Five“ in 100 Clinical Ethic Consultation Cases . Reviewing three years of ethics support in two Basel University hospitals

Requesting Profession	USB	UPK
Physician	26	16
Leading physician	9	6
Leading nurse	5	7
Nurse	7	4
Leading therapist	0	10
Patient or relative	1	2
Therapist	0	1
Others	2	4

23% der Anfragen werden von Pflegenden gestellt

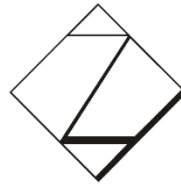


	USB	UPK
Fälle insgesamt	50	50
Requested by (Leading) Nurses	12	11
Urgency	9 normal (19) 3 urgent (12) 0 very urgent (19)	11 normal (50)
Form of EC	6 prosp. (44) 5 retrosp (6)	5 prosp. (37) 5 retrosp (13)
Number of participants	11,1 (4-19) >8,5	11,2 (4-17) >9,3
Median Age of the Patient	53 (32-92)	52,2 (20-72)
Requesting Unit	7 Medical Div.(15) 3 Surgical Div.(15) 2 Gynecol.Div (13)	6 ZAE 5 ZAP



Main ethical issue	USB	UPK
Fälle insgesamt	50	50
Requested by (Leading) Nurses	12	11
End of Life Care	5 (14)	0 (1)
Coercion	3 (10)	6 (17)
Care Management	3 (3)	3 (10)
Pregnancy/Assisted reproduction	0 (11)	0 (0)
Treatment Plan Evaluation	0 (2)	0 (10)
Other	1 (Health care resources) +EOL	2 (Informed Consent, Arbeitgeber)

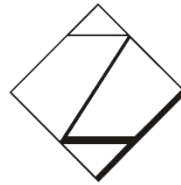




## 4. Exemplarische Fallbeispiele

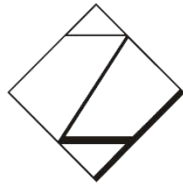
### Care Management

„Patientin nach diversen Operationen und traumatischen Ereignissen (Einbezug von Psychiater und Psychosomatik) (100 Tage Hospitalisierung), möchte ihre Ruhe und keine pflegerischen und med. Interventionen. Führt zu Stress/Unzufriedenheit und Erschöpfung bei Pflegenden.“



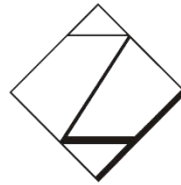
## **Coercion (UPK)**

Eingeschränkt urteilsfähige Patientin, die Entlassung nach Hause wünscht/anstrebt, wird kurzfristig in andere Institution verlegt. Täuschung, um basale Kooperation zu erzeugen, wird vom Pflorgeteam als Lüge/ethisch problematisch empfunden



## End-of-life-care

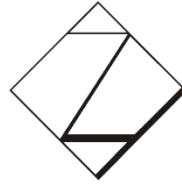
Palliativer Patient wird am WE von Intensiv auf andere Station verlegt, Zustand verschlechtert sich schnell, Schmerzmedikation nicht ausreichend, Stationsarzt nicht erreichbar, vorhergehender Arzt nicht mehr zuständig? Pflegekraft telefoniert ca. 2h herum, um angepasste Verordnung zu erreichen, kann sich nicht um sterbenden Patienten/ um andere Patienten kümmern, Erheblicher Moral Distress, Moral Residue?



## **Fazit 1: Ethikberatung hilft Pflegenden ihre Perspektive auf ethische Konflikte zu artikulieren**

Pflegende nutzen bereits das Instrument der Ethikberatungen und thematisieren intensiv

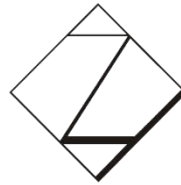
- das Leiden von Patienten,
- Konflikte zwischen Patientenautonomie und Schadensvermeidung,
- komplexe Situationen in denen Care Management problematisch wird,
- aber auch den daraus für Sie entstehenden Moral Distress („Entscheidungen zwischen Verpflichtungen“)



## **Fazit 2: Ethikberatung kann Moral Distress**

Wenn Pflegende Moral Distress als Signal ernst nehmen und ethischen Konflikt (recht/frühzeitig) thematisieren, führt das üblicherweise nicht nur zur verbesserten Kommunikation im Team bzw. zwischen den Berufsgruppen und mit Patienten/Angehörigen, sondern zu

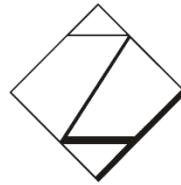
- normativ begründeten Vereinbarungen/ neuem Konsens und damit
- nicht nur zu erheblicher Entlastung der Pflegenden,
- sondern auch zu neuen/gemeinsamen/besseren Lösungen bezüglich vermeidbaren Leidens von Patienten.



## **Fazit 3: Ethische Perspektive der Pflegenden ist wichtiger Beitrag zur Organisationsentwicklung**

Das Einbringen von aus Sicht der Pflegenden problematischen Fällen in die EB macht auch auf Probleme der Organisation bspw.

- ungeklärte Abläufe und Verantwortlichkeiten
- Fehlendes Wissen / Information über solche oder
- Probleme der Ressourcenallokation aufmerksam, die bspw. vermittelt an/über das Ethikkomitee zur Organisationsentwicklung beitragen können.



## **Fazit 4: Proaktive Haltung/ Organisieren von Ethics Support zur Vermeidung von Moral Distress durch u.a. früh- bzw. rechtzeitige Anfrage an EB ist Führungsaufgabe/ Aufgabe für das Pflegemanagement**

Eine proaktive Haltung, gerade auch leitender Pflegepersonen, dient nicht nur der Mitarbeitergesundheit und –bindung, sondern schützt Patienten und hilft Ethik institutionell zu organisieren.

## Literatur:

- Barandun-Schäfer U, Ulrich A Meyer-Zehnder B Frei I A (2015) Ethische Reflexion von Pflegenden im Akutbereich – Eine thematische Analyse. *Pflege* 28(6): 321-327
- Corley M (1995) Moral Distress of Critical Care Nurses. *American Journal of Critical Care*, 4: 280-285
- Doppelfeld, (2013) Psychische Belastung von Pflegekräften: Supervision gegen das Ausbrennen auf der Intensivstation? *Kontext* 44,3, 301-318
- Elpern EH, Covert B Kleinpell R (2005) Moral Distress of Staff Nurses in a Medical Intensive Care Unit, *American Journal of Critical Care*. 6 (14) 523-530
- Epstein EG Delgado S (2010) Understanding and Addressing Moral Distress. *Online Journal of Issues in Nursing*. 15,3
- Jameton, A (1984) *Nursing Practice: The Ethical Issues*. Prentice Hall. Englewood Cliffs: NY
- Monteverde S. (2014) Caring for tomorrow's workforce: Moral resilience and healthcare ethics education. *Nursing Ethics*, 1-13
- Pavlish C, Brown-Saltzman K, Fine A, Jakel P (2013) Making the Call: A Proactive Ethics Framework. *HEC Forum* 25;269-283
- Pavlish C, Henriksen Hellyer J, Brown Saltzman K, Miers A & Squire K (2015) Screening Situations for Risk of Ethical Conflicts: A Pilot Study. *American Journal of Critical Care* 24, 3; 248-256



## Literatur:

Pavlish C, Brown-Saltzman K (2016) Support. An Evidence-Based Model for Leaders Addressing Moral Distress. The Journal of Nursing Administration 46, 6; 313-320

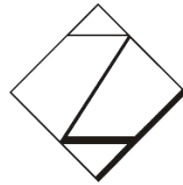
Redmann, BK Fry S T (2000) Nurses Ethical Conflicts: What is really known about them? Nursing Ethics, 7, 360

Reiter-Theil S (2008) Ethikberatung in der Klinik – ein integratives Modell für die Praxis und ihre Reflexion. Therapeutische Umschau 359-365

Reiter-Theil St, Schürmann, J (2016) The „Big Five“ in 100 Clinical Ethics Consultation Cases. Reviewing three years of ethics support in two Basel University Hospitals. Bioethica Forum, 2016, 9, 2; 60-70

Sauer T (2015) Zur Perspektivität der Wahrnehmung von Pflegenden und Ärzten bei ethischen Fragestellungen. Empirische Daten und theoretische Überlegungen. Ethik in der Medizin (2015) 27:123-140

Wöhlke S Wiesemann C (2016) Moral Distress im Pflegealltag und seine Bedeutung für die Implementierung von Advance Care Planning. Pflegewissenschaft 5/6/2016: 280-287



Westsächsische Hochschule Zwickau  
University of Applied Sciences

**Danke für die Aufmerksamkeit!**