

Protokoll der 20. Video-Konferenz, 1. Juni 2021: «Klinische Ethik, Corona-Pandemie, aktuelle Herausforderungen»

Moderation: Sibylle Ackermann, Tanja Krones, Settimio Monteverde, Tatjana Weidmann (Prot.)

1. Konzept «Moral Injury» (Tanja Krones, Settimio Monteverde)

- Moral Distress: Hier geht es um den Umgang mit ethischen Problemen und nicht um ein klassisches ethisches Dilemma (vgl. dazu Taxonomie von Susanne Boshammer, Von schmutzigen Händen und reinen Gewissen, in Ach, Bayertz, Siep, Grundkurs Ethik, 2008).
- Moral Injury kommt aus Militärmedizin (Veteranen Vietnamkrieg -> Gefühl von tiefer Scham und Erschütterung der moralischen Persönlichkeit). Ist nicht mit Burnout gleichzusetzen.
- Moral Injury im Gesundheitswesen -> Ethische Grundsätze einer Gesundheitsfachperson werden aufgrund der Umstände verletzt (z.B. wenn finanzielles System Rahmenbedingungen schafft, durch welche die gute Behandlung der Patient*innen ernsthaft bedroht ist). Covid-Situation in USA hat dieses Problem verstärkt -> vgl. dazu White Paper von Simon G. Talbot und Wendy Dean "Healing/Resolution of Moral Injury HeaR-MI: How reframing distress can support your workforce and heal your organization"-> sehr intensive Diskussion in den USA.
- Vgl. <https://fixmoralinjury.org/>
- In der NEK vordiskutiert -> ev. wird ein Podcast zu diesem Thema gemacht.

Diskussion

- Moralische Verletzung ist auch im psychiatrischen Alltag ein Thema -> Als Trauma zu interpretieren, weil das Weltgefüge/das bisher Beständige, verletzt wird. Bei Gesundheitsfachpersonen betrifft es das professionelle Selbstverständnis, das verletzt wird.
- In der Schweiz dürfte weniger die Ökonomie ausschlaggebend sein, sondern v.a. das fehlende Gesundheitspersonal und damit die Ressourcen.
- Teilweise entsteht Zynismus als Antwort auf das Dilemma zwischen dem «Was man sollte» und dem «Was man machen kann».
- Das Gefühl, dass wir eigentlich wissen, was wir moralisch tun sollten, aber wegen fehlender Zeit nicht können, hinterlässt immer Spuren – und das hat sich während Covid massiv zugespitzt: wir konnten als Pflegende Patienten mit Angst oder im Sterben nicht mit genügend Anwesenheit begleiten.
- Es gibt zurzeit Abteilungen, bei denen bis zu einem Drittel der Belegschaft krank geschrieben ist -> Zusammenhang mit «Moral Injury»?
- Wieviel Quantität an ethisch schwierigen Entscheidungen (vgl. z.B. Triage-Situationen während Pandemie in Bergamo) sind überhaupt ethisch zumutbar?
- Die Ohnmacht gegenüber Strukturen und die mangelnde Selbstwirksamkeit sind Gründe, dass moralische Verletzung entsteht.
- Gut am Konzept «Moral Injury»: Geht weg von individueller Resilienz. Schaut das System an.
- Man soll nicht psychologisieren und individualisieren, sondern das System/Strukturen anschauen. Es geht nicht darum, Burnouts von Individuen zu «behandeln»...
- Es hilft, den Betroffenen zu zeigen, dass nicht sie gescheitert sind, sondern das System.
- Stellvertretenden Scham: Wir sind Exponenten eines Gesundheitssystems, für das wir uns stellvertretend schämen. Verletzung unseres professionellen Selbst.
- Die Frage, wo diese Verletzung anfängt, ist zentral um zu wissen, was/wie die klinische Ethik unterstützen kann. Dilemma auszuhalten sind wir gewohnt – aber es ist eine neue Aufgabe, mit moralischer Verletzung umzugehen.
- Verbindung zur moralischen Integrität -> Was wird verletzt und wie tief wird das verletzt? Eine Verletzung muss auch gepflegt werden. Wenn sie nicht gepflegt wird, wird sie schwer heilen. Dieses schnelle «Zurück zur Normalität» wird nicht funktionieren.
- Hauptproblem: Wir haben Standards und wir haben diese verletzt! V.a. aus Personalmangel.
- Hinweis auf Konzept «Moralischer Mut» -> Artikel in Hastings Center Report (2015) von Ann B. Hamric, John Arras und Margaret E. Mohrmann «Must We Be Courageous?» -> Müssen wir als Gesundheitsfachpersonen (bes. Pflegende) mutig sein und für unsere Patienten einstehen? Hamric et al. sagen, dass aus der Tatsache, dass wir Gesundheitsfachpersonen sind, nicht gefolgert werden kann, dass man das muss. Wir haben das Recht, einfach unseren Job zu tun.

Wir müssen nicht Heldinnen und Helden sein. Entgegnung Lisa Eckenweiler (Philosophin): «Wer tut es sonst?» -> Erkennen, dass es sonst niemand tut, ist eine grosse Quelle von Moral Distress und Moral Injury.

- Pandemieplan enthält Auftrag ein Debriefing zu machen -> «Aufhänger» für Aufarbeitung. Debriefing könnte als Chance gesehen werden, neue Strukturen aufzubauen.

2. Updates

- SAMW: Sitzung mit Autor*innen der Triage-Richtlinien zur Besprechung des weiteren Umgangs mit den RL in der veränderten Covid-Situation.
- SBK: Die Pflege ist über das ganze Land hinaus verteilt müde. Im Moment keine neuen Projekte. Ethische Standpunkte zu «Assistierter Suizid» und «Patienten in Isolation».
- AEM: online-Treffen werden weiter fortgeführt. Zentrales Thema: Besuchsverbote, die nach wie vor bestehen, auch in Langzeitpflege, wo Bewohner*innen zum grossen Teil geimpft sind. Ethikrat: Stellungnahme «Lessons learned aus Pandemie».
- NEK: Impfen bei Kindern, Langzeiteinrichtungen und Besuchsverbot etc.: Wie weit geht Hausrecht?, Phänomene der Stigmatisierung von Infektionskrankheiten (Podcast geplant).

3. Input Rahel Naef: Institut für Implementation Science in Health Care, Universität Zürich Relevanz des Family Nursing (vgl. auch Editorial zusammen mit Settimio Monteverde)

- Relevanz des Family Nursing -> Pandemie zeigt auf, dass wir es brauchen, aber auch wo die Herausforderungen sind. 2 Aspekte: Trennung von Familie und Ausschluss von Familie
- Ungleichheit wird verschärft. Familiengesundheit von bereits vulnerablen Systemen wird verstärkt (z.B. Familien mit Migrationshintergrund, Single Parent Families, Familien, die pflegende Angehörige sind, Personen in prekären sozialen Situationen). Diese Gruppen sind nicht nur stärker von Covid-19 betroffen, sondern auch von weiteren Auswirkungen. Familiengesundheit ist stärker belastet.
- Wenig Forschung zu diesem Thema. Einzige Studie USZ zu Selbstwirksamkeit von Eltern tiefer als vor der Pandemie.
- Sorge darum, dass Angehörige nur Besucher und nicht Partner in der Versorgung sind, dass sich eine Art neue Normalität einstellt. Institutionen haben die Macht über Familien.

Diskussion

- Das Pflegefachpersonal hat seinen Kompetenzspielraum genutzt. Kulante Regelungen wurden angestrebt und die Bedürfnisse der Angehörigen proaktiv abgeholt durch die Einrichtung eines Angehörigentelefon. Damit wurde auch das Behandlungsteam auf der COVID-Abteilung entlastet (auch emotional weil den Angehörigen eine Anlaufstelle geboten wurde).
- Es braucht Liason- oder Bridging-Funktionen, die den Draht zur Familie gewährleisten können. Neben der normalen medizinischen und pflegerischen Versorgung ist das schwer möglich. Führt, weil Patientenversorgung Priorität hat, auch zu Moral Distress.
- Angst, dass Besucher und Gesundheitsfachpersonen oder Patienten eine lokale Welle auslösen können -> Viele logistische Fragen. Zu wenig Unterscheidung zwischen «Wer sind nahe Angehörige», die wichtig sind für die Unterstützung, Genesung und Wohlbefinden und die auch stark mitbetroffen sind. Sichtweise des «Partnership Model» nicht verankert.
- Angehörige als Ressource akzeptiert, Angehörige als Mitbetroffene eher wenig berücksichtigt.
- In der Psychiatrie gehört die Arbeit mit den Angehörigen zum Behandlungskonzept. Was «Angehörige» sind, definiert der Patient. Vgl. Konzept Klinik Schützen, Clénia Schössli.
- Umgang mit Besuchsrecht wirft Frage auf: Wie kann man an moralischer Sensibilität bzgl. dessen, was für Betroffene (Patient*innen, Angehörigen) im Rahmen ihrer Behandlung/Betreuung nötig/wichtig/angemessen ist, arbeiten? Sensibilität ist abgestumpft durch unsere Policies. Institutionen haben Macht. Wenn ich immer begründen muss, warum ich von den Vorgaben der Institution abweiche (z.B. eine Familie schon früher zu Besuch kommen lasse), habe ich immer Konflikte. Problematisch ist: Gesundheitsfachpersonen gehen zu wenig auf Policy-Ebene und versuchen immer, Problemlösungen im Alltag zu finden.
- Es braucht soziologischen Blick auf dieses Problem (vgl. Goffman: Phänomen der totalen Institution, https://en.wikipedia.org/wiki/Total_institution -> Förderung regelbasierten Denkens

unter Autoritätsbedingungen. Als Akteure sind wir nicht in der Lage, gegen diese Regeln (hier vom Kanton vorgegebenen Regeln) anzugehen.

- System-Orientierung vs. Person-Orientierung ist ein sehr grosses Thema.

Hinweise:

- Parlamentarische Untersuchung initiiert von Barbara Gysi (vgl. Bericht beim BAG zu Visiting Policies in Pflegeheimen)
- Rahel Naef: Internationale Studie zu Erfahrungen von Angehörigen von Menschen mit Demenz, die in einer Langzeitinstitution leben. -> Bitte melden, wenn man jemand kennt, der an dieser Studie teilnehmen könnte.

Next Meeting: Dienstag, 17. August 2021, 20.00h – 21.30h