

Spitalregion Luzern/Nidwalden

Schwerpunktabteilung Palliative Care LUKS Luzern

Suizidbeihilfe und Sterbefasten im klinischen Alltag

Ethikforen-Treffen 2020

Dr. med. Beat Müller MSc Palliative Care

26.11.2020

Kompetenz, die lächelt.



... Ein gewöhnlicher Donnerstagnachmittag ...

- Anruf eines Kollegen aus einem anderen Spital
 - Anfrage wegen Übernahme eines Patienten: **C.F., 64 jährig**
 - Bisher auf Palliativstation im anderen Spital
 - Schmerzproblematik
 - Erhebliche Nebenwirkungen der systemischen Opiate und Ko-Analgetika
 - Rückenmarknahe Schmerztherapie indiziert

... Geschichte des Herrn C.F. ...

- 64 jähriger Buchhalter, verheiratet, 2 erwachsene Kinder
- 2013 Diagnose **Rektumkarzinom**
 - Nach präoperativer Radio-Chemotherapie radikale Operation
 - Gefolgt von postoperativer Chemotherapie über Zeitdauer von 4.5 Mte
- Im Rahmen Nachsorgeuntersuchung 2016 2 **Lebermetastasen** festgestellt
 - Operative Entfernung
 - Anschliessend erneute Chemotherapie für 6 Mte
- Im Rahmen Kontroll-Rektoskopie 2018 **lokales Rezidiv** festgestellt, zusätzlich im CT multiple **Lungen- und Lebermetastasen**
 - Start palliative Chemotherapie
 - Im Verlaufe mehrere Wechsel bei wiederholter Progression
 - In den letzten Wochen Schmerzproblematik Becken/untere Extremitäten wegen Durchsetzung des Beckens mit Tumor
 - Stationäre Schmerztherapie auf Palliativstation in anderem Spital seit 3 Wochen

... Was gibt's zu tun ...

- **Rücksprache** mit
 - Fachverantwortlicher Pflege
 - Teamleiter Schmerztherapie
 - Wann Kapazität für intrathekale Schmerztherapie bzw. Implantation Pumpe
 - Bettendisposition mit Reservation
- **Organisation** der Unterlagen und radiologischen Voruntersuchungen
- **Aufnahme** (Basisassessment SENS)
 - **S**: Stärkste Schmerzen untere Extremitäten
 - Als *Randbemerkung*: Falls nicht kontrollierbar, Abkürzung des Weges gewünscht
 - **E**: Patientenverfügung, keine Tumorthherapie, keine Lebensverlängerung
 - **N**: Lebenspartnerin, 2 Kinder und Bruder
 - **S**: Musizieren (Cello), diverse sportliche Hobbies, keiner Glaubensgemeinschaft angehörig
- **Erste Massnahme**
 - PCA mit Hydromorphon
 - Anlage Intrathekal-Katheter im Verlauf

... Alles klar ...

- Schmerz-Einstellung in den nächsten Tagen unbefriedigend
 - Wiederholte Dosiserhöhungen und Anpassungen der Mischung intrathekal
- Wiederholte **interdisziplinäre Diskussion**:
 - Eskalation Schmerztherapie bedeutet Inkaufnahme einer Paraplegie, Harnverhalt, Blasenkatheter
- Wie steht der Patient dazu?
- Wie ist seine **Randbemerkung** zu verstehen?
- **„Rund-Bett-Gespräch“** mit Herrn C.F., Partnerin und Tochter:
 - Bereitschaft für Paraplegie-Folge
 - Eröffnet Mitgliedschaft bei Verein für Freitodbegleitung
 - Unter welchen Bedingungen?
 - Nicht kontrollierbarer Schmerz

... Alarmglocken ...

- Kriegen wir die Schmerzen unter Kontrolle?
- Weitere Problemfelder:
 - Psychologin
 - Angst
 - Abschied von Familie & Freunden
 - Autonomieverlust - Pflegebedürftigkeit
 - Psychiaterin
 - Suizidalität
 - Urteilsfähigkeit unter höchst dosierten Opiaten/Narkotika
 - Seelsorger
 - Sinnkrise

... Das Ende naht ... Zweifel über Zweifel ...

- Keine suffiziente Schmerzlinderung trotz ausgebauter Therapie und mittlerweile sensomotorisch kompletter Paraplegie
- Nächster Schritt: **Terminale Analgosedation**
- Nächstes Rund-Bett-Gespräch
 - Terminale Analgosedation abgelehnt, da Lebensende noch nicht unmittelbar bevorstehend
 - Wunsch nach rascher Freitodbegleitung
- Haben wir alle Optionen ausgeschöpft?
- Gibt es einen blinden Fleck?
- Haben wir versagt?
- Wie organisieren wir das?
- Wie schnell ist eine Freitodbegleitung verfügbar?
- Wie und wohin verlegen wir?
- Wie geht es den Angehörigen?
- Wie geht es dem Behandlungsteam?

... Marathon der Gespräche ...

- Interdisziplinäre Besprechung
- Familiengespräch
- Ethik-Falldiskussion

- Gefestigter Wunsch
- Patient informiert Verein Freitodbegleitung
- Bereitstellung Austrittspapiere, Laborbefunde, Operationsberichte

- Start der Koordination
 - Austrittszeitpunkt – letzte Stunden
 - Verlegung mit Rettungsdienst nach Hause

- Leitlinie für Suizidbeihilfe vorhanden

- Mithilfe des gesamten Teams

- Debriefing in mehreren Etappen

... Freitodbegleitung ...

- Mitgliedschaft
 - In der onkologischen Ambulanz häufig
 - Wiederkehrendes Thema auf Station
 - Kein Tabu – Offenheit – Toleranz
 - Trigger für vertiefende Gespräche
- Umsetzung bzw. Realisierung
 - Letztlich selten
 - Seit 2012 8 Patienten/-innen nach Hause entlassen zur Freitodbegleitung
 - Stets herausfordernd für alle Beteiligten
 - Hilfreiche Massnahmen
 - Leitlinie
 - Interdisziplinarität – Interprofessionalität
 - Team-Spirit
 - Supervision - Debriefing

... Geschichte der Frau E.F. ...

- 73 jährig, Lehrerin, verheiratet, kinderlos
- 2019 Diagnose Ovarialkarzinom
 - Stadium IV
 - Start palliative Chemotherapie
 - Rasche Verbesserung des Befindens
 - Rückgang Aszites
 - Besserer Appetit
 - 7 Monate nach Diagnosestellung rasche Tumorprogression
 - Aszites
 - Bauchschmerzen
 - Völlegefühl
 - Pleuraergüsse
 - Atemnot
 - Nochmaliger Chemotherapie-Start
- Eintritt auf Palliativstation
 - **S**: Ausgeprägte Schwäche, Bauchschmerzen, Dyspnoe
 - **E**: Chemotherapie abgebrochen
 - **N**: Ehemann, Spitex
 - **S**: Spiritualität, Wandern in der Natur
- Ausbau der supportiven Therapie
 - Punktion Aszites und Pleuraerguss
 - Analgetika
 - Schwäche persistiert
 - Pflegebedürftigkeit unverändert

... Entscheidungsfindung der Frau E.F. ...

- **Enttäuschung** über Effekte der supportiven Therapie
 - Keine suffiziente Lebensqualität
- Gedanken über **Beschleunigung Sterbeprozess**
 - Freitodbegleitung:
 - Mit Spiritualität nicht vereinbar
 - Verzicht auf Essen und Trinken
- **Marathon der Gespräche**
 - ‚Rund-Bett-Gespräche‘
 - Interdisziplinäre Gespräche
 - Psychologin
 - Seelsorge
- Frau E.F. äussert gegenüber verschiedenen Personen aus dem Team ihren Willen
- Urteilsfähigkeit ist weiterhin gegeben
- Ehemann trägt Wunsch der Patientin mit

... Verzicht auf ...

- Noch bevor alle Gespräche gelaufen sind
 - Verweigerung der Nahrungsaufnahme
 - trinkt noch Tee und Wasser
 - Kein Hungergefühl
 - lässt Infusion zur Schmerztherapie zu
- Im Verlaufe komplette Verweigerung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme oral
 - Lediglich noch 250ml NaCl 0.9%/24h i.v.
 - Durst über Mundpflege gelindert
 - Bewusste Verabschiedung von Ehemann
 - Letztweilige Verfügungen schriftlich hinterlegt
- Eintreten der Anurie und Beginn des terminalen Nierenversagens
 - Durch Urämie Vigilanzstörung (Verlust Urteilsfähigkeit)
 - Symptome dadurch gelindert
- Exitus letalis innert 17 Tagen

Sterbefasten im klinischen Alltag

- Ab und zu nachgefragt, selten umgesetzt (ca. 1x/Jahr)
- Häufiger **ältere Mitmenschen** mit relativ kurzer Prognose (wenige Wochen – höchstens einige Monate)
- Häufiger von **Frauen** geäussert
- Bei malignen Grunderkrankungen im Endstadium oft weniger im Vordergrund, da **Anorexie-Kachexie-Syndrom** läuft
 - Tumorbedingte Inappetenz
 - Natürlicher Sterbeprozess mit Inappetenz verbunden
- Klärung der **Erwartungen** und des Verlaufes
 - Sterbefasten garantiert nicht einen leidensfreien Sterbeprozess
 - Schmerzen, Durst, Hunger, Atemnot, Panik, Unwohlsein
 - Supportive Massnahmen nötig
- Starker Wille notwendig
- Signalisieren der Abbruchmöglichkeit
- **Akzeptieren** eines autonomen Wunsches (Gehen lassen), aber
 - Erkennen der Suizidalität
 - Erkennen der Angst
 - Erkennen stiller Symptome
 - Klärung der Urteilsfähigkeit
 - Festhalten des letzten Willens

Besten Dank für die Aufmerksamkeit